



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.04.2026

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der
Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 16.04.2026

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

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Vorbemerkung | 7 |
| Stellungnahme | 12 |
| Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) | 12 |
| Nr. 1 – § 2 Absatz 1 (Leistungen) | 12 |
| Nr. 2 – § 3 (Solidarische Finanzierung) | 13 |
| Nr. 3 – § 4 Absatz 5 (Krankenkassen) | 14 |
| Nr. 4 – § 4a Absatz 3 (Wettbewerb der Krankenkassen) | 16 |
| Nr. 5 – § 10 Absatz 6 (Familienversicherung) | 18 |
| Nr. 6 – § 11 Absatz 6 (Leistungsarten) | 19 |
| Nr. 7 – § 25 Absatz 4 (Gesundheitsuntersuchungen) | 20 |
| Nr. 8 – § 27b (Zweitmeinung) | 21 |
| Nr. 9 – § 28 Absatz 2 und Absatz 2a (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung) | 23 |
| Nr. 10 Buchstabe a) – § 31 Absatz 1a (Arznei- und Verbandmittel) | 24 |
| Nr. 10 Buchstabe b) – § 31 Absatz 6 und 7 (Arznei- und Verbandmittel) | 26 |
| Nr. 11 – § 34 (Ausgeschlossene Arzneimittel) | 27 |
| Nr. 12 – § 35a (Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen) | 28 |
| Nr. 13 – § 36 (Festbeträge für Hilfsmittel) | 30 |
| Nr. 14 Buchstabe a) – § 44 (Krankengeld) | 33 |
| Nr. 14 Buchstabe b) – § 44 (Krankengeld) | 34 |
| Nr. 15 – § § 44c und 44d (Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld) | 35 |
| Nr. 16 – § 45 (Krankengeld bei Erkrankung des Kindes) | 37 |
| Nr. 17 Buchstabe a) – § 47 (Höhe und Berechnung des Krankengeldes) | 38 |
| Nr. 17 Buchstabe b) – § 47 (Höhe und Berechnung des Krankengeldes) | 39 |
| Nr. 18 – § 48 (Dauer des Krankengeldes) | 40 |
| Nr. 19 – § 49 Absatz 1 (Ruhe des Krankengeldes) | 41 |
| Nr. 20 – § 50 (Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes) | 42 |
| Nr. 21 – § 51 (Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe) | 43 |
| Nr. 22 – § 55 Absatz 2 und Absatz 2a (Zahnersatz – Leistungsanspruch) | 44 |
| Nr. 23 – § 61 (Zuzahlungen) | 45 |
| Nr. 24 – § 63 (Modellvorhaben) | 46 |
| Nr. 25 – § 71 Absatz 2 und 3 (Beitragssatzstabilität) | 47 |
| Nr. 26 – § 73 (Vertragsärztliche Versorgung) | 49 |
| Nr. 27 – § 73b (HZV) | 50 |

| | |
|---|----|
| Nr. 28 – § 74 (Stufenweise Wiedereingliederung) | 52 |
| Nr. 30 – § 85 Absatz 2d und Absatz 3 SGB V (Gesamtvergütung) | 53 |
| Nr. 31 Buchstabe a) – § 87 Absatz 1 (Bundesmantelvertrag) | 54 |
| Nr. 31 Buchstabe b) und Buchstabe g) – 87 Absätze 1d und 2h (Bundesmantelvertrag) | 55 |
| Nr. 31 Buchstabe c) – § 87 Absatz 2a (Bundesmantelvertrag) | 56 |
| Nr. 31 Buchstabe d) – § 87 Absatz 2b (Bundesmantelvertrag) | 57 |
| Nr. 31 Buchstabe e) – § 87 Absatz 2c (Bundesmantelvertrag) | 58 |
| Nr. 31 Buchstabe f) – § 87 Absatz 2g (Bundesmantelvertrag) | 59 |
| Nr. 32 Buchstabe a) – § 87a Absatz 2 (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV) | 60 |
| Nr. 32 Buchstabe b) – § 87a Absatz 3 (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV) | 61 |
| Nr. 32 Buchstabe c) – § 87a Absatz 3b (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV) | 62 |
| Nr. 32 Buchstabe d) – § 87a Absatz 3d (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV) | 63 |
| Nr. 33 – § 87b Absatz 1 (Vergütung der Ärzte) | 64 |
| Nr. 34 – § 87d -neu- (Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der MGV) | 65 |
| Nr. 36 – § 92 Absatz 1a (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) | 66 |
| Nr. 37 und 38 – § § 92a, 92b (Innovationsfonds) | 67 |
| Nr. 39 – § 106b (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen) | 69 |
| Nr. 40 – § 111 Absatz 5 (Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) | 70 |
| Nr. 41 – § 111c Absatz 3 (Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen) | 71 |
| Nr. 42 – § 115 f Absatz 2 Satz 2 (Spezielle sektorengleiche Vergütung) | 72 |
| Nr. 43 Buchstabe a) – § 120 Absatz 1 (Vergütungen ambulanter Krankenhausleistungen) | 73 |
| Nr. 43 Buchstabe b) – § 120 Absatz 2 Satz 2 (Vergütungen ambulanter Krankenhausleistungen) | 74 |
| Nr. 44 - § 125 Absatz 3 (Verträge zur Heilmittelversorgung) | 75 |
| Nr. 45 – § 125a (Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung) | 77 |
| Nr. 46 – § 127 (Hilfsmittelverträge) | 78 |
| Nr. 47 – § 130 (Rabatt) | 80 |
| Nr. 48 Buchstabe a) – § 130a (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer) | 81 |
| Nr. 48 Buchstabe b) – § 130a (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer) | 83 |
| Nr. 48 Buchstabe c) – § 130a (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer) | 84 |
| Nr. 48 Buchstabe d) – § 130a (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer) | 86 |
| Nr. 49 Buchstabe a) – § 130b Absatz 1a (Preis-Mengen-Regelung) | 88 |
| Nr. 49 Buchstabe b) – § 130b Absatz 2 (Praxisbesonderheit in Erstattungsbetragsvereinbarungen) | 89 |
| Nr. 49 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa) und bb) – § 130b Absatz 3 (Leitplanken zur Bestimmung des Erstattungsbetrags bei patentgeschützten Vergleichstherapien als zweckmäßiger Vergleichstherapie) | 90 |
| Nr. 49 Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc) – § 130b Absatz 3 Sätze 11 – 15 („Ausnahme von den Leitplanken“) | 92 |
| Nr. 49 Buchstabe d) – § 130b Absatz 3a Satz 1 (Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern) | 93 |

| | |
|--|-----|
| Nr. 49 Buchstabe e) – § 130b Absatz 7a Satz 1 (Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern) | 94 |
| Nr. 50 – § 130e (Kombinationsabschlag) | 95 |
| Nr. 51 – § 132 (Versorgung mit Haushaltshilfe) | 98 |
| Nr. 52 Buchstabe a) und b) – § 132a Absatz 4 (Versorgungsverträge in der häuslichen Krankenpflege) | 99 |
| Nr. 53 Buchstabe a) und b) – § 132l Absatz 5 (Versorgungsverträge in der außerklinischen Intensivpflege) | 100 |
| Nr. 54 – § 133 (Versorgung mit Krankentransportleistungen) | 101 |
| Nr. 55 Buchstabe a) – § 134 Absatz 1 (Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge) | 102 |
| Nr. 55 Buchstabe b) – § 134 Absatz 5 (Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge) | 103 |
| Nr. 56 – § 134a (Versorgung mit Hebammenhilfe) | 105 |
| Nr. 57 – § 140a Absatz 2 (Besondere Versorgung) | 106 |
| Nr. 58 Buchstabe b) – § 175 Absatz 4 (Ausübung des Wahlrechts; hier: gesondertes Informationsschreiben bei einer Zusatzbeitragssatzerhöhung) | 107 |
| Nr. 59 – § 217b (Organe) | 108 |
| Nr. 60 – § 221 Absatz 4 -neu- (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen, hier Darlehensrückzahlung durch den Gesundheitsfonds) | 109 |
| Nr. 61 – § 223 Absatz 4 -neu- (Beitragsbemessungsgrenze - Sonderregelung für 2027) | 110 |
| Nr. 62 – § 242b -neu- (Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner) | 111 |
| Nr. 63 – § 249b Satz 1 (Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung) | 114 |
| Nr. 64 – § 250 Absatz 3 (Tragung der Beiträge durch das Mitglied) | 115 |
| Nr. 65 – § 271 Absatz 5 (Finanzierung der Fördermittel für den Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve) | 116 |
| Nr. 66 Buchstabe a) – § 275c Absatz 2 Satz 4 (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst) | 117 |
| Nr. 66 Buchstabe b) – § 275c Absatz 2 Satz 6 (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst) | 119 |
| Nr. 68 – § 295 Absatz 1 Nummer 1 (Übermittlungspflichten) | 120 |
| Nr. 69 – § 346 (Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte) | 121 |
| Nr. 70 – § 410 -neu- (Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund) | 122 |
| Nr. 71 – § 411 -neu- (Vergütungsregelungen für Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen) | 123 |
| Nr. 72 – § 429 (Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag) | 125 |
| Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) | 126 |

| | |
|---|-----|
| Nr. 1 – § 20 Absatz 2a (Aufbringung der Mittel – Übergangsbereich) | 126 |
| Nr. 2 – § 35a Absatz 6a (Vorstand bei Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen) | 127 |
| Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) | 129 |
| Nr. 1 – § 5 Absatz 3g (Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen) | 129 |
| Nr. 2 Buchstabe a) – § 6 Absatz 3 Satz 4 (Vereinbarung sonstiger Entgelte) | 130 |
| Nr. 2 Buchstabe b) – § 6 Absatz 3 Satz 5 (Vereinbarung sonstiger Entgelte) | 131 |
| Nr. 3 Buchstaben a) und b) – § 6a Absatz 2 (Vereinbarung eines Pflegebudgets) | 132 |
| Nr. 3 Buchstabe c) – § 6a Absatz 4 Satz 5 und 6 (Vereinbarung eines Pflegebudgets) | 134 |
| Nr. 3 Buchstabe d) – § 6a Absatz 5 Satz 3 (Vereinbarung eines Pflegebudgets) | 135 |
| Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) – § 6c Absatz 2 Satz 4 (Vergütung eines Vorhaltebudgets) | 136 |
| Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 6c Absatz 2 Satz 6 (Vergütung eines Vorhaltebudgets) | 137 |
| Nr. 4 Buchstabe b) – § 6c Absatz 3 Satz 4 und 5 (Vergütung eines Vorhaltebudgets) | 138 |
| Nr. 5 – § 8 Absatz 5a (Berechnung der Entgelte) | 139 |
| Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) – § 9 Absatz 1 Nummer 3 (Vereinbarung auf Bundesebene) | 140 |
| Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 9 Absatz 1 Nummer 7 (Vereinbarung auf Bundesebene) | 142 |
| Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) – § 9 Absatz 1 Nummer 10 Buchstabe j (Vereinbarung auf Bundesebene) | 143 |
| Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe dd) – § 9 Absatz 1 Nummer 11 (Vereinbarung auf Bundesebene) | 144 |
| Nr. 6 Buchstabe b) – § 9 Absatz 1b (Vereinbarung auf Bundesebene) | 145 |
| Nr. 6 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa) – § 9 Absatz 2 Satz 4 (Vereinbarung auf Bundesebene) | 147 |
| Nr. 6 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb) – § 9 Absatz 2 Satz 5 -neu- (Vereinbarung auf Bundesebene) | 148 |
| Nr. 7 Buchstaben a) und b) – § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 (Vereinbarung auf Landesebene) | 149 |
| Nr. 7 Buchstabe c) – § 10 Absatz 5 (Vereinbarung auf Landesebene) | 150 |
| Nr. 7 Buchstabe d) – § 10 Absatz 6 (Vereinbarung auf Landesebene) | 151 |
| Nr. 8 – § 11 Absatz 4 Satz 1 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus) | 152 |
| Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) | 153 |
| Nr. 1 – § 17a Absatz 3 Satz 4 (Finanzierung von Ausbildungskosten) | 153 |
| Nr. 2 Buchstabe a) – § 17b Absatz 2 Satz 1 (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser) | 154 |
| Nr. 2 Buchstabe b) – § 17b Absatz 2a -neu- (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser) | 155 |
| Nr. 2 Buchstabe c) – § 17b Absatz 7 Satz 1 (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser) | 158 |
| Nr. 3 Buchstabe a) – § 17c Absatz 1 Satz 2 (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik) | 159 |
| Nr. 3 Buchstabe b) – § 17c Absatz 2 Satz 8 (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik) | 160 |
| Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) | 161 |

| | |
|---|------------|
| Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) – § 3 Absatz 3 Satz 5 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags) | 161 |
| Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 3 Absatz 3 Sätze 8 bis 10 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags) | 162 |
| Nr. 1 Buchstabe b) – § 3 Absatz 4 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags) | 163 |
| Nr. 1 Buchstabe c) – § 3 Absatz 5 Satz 4 und 5 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags) | 164 |
| Nr. 2 – § 4 Absatz 1 (Leistungsbezogener Vergleich) | 165 |
| Nr. 3 – § 5 Absatz 6 (Vereinbarung von Zu- und Abschlägen) | 166 |
| Nr. 4 Buchstabe a) – § 9 Absatz 1 Nummer 5 (Vereinbarung auf Bundesebene) | 167 |
| Nr. 4 Buchstabe b) – § 9 Absatz 2 Satz 2 (Vereinbarung auf Bundesebene) | 168 |
| Nr. 5 – § 15 Absatz 1 Satz 5 (Laufzeit) | 169 |
| Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) | 170 |
| § 23 (Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds) | 170 |
| Ergänzender Änderungsbedarf | 171 |
| Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) | 171 |
| § 87 Absatz 2a – Anpassung Bewertung Katarakt-Operationen | 171 |
| § 87 Absatz 2a – Streichung der Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung | 172 |
| § 87 Absatz 2a – Streichung gesonderter Hygienezuschläge | 173 |
| § 92b – Innovationsfonds | 174 |
| § 134 und § 139e – DiGAV: Streichung der Erprobungsregelung | 175 |
| Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) und Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) | 176 |
| Streichung zusätzlicher, nicht kriteriengestützter Fördertatbestände | 176 |

Vorbemerkung

Ausgangslage und Handlungsbedarf zur finanziellen Stabilisierung der GKV-Finzen

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) befindet sich nach mehreren Jahren zunehmender finanzieller Anspannung in einer strukturell äußerst kritischen Lage. Bereits im Jahr 2024 wiesen Krankenkassen und Gesundheitsfonds gemeinsam ein Defizit von nahezu 10 Mrd. Euro aus. Trotz erheblicher Zusatzbeitragssatzanhebungen zu Beginn des Jahres 2025 liegen die Rücklagen der Krankenkassen weiterhin unterhalb der gesetzlichen Mindestreserve. Die Liquidität des Gesundheitsfonds konnte nur durch ein weiteres Bundesdarlehen stabilisiert werden. Diese kurzfristigen Stützungsmaßnahmen kaschieren die zugrunde liegende strukturelle Fehlentwicklung der GKV-Finzen.

Ursächlich für die angespannte Situation ist vor allem eine seit Jahren deutlich überproportionale Ausgabenentwicklung. Während die Leistungsausgaben der GKV 2024 und 2025 jeweils um rund 8 Prozent gestiegen sind, nahmen die beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 2025 lediglich um etwa 5 Prozent zu. Damit öffnet sich die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben immer weiter. Genau an dieser Stelle setzt das vorgelegte Reformpaket mit der strikten Koppelung der Ausgaben an die Einnahmen den richtigen Akzent.

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

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

Umso dringlicher ist ein ausgewogenes Maßnahmenpaket erforderlich, das die Finanzierungsprobleme der GKV nachhaltig adressiert, die Ausgabendynamik wirksam begrenzt und nicht allein die Beitragszahlenden, sondern auch die Leistungserbringenden angemessen in die Verantwortung nimmt. Dazu gehört insbesondere auch, dass der Bund die Gesundheitsausgaben für die Bürgergeldempfänger vollständig übernimmt. Dies ist seine Aufgabe und somit seine Finanzierungslast, die er seit Jahren zu Unrecht auf die Beitragszahlenden der GKV abwälzt.

Fokus auf Effizienzverbesserungen auf der Ausgabenseite erforderlich

Der Referentenentwurf setzt mit seinem grundlegenden Ansatz an der richtigen Stelle an. Er greift die zentrale Diagnose und wesentliche Empfehlungen des ersten Berichts der FinanzKommission Gesundheit vom 30.03.2026 auf, wonach die angespannte Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung nicht aus unzureichenden Einnahmen, sondern aus einer seit Jahren überproportionalen Ausgabendynamik resultiert. Damit adressiert der Entwurf zutreffend die strukturelle auseinanderklaffende Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben, die sich infolge einer fortschreitenden Entkopplung von Vergütungs- und Preisentwicklungen von der beitragspflichtigen Einnahmenbasis stark geöffnet hat. Die Rückbesinnung auf eine systematische Begrenzung des Ausgabenwachstums ist daher nicht nur folgerichtig, sondern zwingende Voraussetzung für eine nachhaltige Beitragssatzstabilisierung ab dem Jahr 2027.

GKV-Spitzenverband begrüßt Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik

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

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

Schiefelage bei Belastungswirkungen und Nachsteuerungsbedarf

Das im Referentenentwurf vorgesehene kurzfristige Konsolidierungspaket weist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine erkennbare Schiefelage in der Lastenverteilung auf. Neben den bereits erhöhten Beiträgen sollen insbesondere Mitglieder, Arbeitgeber sowie Patientinnen und Patienten zusätzliche finanzielle Belastungen tragen. Hierzu zählen unter anderem Leistungskürzungen, Einschränkungen beitragsfreier Mitversicherungstatbestände sowie erhöhte und dynamisierte Zuzahlungen.

Bereits in den vergangenen Jahren haben Versicherte und Arbeitgeber erhebliche finanzielle Beiträge zur Stabilisierung der GKV geleistet. Die deutlich gestiegenen Zusatzbeitragssätze – insbesondere zum Jahresbeginn 2025 – haben anhaltend spürbare Mehrbelastungen zur Folge gehabt. Vor diesem Hintergrund ist bei weiteren beitrags- oder leistungsseitigen Belastungen besondere Sensibilität

geboten. Zusätzliche Belastungen für die Beitragszahlenden dürfen nur nachrangig in Betracht gezogen werden.

Die Krankenkassen sehen sich in der Verantwortung, einen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV-Finzen zu leisten. Die vorgesehene Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen wird eine erhebliche Kraftanstrengung bedeuten, um die ständig zunehmenden Aufgaben und erforderlichen Investitionen, beispielsweise im Bereich der Digitalisierung, zu bewältigen. Allein durch die Umsetzung der europarechtlichen Vorgaben (nationale Kontaktstelle digitale Gesundheit, @myhealth) kommen auf die GKV erhebliche Aufgaben und Kosten zu. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen mit dem Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) durch die gesetzliche Deckelung ihrer Verwaltungsausgaben bereits einen konkreten Beitrag zur Ausgabenstabilisierung geleistet haben.

Unzureichender Beitrag des Bundes zum Gesamtpaket

Was in jedem Fall fehlt, ist ein angemessener Beitrag des Bundes für ein ausgewogenes Gesamtpaket. Die im Referentenentwurf vorgesehene Verschiebung der Rückzahlung der Bundesdarlehen ist keine zielführende Maßnahme, um die strukturellen Finanzierungsprobleme der GKV wirksam zu adressieren.

Ordnungspolitisch wie auch im Sinne eines ausgewogenen Gesamtpakets ist es unerlässlich, dass der Bund seiner Finanzierungsverantwortung für die Krankenversicherungsbeiträge von Bürgergeldbeziehenden vollständig und dauerhaft aus Steuermitteln nachkommt, anstatt diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe weiterhin den Beitragszahlenden aufzubürden. Dies ist allein deshalb bereits erforderlich, um ein ausgewogenes Gesamtpaket zur Stabilisierung der GKV-Finzen sicherzustellen. Die Finanzkommission Gesundheit beziffert das Finanzvolumen der notwendigen Refinanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Bundes auf 12 Mrd. Euro.

Priorität für Ausgabensteuerung statt zusätzlicher Belastungen

Vor dem Hintergrund bedarf die im Referentenentwurf angelegte Lastenverteilung eine Nachsteuerung zugunsten einer konsequenteren Ausgabensteuerung. Die Finanzkommission Gesundheit hat hierfür ein breites Instrumentarium vorgelegt. Viele der insgesamt 66 Empfehlungen zielen auf den Abbau von Über- und Fehlversorgung sowie auf die Stärkung einer evidenzbasierten Versorgung und eröffnen erhebliche finanzielle Spielräume, häufig ohne negative Auswirkungen auf Versorgungsqualität oder Zugang. Diese Maßnahmen sollten bei der weiteren Ausgestaltung des Reformpakets vorrangig berücksichtigt werden.

Mit einer stringenteren und konsequenteren Umsetzung der Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit könnten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes weitere Belastungen der Versicherten vermieden werden. Dies gilt insbesondere für Maßnahmen im Bereich des Krankengeldes, der beitragsfreien Mitversicherung sowie der Zuzahlungen, die in der FKG-Systematik ausdrücklich als mit potenziell unklaren Verteilungswirkungen eingeordnet wurden. Vorrangig sollte daher auf die Ausschöpfung der auf der Ausgabenseite identifizierten Steuerungs- und Effizienzpotenziale gesetzt werden. Insbesondere im Arzneimittelbereich sind Effizienzreserven konsequenter zu heben. Nur wenn

die bestehenden Spielräume in allen Leistungsbereichen nachweislich nicht ausreichen, sollten zusätzliche Belastungen der Beitragszahlenden in Betracht gezogen werden.

Anpassungsnotwendigkeiten bei den Einzelregelungen

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

Beispielhaft sind dabei insbesondere folgende Punkte von Bedeutung:

- **Arzneimittel, Verbandmittel, Impfstoffe, pharmazeutische Dienstleistungen:** Der Referentenentwurf enthält wichtige Ansatzpunkte zur Dämpfung der Ausgabendynamik im Arzneimittelbereich, bleibt aber hinter dem von der Finanzkommission identifizierten Einsparpotenzial zurück. Insbesondere bleiben einzelne empfohlene Maßnahmen unberücksichtigt oder werden nur abgeschwächt umgesetzt. In der Folge werden Ausgaben nicht konsequent begrenzt. Dringender Korrekturbedarf ergibt sich bei der Umsetzung preisstuernder Instrumente sowie bei Steuerungsmechanismen. Unter anderem werden bestehende ausgabensteuernde Instrumente zugunsten der Industrie gestrichen (AMNOG-Leitplanken und Kombinationsabschlag). Bei Verbandmitteln besteht dringender Korrekturbedarf, um die Ausgabendynamik wirksam zu begrenzen und Fehlanreize zu vermeiden. Die vorgesehenen Regelungen würden mit den damit einhergehenden Mehrausgaben die Zielsetzung gänzlich konterkarieren. Für Impfstoffe bedarf es wirksamer Regelungen, um den erheblichen Ausgabenanstieg in diesem Segment zu dämpfen. Überfällig ist zudem die Rückführung nicht genutzter Mittel für pharmazeutische Dienstleistungen.
- **Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich:** Der mit dem Referentenentwurf vorliegende Vorschlag greift zwar wichtige Aspekte auf, schöpft jedoch das Potenzial der Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit noch nicht vollständig aus. Der GKV-Spitzenverband plädiert daher dafür, den Ansatz der Finanzkommission zur Streichung der Prüfquoten konsequent umzusetzen. Hierdurch ließen sich kurzfristig Einsparungen in Höhe von über 1,4 Mrd. Euro realisieren und die Abrechnungsqualität nachhaltig steigern.
- **Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (NUB):** Die Finanzkommission Gesundheit empfiehlt, NUB künftig gezielt in Innovationszentren zu erproben. Zugleich sollen Entscheidungen über das Vorliegen eines Potenzials einer erforderlichen Behandlungsalternative ausschließlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss getroffen werden. Eine Umsetzung dieser Empfehlungen fehlt im Referentenentwurf bislang und sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren unbedingt ergänzt werden.
- **Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA):** Die Finanzkommission empfiehlt unter anderem eine stärkere Ausrichtung auf nachgewiesenen Nutzen und eine wirtschaftliche Preisbildung. Soweit Höchstbeträge weiterhin auf Herstellerpreisen basieren, entfalten sie keine Finanzwirksamkeit. Hier besteht Nachsteuerungsbedarf.
- **Weiterer ergänzender Änderungsbedarf:** Zur Hebung von weiteren Effizienzreserven besteht ergänzend Änderungsbedarf bei einzelnen Vergütungsregelungen. Dies betrifft unter anderem die Anpassung der Bewertung von Katarakt-Operationen, die Streichung pauschaler Förderinstrumente in der fachärztlichen Grundversorgung sowie den Wegfall gesonderter Hygienezuschläge, deren Steuerungs- und Finanzwirksamkeit nicht mehr gegeben ist.

Strukturreformen und Stärkung der Prävention als weitere wichtige Aufgaben

Über die im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Maßnahmen hinaus bedarf es mit nachfolgenden Verfahren grundlegender Strukturreformen zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Zudem müssen Gesundheitsförderung und Prävention – wie von der FinanzKommission Gesundheit für ihren zweiten Bericht angekündigt – eine wichtige Rolle spielen, sodass sie nicht nur im Regelungsbereich des SGB V, sondern in allen gesellschaftlichen Bereichen einen deutlich höheren Stellenwert bekommen. Bereits in ihrem ersten Bericht hat die FinanzKommission Gesundheit Vorschläge zur kurzfristigen Stärkung der Prävention unterbreitet, die bislang nicht aufgegriffen wurden.

Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 2 Absatz 1 (Leistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 3 (Solidarische Finanzierung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neu eingeführten Erhebung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner nach § 242b. Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 62 (§ 242b -neu-) verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 4 Absatz 5 (Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen soll ab dem Jahr 2027 im Gleichklang mit Regelungen in anderen Ausgabenbereichen als Obergrenze für jährliche Erhöhungen die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 je Versicherten gelten. Die Vorgabe gilt gleichermaßen für personelle wie sächliche Verwaltungskosten. Von der Begrenzung ausgenommen werden die Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik.

B) Stellungnahme

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

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

Gleichwohl ist eine Anbindung der Verwaltungskostenentwicklung an die Entwicklung der Grundlohnrate als Obergrenze im Rahmen der einkommensorientierten Ausgabenpolitik nicht in Frage zu stellen. Es ist sachgerecht, dass diese auf die Verwaltungskosten insgesamt Anwendung finden soll und nicht jeweils separat für die persönlichen und sächlichen Verwaltungskosten.

Positiv ist, dass die Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik von der Begrenzung ausgenommen werden. Denn die erheblichen Aufwände zur Sicherstellung der Informations- und Cybersicherheit sowie der Resilienz kritischer Anlagen dienen der Umsetzung wichtiger gesetzlicher Vorgaben und sind dringend erforderlich, um die Kontinuität versorgungsrelevanter kritischer Prozesse auch in Ausnahmesituationen, etwa in Katastrophen- oder Pandemiesituationen, aufrechterhalten zu können.

Neben den Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur sollten auch die Aufwendungen, die

- für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a SGB V,
- für den Cloud-Einsatz im Gesundheitswesen nach § 393 SGB V und die Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes (OZG),
- zur Sicherstellung der Online-Wahloption bei den Sozialwahlen sowie
- im Zuge der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen

anfallen, von der Deckelung ausgenommen werden.

Die Aufwände der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen dienen explizit dem Zweck, Vermögensschäden infolge von Abrechnungsbetrug und Korruption zu verhindern und

zugleich präventiv die Effizienz der Gesundheitsversorgung und den sachgerechten Einsatz von Finanzmitteln zu fördern.

Die anfallenden Verwaltungsausgaben zur Umsetzung des angestrebten Cloud-Einsatzes im Gesundheitswesen (§ 393 SGB V) sowie zur Umsetzung des Online-Zugangsgesetzes (OZG) sollten ebenfalls ausgenommen werden, um die politisch bzw. dezidiert gesetzlich geforderten Digitalisierungsprozesse und die Bereitstellung digitaler und barrierefreier Zugänge für Versicherte nicht auszubremsen.

Die Einführung und die Sicherstellung der Online-Wahloption bei den Sozialwahlen stellen wesentliche Schritte zur Modernisierung und Digitalisierung der Selbstverwaltungsprozesse dar und sind damit von herausragender Bedeutung für die soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

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

C) Änderungsvorschlag

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

„(5) Die Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse dürfen sich ab dem Jahr 2027 gegenüber dem vorausgegangenen Haushaltsjahr jeweils nur nach Maßgabe der Entwicklung der Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 je Versicherten erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik, **für die Aufwendungen der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a, den Cloud-Einsatz im Gesundheitswesen nach § 393, die Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes, zur Sicherstellung der Online-Wahloption bei den Sozialwahlen sowie im Zeitraum eines Jahres vor bzw. in den zwei Jahren nach der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen.**“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 4a Absatz 3 (Wettbewerb der Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

Im Jahr 2024 lag die Obergrenze für Werbemaßnahmen bei (3.535 Euro * 0,0015 =) 5,30 Euro je Mitglied, für 2026 beträgt sie (3.955 Euro * 0,0015 =) 5,93 Euro je Mitglied. Nach den neuesten vorliegenden endgültigen Rechnungsergebnissen (BMG, KJ 1) für das Jahr 2024 lagen die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen mit 3,91 Euro je Mitglied deutlich unter dem zulässigen Grenzwert. Auch eine Auswertung des BAS für die Jahre 2010 bis 2016 ergab, dass die zulässigen Werbebudgets in keinem der Jahre ausgeschöpft wurden (BAS, Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 26). In seinem Bericht stellt das BAS zurecht fest, dass die Betrachtung der Ausgabenentwicklung für Werbung zudem keine Rückschlüsse auf die tatsächlichen „Kosten des Wettbewerbs“ zulässt, da der volkswirtschaftliche Nutzen des Wettbewerbs gerade darin liege, dass dieser Druck auf Preise und Beiträge ausübt, der ohne die rivalisierenden Bemühungen der

Krankenkassen um Mitglieder nicht entstanden wäre. In diesem Sinne votiert der GKV-Spitzenverband dafür, von Einschränkungen der ohnehin streng regulierten Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Mitgliederwettbewerb Abstand zu nehmen. Der Entlastungsbeitrag würde angesichts der regelmäßig deutlich nicht gegebenen Ausschöpfung des bislang zulässigen Grenzwertes einen eher symbolischen Beitrag zur Finanzierungsbeteiligung der Krankenkassen an den Sparmaßnahmen darstellen. Die Regelung erscheint – auch mit Blick auf die in Artikel 1 Nummer 3 ohnehin vorgesehene Begrenzung der Verwaltungsausgaben entsprechend der Grundlohnrate – verzichtbar.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 4 kann gestrichen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 10 Absatz 6 (Familienversicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neu eingeführten Erhebung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner nach § 242b. Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 62 (§ 242b -neu-) verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 11 Absatz 6 (Leistungsarten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 11 Abs. 6 wird ergänzt, dass homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen als zusätzliche Satzungsleistungen im Sinne des Absatzes ausgeschlossen sind.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 – § 25 Absatz 4 (Gesundheitsuntersuchungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten Früherkennungsuntersuchungen nur auf Basis verlässlicher Evidenz eingeführt und regelmäßig auf Aktualität geprüft werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 27b (Zweitmeinung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Schaffung der Möglichkeit, Empfehlungen bzw. Indikationsstellungen, bei denen die Gefahr einer Indikationsausweitung besteht, obligatorisch besonders zu prüfen sowie die Einholung einer entsprechenden Zweitmeinung zur Abrechnungsvoraussetzung zu machen, wird grundsätzlich begrüßt. Wie lange bekannt und durch die FinanzKommission Gesundheit in ihrer Reformempfehlung Nr. 32 erneut dargestellt, liegen die Eingriffszahlen in Deutschland weit über denjenigen vergleichbarer Länder, ohne dass bessere Versorgungsergebnisse erkennbar wären. Die bisherige Zweitmeinung war schon aufgrund der geringen Nutzung weitgehend wirkungslos, sodass eine obligatorische Zweitmeinung hier ggf. Verbesserungen bringen kann. Allerdings hat auch die FinanzKommission zu Recht auf Unsicherheiten über die Effektivität der Zweitmeinung generell hingewiesen.

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

Durch die vorgeschlagene Ergänzung kann auch die Wirksamkeit der Zweitmeinung gesteigert werden, die ansonsten, auch bei verpflichtender Einholung, unsicher ist. Zwar wird eine unmittelbare wirtschaftliche Abhängigkeit der Indikationsstellenden von den Zweitmeinenden vermieden. Sie unterliegen jedoch häufig denselben strukturellen Voraussetzungen, die zu hohen Eingriffszahlen führen. Daher kann eine evidenzbasierte Begründung generell bereits bei der Indikationsstellung und auch bei obligatorischer Zweitmeinung dazu beitragen, das Ziel der Regelung in höherem Maße zu erreichen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 8 wird wie folgt geändert:

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

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

In Absatz 6 werden nach Satz 3 folgende Sätze eingefügt:

„Der Arzt nach Satz 1 hat die Indikationsstellung in Bezug auf die Kriterien nach Absatz 2a zu begründen und die Begründung dem Versicherten in Textform auszuhändigen, sofern entsprechende Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß Absatz 2a zu diesem Eingriff vorliegen. Informationen, die das Institut nach § 139a zum Zweck der Versicherteninformation zu dem Eingriff und Behandlungsalternativen bereitstellt und die der Gemeinsame Bundesausschuss hierfür bestimmt hat, sind ebenfalls in Textform auszuhändigen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 – § 28 Absatz 2 und Absatz 2a (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der Reformvorschlag der Finanzkommission Gesundheit wird hiermit aufgegriffen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe a) – § 31 Absatz 1a (Arznei- und Verbandmittel)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung soll der Begriff „Verbandmittel“ abschließend gesetzlich definiert werden. Der gesetzliche Regelungsauftrag zur Abgrenzung von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung in der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA soll entfallen. Abweichend von der bisherigen Definition sollen auch solche Produkte, die eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkungsweise im menschlichen Körper entfalten, nicht von vornherein den sonstigen Produkten zur Wundbehandlung zugeordnet werden. Im Gegenteil sollen proteasemodulierende und antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkende Produkte explizit den Verbandmitteln zugeordnet werden.

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

B) Stellungnahme

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

Ohne wissenschaftliche Bewertung und Nutznachweis, ohne konkrete Begründung und im Widerspruch zu laufenden Verfahren im G-BA sowie Gerichtsverfahren werden mit proteasemodulierenden oder antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkenden Produkten spezifische Produktkategorien, die derzeit größtenteils den sonstigen Produkten zur Wundbehandlung zuzuordnen sind, in den Leistungskatalog der GKV einbezogen.

Durch den Wegfall des gesetzlichen Auftrags zur Abgrenzung von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung in der Richtlinie des G-BA ist erhebliche Rechtsunsicherheit in der Versorgung zu erwarten, welche Produkte als Verbandmittel verordnungsfähig und welche als sonstige Produkte zur Wundversorgung grundsätzlich von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind. Das Gesetz liefert keinerlei konkrete Anhaltspunkte zu dieser Frage ebenso wenig, wie zukünftig eine Abgrenzung erfolgen soll und durch wen diese vorgenommen werden soll. Gemäß § 131 Absatz 4 Satz 3 Nummer 5 ist es zudem gegenwärtig der Selbsteinschätzung der Hersteller überlassen, dass in den Verzeichnisdiensten eine Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV ausgewiesen wird. Ob einzelne Produkte auch nach der neuen Legaldefinition eines Verbandmittels den sonstigen Produkten zur Wundbehandlung zuzuordnen sind, müsste produktindividuell in Gerichtsprozessen geklärt werden. Dies gefährdet in erheblichem Maße eine reibungslose Versorgung von Versicherten mit chronischen Wunden.

Da diese Produkte gemäß der gegenwärtigen Regelung mit Ablauf der Übergangsfrist aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden würden, ist infolge der Regelung im Referentenentwurf

mit Mehrausgaben für Produkte ohne nachgewiesenen Nutzen statt Einsparungen für die GKV zu rechnen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

§ 31 Absatz 1a Satz 5 wird gestrichen, die Sätze 6 bis 9 werden die Sätze 5 bis 8.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe b) – § 31 Absatz 6 und 7 (Arznei- und Verbandmittel)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband ausdrücklich befürwortet den vorgesehenen Leistungsausschluss von Cannabisblüten. Neben möglichen finanziellen Effekten ist auch aus Gründen der weiterhin fehlenden Evidenz und der Arzneimitteltherapiesicherheit die Verordnung von standardisierten bzw. zugelassenen cannabinoidhaltigen Arzneimitteln gegenüber der Verordnung von Cannabisblüten vorzuziehen. Das Einsparziel von 130 Mio. Euro wird sich angesichts einer zu erwartenden hohen Umstellungsquote auf eine alternative Versorgung durch Extrakte oder Fertigarzneimitteln nicht realisieren lassen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 34 (Ausgeschlossene Arzneimittel)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 – § 35a (Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

c) Die vorgesehene Streichung von Satz 4 wird abgelehnt. Auch wenn der Kombinationsabschlag in einer bestehenden Form einen hohen Verwaltungsaufwand bedeutet, wurden bereits im Jahr 2025 Einsparungen für die GKV in Höhe von 58,3 Mio. Euro erzielt (Quelle: KV45-Statistik). Der Kombinationsabschlag stellt zudem bisher die einzige Möglichkeit dar, der Tatsache zu begegnen, dass die Kombination zweier Arzneimittel zwar für die GKV mit den additiven Kosten der Kombination verbunden ist, der zusätzliche Nutzen der Kombination für die Patientinnen und Patienten meist deutlich geringer ist.

Anstelle einer Streichung sollte der Aufwand in der Umsetzung des Kombinationsabschlags reduziert und seine Reichweite vergrößert werden. Dafür wäre an dieser Stelle eine Legaldefinition vorzunehmen, welche Arzneimittel als vom Kombinationsabschlag erfasst anzusehen und vom G-BA zu benennen sind. Adäquat wäre es hierbei, allein solche Kombinationen vom Abschlag auszunehmen, für die trotz Zulassung zur Anwendung im selben Anwendungsgebiet eine Kombination arzneimittelrechtlich ausgeschlossen ist. Eine medizinisch-wissenschaftliche Bewertung der Sinnhaftigkeit der resultierenden, möglichen Kombinationen kann unterbleiben, da diese im jeweiligen Einzelfall durch Ärztinnen und Ärzte vor entsprechenden Verordnungen vorgenommen wird. Das Einsparvolumen allein durch diese Maßnahme wird auf mindestens 22 Mio. Euro pro Jahr geschätzt. Es

sollte eine Markierung der Verordnung mehrerer Arzneimittel als „Kombination“ durch den Arzt erfolgen. Hierdurch wird eine zweifelsfreie Zuordnung und einfache maschinengestützte Abrechnung ermöglicht. Die Markierung führt zu zusätzlichen Einsparungen in Höhe von 30 Mio. Euro. Eine ergänzende Kennzeichnung der Patientengruppe, für die eine Kombination verordnet wird, ermöglicht eine Differenzierung zwischen Patientengruppen mit mindestens beträchtlichem oder geringerem Zusatznutzen. Dadurch könnten weitere 55 Mio. Euro an Einsparungen realisiert werden. Auch wäre eine Ausweitung des Abschlags auf den stationären Sektor sachgerecht. In Summe würde der Kombinationsabschlag in seiner Wirkung gestärkt und gleichzeitig in der Umsetzung vereinfacht.

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Zusätzlich sollte eine Regelung der Markierungspflicht des Vertragsarztes ergänzend aufgenommen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 36 (Festbeträge für Hilfsmittel)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Artikel 1 Nummer 13 des Referentenentwurfs ersetzt § 36 SGB V vollständig und gestaltet das Festbetragsinstrument im Hilfsmittelbereich grundlegend neu. Ziel ist es, das Instrument verbindlicher, transparenter und wirtschaftlich wirksamer auszugestalten und bestehende Rechtsunsicherheiten zu beseitigen. Das Festbetragsinstrument soll künftig umfassender angewendet und systematisch weiterentwickelt werden.

Für die Festbetragsermittlung haben die Hersteller und Leistungserbringer auf Verlangen umfangreiche Daten bereitzustellen, wie produktspezifische Umsatz- und Absatzzahlen, Hersteller- und Leistungserbringerabgabepreise, Rabatte, Kalkulationszuschläge, Stundenverrechnungssätze und Arbeitszeiten verpflichtend anzugeben. Werden erforderliche Parameter nicht frist- oder formgerecht geliefert, ist der GKV-Spitzenverband berechtigt, diese durch Schätzung festzulegen.

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

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

Festbeträge stellen ein wichtiges Ausgabensteuerungsinstrument dar, daneben sollten auch weitere Instrumente, wie insbesondere die Ausschreibung von Hilfsmitteln, im Gesetz berücksichtigt werden, um dem Ziel einer langfristigen Beitragssatzstabilität gerecht zu werden.

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

Insbesondere die Vermeidung von unbestimmten Rechtsbegriffen sowie die Konkretisierung und Präzisierung der Regelungen zu den für die Festbetragsfestsetzung notwendigen Auskünfte sollen zu einer rechtssicheren Ausgestaltung beitragen. Auf Grund des Umfangs und der Komplexität der in der Verfahrensordnung zu treffenden Regelungen sowie des durchzuführenden Stellungnahmeverfahrens wird eine Frist von neun Monaten bis zum Erlass der Verfahrensordnung für erforderlich gehalten.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 13 sollte § 36 -neu- wie folgt gefasst werden (Änderungen in Fettdruck):

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

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

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 Buchstabe a) – § 44 (Krankengeld)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass eine freiwillige Versicherung für hauptberuflich Selbstständige einen Anspruch auf Krankengeld nur dann umfassen soll, wenn nach Abgabe einer Wahlerklärung zukünftig eine Wartezeit von drei Monaten für die Wahl des Krankengeldanspruchs vergangen ist.

B) Stellungnahme

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

Die vorgesehene Ausgestaltung wirft die Frage auf, ob nach Ablauf der Wartezeit ein Anspruch auf Krankengeld für eine während der Wartezeit eingetretene und weiter anhaltende Arbeitsunfähigkeit bestehen soll; die aktuelle Regelung in § 44 Abs. 2 Satz 4 SGB V wonach die Wahlerklärung für eine zum Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung bestehende Arbeitsunfähigkeit erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt, wirkt, regelt diesen Sachverhalt nicht. Hier sollte das politische Gewollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit eindeutig geregelt werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 Buchstabe b) – § 44 (Krankengeld)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 – §§ 44c und 44d (Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Regelung soll eine stufenweise Teilarbeitsunfähigkeit und in der Folge auch ein Teilkrankengeld gesetzlich normiert werden, welche im Zusammenhang mit geringfügigen Erkrankungen auf Wunsch der Versicherten umgesetzt werden soll.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Einführung einer stufenweisen Teilarbeitsunfähigkeit und eines Teilkrankengeldes mit 25 %, 50 % sowie 75 % Arbeitsunfähigkeit, in enger Abstimmung mit der betroffenen Person und unter Berücksichtigung, dass nicht alle Arbeitsplätze für die Teilarbeitsfähigkeit geeignet sind, betrifft keine Frage der gesundheitlichen Versorgung im engeren Sinne; im Vordergrund stehen arbeitsrechtliche und arbeitsorganisatorische Fragen.

Die vorgesehene gesetzliche Regelung wirkt im Kontext des in Art. 1 Nr. 28 vorgesehenen zusätzlichen Festhaltens – wenn auch nachrangig - an dem Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung die Frage nach der Abgrenzung einer Teilarbeitsunfähigkeit mit teilweiser arbeitsvertraglicher Leistungserbringung und der laut Begründung zu Art. 1 Nr. 28 therapeutisch gesteuerten Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, bei der Arbeitnehmende bei weiter bestehender vollständiger Arbeitsfähigkeit teilweise ihre Tätigkeit aufnehmen. Dies bedarf der weiteren Konkretisierung.

In § 44 c Abs. 2 SGB V wird für die Arbeitgeber ein Widerspruchsrecht definiert. Ein Widerspruch des Arbeitgebers kann dann erfolgen, wenn der Arbeitgeber erklärt, dass der Arbeitsplatz nicht für eine Ausübung einer Teilarbeit geeignet ist. Die Erklärung ist aktuell ausschließlich gegenüber dem Versicherten vorgesehen. Da der Widerspruch die Konsequenz hat, dass die Arbeitsunfähigkeit entsprechend der ärztlichen Feststellung in vollem Umfang fortgeführt wird, bedarf es jedoch regelhaft sowohl der Kenntnis der Krankenkassen als auch des behandelnden Arztes. Um dies sicherzustellen könnten die Verfahren nach § 109 SGB IV, welches auch zur elektronischen Meldung der Teilarbeitsunfähigkeit genutzt werden soll, sowie das Verfahren nach § 295 SGB V genutzt werden.

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

In § 44 c Abs. 6 SGB V wird definiert, dass für die elektronische Übermittlung der Daten zur festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit § 5 Absatz 1a des Entgeltfortzahlungsgesetzes, § 109 und § 109a SGB IV entsprechend gelten. Bereits bisher treten im elektronischen Verfahren Störfälle dahingehend auf, dass Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht dem Arbeitgeber zur Verfügung gestellt werden können. Im Entgeltfortzahlungsgesetz ist bisher keine abschließende Aussage enthalten, wie der Nachweis in diesen Fällen zu führen ist. Um zukünftige Friktionen zu vermeiden, sollte daher eine entsprechende gesetzliche Klarstellung zur Sicherstellung eines Regelprozesses erfolgen.

Im Hinblick auf die vielfältigen Umsetzungsprozesse zur Gestaltung der notwendigen Rahmenbedingungen im G-BA und in Bezug auf die Anpassungen der digitalen Verfahren, der Praxis- und Kassenverwaltungssysteme sowie der Systeme der Arbeitgeber erscheint eine Umsetzung vor dem 01.01.2028 nicht realistisch. Insgesamt erscheint die Regelung mehr Fragen als Lösungen zu bieten und ist daher kritisch zu hinterfragen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 15 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 – § 45 (Krankengeld bei Erkrankung des Kindes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene gesetzliche Anpassung soll die Höhe des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes von bisher 90 auf 85 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts und bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt von 100 auf 95 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts reduziert werden.

B) Stellungnahme

Da die Regelung ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf in Analogie zu § 47 SGB V ausschließlich einer strukturellen Entlastung der Ausgabenseite dient, entzieht sie sich einer fachlich-inhaltlichen Bewertung. Bei einer Übernahme der Finanzverantwortung durch den Bund für gesamtgesellschaftliche Aufgaben bedürfte es dieser Maßnahme nicht.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 Buchstabe a) – § 47 (Höhe und Berechnung des Krankengeldes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene gesetzliche Anpassung soll die Höhe des Krankengeldes von bisher 70 auf 65 Prozent des erzielten regelmäßigen beitragspflichtigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens reduziert werden, wobei dieses nunmehr 85 statt bisher 90 Prozent des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen darf.

B) Stellungnahme

Da die Regelung ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf ausschließlich einer strukturellen Entlastung der Ausgabenseite dient, entzieht sie sich einer fachlich-inhaltlichen Bewertung. Bei einer Übernahme der Finanzverantwortung durch den Bund für gesamtgesellschaftliche Aufgaben bedürfte es dieser Maßnahme nicht.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 Buchstabe b) – § 47 (Höhe und Berechnung des Krankengeldes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Regelung sieht vor, dass Krankengeld vom Tage nach einer Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses an nur noch in Höhe des sich bei Anspruch auf Arbeitslosengeld ergebenden Betrages geleistet wird.

B) Stellungnahme

Die Regelung, in laufenden Krankengeldfällen nach dem Ende eines Arbeitsverhältnisses die Höhe des Krankengeldes auf die Höhe des Arbeitslosengeldes zu reduzieren, verfolgt nach der Begründung des Referentenentwurfs das Ziel, sachlich nicht gerechtfertigte Besserstellungen von Versicherten nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses zu vermeiden. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Fallgestaltungen erfolgt nicht.

Im Hinblick auf die Berechnung des Krankengeldes in Höhe des Arbeitslosengeldes ist ein Verweis auf § 47b SGB V nicht ausreichend, weil die Höhe des Arbeitslosengeldes durch die Bundesagentur für Arbeit aufgrund des fehlenden Bezugs von Arbeitslosengeld nicht berechnet wird. Da eine eigenständige Berechnung durch die Krankenkasse nach den Grundsätzen der BA eine erhebliche Erweiterung der DTA-Verfahren sowie Programmier- und Schulungsaufwände erzeugen würde, ist es zwingend notwendig die Bundesagentur für Arbeit gesetzlich in den Prozess zu integrieren. So müsste die Bundesagentur für Arbeit sowohl berechtigt als auch verpflichtet werden, im Zusammenhang mit einem Krankengeldanspruch in Höhe von Arbeitslosengeld entsprechende für die Berechnung von Arbeitslosengeld erforderliche Daten bei den Arbeitgebern und Versicherten zu erheben und den Krankenkassen die relevanten Informationen zur Verfügung zu stellen.

Die Regelung sieht vor, dass eine Anpassung des Krankengeldes mit einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses vorgenommen werden soll. Aufgrund der bisherigen Meldeverpflichtungen der Arbeitgeber ist keine zeitnahe Information über eine Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses gegenüber der Krankenkasse gesetzlich normiert. Da eine Information ausschließlich im Zusammenhang mit einer Gewährung von Krankengeld zukünftig erforderlich erscheint, müsste das Datenaustauschverfahren nach § 107 SGB IV um eine entsprechende Übermittlungsverpflichtung ergänzt werden. Bei einer Übernahme der Finanzverantwortung durch den Bund für gesamtgesellschaftliche Aufgaben bedürfte es dieser Maßnahme nicht.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 48 (Dauer des Krankengeldes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene gesetzliche Neufassung von § 48 SGB V soll die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld dahingehend geändert werden, dass Krankengeld unabhängig von der Art der Erkrankung für den Fall der Arbeitsunfähigkeit für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von drei Jahren geleistet wird.

B) Stellungnahme

Durch die vorgesehenen Anpassungen werden der Begriff „dieselbe Krankheit“ aus dem Gesetz gestrichen und die bisherigen starren Blockfristen aufgrund einer Krankheit abgelöst. Begründet wird die gesetzliche Anpassung mit der notwendigen Gleichbehandlung von Versicherten und der Vermeidung von Missbrauchspotentialen.

Die bisherige Blockfristenregelung zur Bestimmung der Dauer des Anspruchs auf Krankengeld ist konzeptionell auf eine krankheitsbezogene Betrachtung ausgerichtet. Nach Streichung des Tatbestandsmerkmals „dieselbe Erkrankung“ bleibt unklar, woran sich Beginn, Verlauf und Wiederbeginn des 3-Jahres-Zeitraums künftig orientieren sollen.

Die vorgesehenen Regelungen lassen nicht erkennen, ob den Änderungsvorschlägen eine Prüfung der Ansprüche auf existenzsichernde Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern für den Fall des Ausschöpfens des Krankengeldanspruchs und fortbestehender Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegt. Insbesondere ist fraglich, in welchen Fallkonstellationen ein Anspruch auf Arbeitslosengeld bei verminderter Leistungsfähigkeit nach § 145 SGB III besteht und ob ggf. weitere Rechtsanpassungen erforderlich sind, um Versorgungslücken zu vermeiden.

Bei einer Übernahme der Finanzverantwortung durch den Bund für gesamtgesellschaftliche Aufgaben bedürfte es auch dieser Maßnahme nicht.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 49 Absatz 1 (Ruhens des Krankengeldes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Bei der vorgeschlagenen Änderung handelt es sich um eine sachgerechte Folgeänderung im Zusammenhang mit der geplanten Einführung eines Teilkrankengeldes (Artikel 1 Nr. 15 – §§ 44c und d). Da der vorgeschlagene § 44d SGB V bereits vorsieht, dass das Teilkrankengeld nur in der Höhe der nach § 44c Absatz 1 Nummer 2 SGB V krankheitsbedingt nicht erbrachten Arbeitszeit geleistet wird, würde die aktuell bestehende Regelung zum Ruhens des Krankengeldes zu einer doppelten Kürzung des Krankengeldes führen, weil das bereits reduzierte Teilkrankengeld durch den Bezug von beitragspflichtigem Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen weitergehend zum Ruhens gebracht würde.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 um 10 Prozentpunkte erhöhten Festzuschüsse für Zahnersatz werden auf das davor gültige Niveau reduziert. Somit wird zukünftig ein Festzuschuss in Höhe von 50 Prozent bzw. in Höhe von 60 bzw. 65 Prozent bei nachgewiesener regelmäßiger Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen gewährt. Für Härtefälle wird in § 55 Abs. 2 SGB V weiterhin die vollständige Kostenübernahme für die Regelversorgung mit Zahnersatz geregelt.

B) Stellungnahme

Der Reformvorschlag der Finanzkommission Gesundheit wird hiermit aufgegriffen. Diese Gesetzesänderung führt zu einer Kostenverlagerung auf die Versicherten. Bei einer Übernahme der Finanzverantwortung durch den Bund für gesamtgesellschaftliche Aufgaben bedürfte es dieser Maßnahme nicht.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 – § 61 (Zuzahlungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Im Weiteren sollen die Zuzahlungsgrenzen zukünftig durch Anbindung an die Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V zum 01.01. eines Kalenderjahres in Höhe der durchschnittlichen Veränderung der Grundlohnrate dynamisiert werden.

B) Stellungnahme

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

Es ist fraglich, ob und inwieweit durch die geplanten Zuzahlungserhöhungen eine Steuerungswirkung bei der Inanspruchnahme von Leistungen entstehen, die zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen kann.

Jedenfalls konnte der GKV-Spitzenverband in seinem Zuzahlungsbericht im Jahr 2011 aus den dabei zugrunde gelegten sechs Studien seinerzeit keine eindeutigen Hinweise auf nachhaltige Steuerungswirkungen der geltenden Zuzahlungsregelungen feststellen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24 – § 63 (Modellvorhaben)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 – § 71 Absatz 2 und 3 (Beitragssatzstabilität)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Streichung der Ausnahmen vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität in Absatz 2 Satz 1 soll der Geltung der Grundlohnrate nach Absatz 3 konsequent Geltung verschafft werden.

Für die Jahre 2028 und 2029 soll die Wirkung der in § 223 Absatz 4 Satz 1 (neu) vorgesehenen außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze unberücksichtigt bleiben, damit

die beabsichtigte Entlastungswirkung der zusätzlichen Einnahmen nicht durch entsprechende Ausgabenzuwächse in den Jahren 2028 und 2029 bei Anwendung einer ansonsten höheren Grundlohnrate konterkariert wird.

In den Jahren 2027, 2028 und 2029 soll die ermittelte Grundlohnrate der Kommissionsempfehlung folgend um jeweils einen Prozentpunkt gemindert werden. Da die Grundlohnrate in diesen Jahren deutlich höher liegen wird als die erwartete Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen in diesem Zeitraum, wird ein Abschlag für notwendig erachtet.

B) Stellungnahme

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

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

Die sukzessive Aushöhlung des in § 71 SGB V geregelten Gebots der Beitragssatzstabilität macht Anpassungen an zahlreichen gesetzlichen Regelungen zur Verhandlung von Preisen und Vergütungen erforderlich, die vorliegend im Referentenentwurf mit Verweis auf die Geltung von § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V auch konsequent umgesetzt wurden. Erforderlich ist dabei zudem die hier vorgesehene Streichung der Ausnahmen vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität im bisherigen Satz 2 des ersten Absatzes.

Die Nichtberücksichtigung einer außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in den Grundlohnraten für 2028 und 2029 ist grundsätzlich nachvollziehbar. Da die GKV jedoch kein

Einnahmen-, sondern ein Ausgabenproblem hat, wird eine Mehrbelastung von Arbeitgebern und Beitragszahlenden im Jahr 2027 oberhalb einer regelbasierten ordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze weder als notwendig noch als sachgerecht angesehen und deshalb grundsätzlich kritisch bewertet. Eine Sonderberücksichtigung in § 71 Absatz 3 erübrigt sich bei einem Verzicht auf diese Erhöhung.

Die Kommissionsempfehlung einer Absenkung der Grundlohnrate um einen Prozentpunkt für die Jahre 2027 bis 2029 ist nachvollziehbar. Als für das Ziel der Beitragssatzstabilität wirksamere Alternative gegenüber der Orientierung der Preis- und Vergütungsentwicklung an der Grundlohnrate (abzüglich eines Prozentpunkts in den Jahren 2027 bis 2029) empfiehlt der GKV-Spitzenverband hingegen eine dauerhafte Orientierung an der Veränderungsrate der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Durch die Bezugnahme auf einen Zeitraum, der sich über zwei zurückliegende Kalenderjahre und das jeweils laufende Kalenderjahr erstreckt, bildet die Grundlohnrate nur sehr eingeschränkt die Finanzierungsmöglichkeiten der GKV für künftige Vergütungssteigerungen ab. Notwendig ist vielmehr ein Wert, der diejenigen Einnahmen berücksichtigt, die den Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben tatsächlich zur Verfügung stehen werden. Sachgerecht und zielgenau ist die Veränderungsrate der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Diese Veränderungsrate wird vom GKV-Schätzerkreis Mitte Oktober jeweils für das Folgejahr ermittelt. Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V bis zum 1. November eines Kalenderjahres fest. Neue Erkenntnisse über die Höhe der erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds, die sich auf Höhe der Zuweisungen auswirken, sind dabei zu berücksichtigen. Mit der Veröffentlichung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB werden die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Folgejahr und somit auch die Veränderungsrate der Zuweisungen endgültig festgelegt. Dieser Veränderungswert spiegelt die tatsächlichen Einnahmewachse wider, die den Krankenkassen vom Gesundheitsfonds im Folgejahr zur Verfügung gestellt werden. Die Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen würde somit an die tatsächliche Einnahmentwicklung desselben Jahres gekoppelt.

C) Änderungsvorschlag

§ 71 Abs. 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(3) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt bis zum 1. November eines jeden Jahres für die Vereinbarungen der Vergütungen des jeweils folgenden Kalenderjahres die nach den Absätzen 1 und 2 anzuwendende Gesamtveränderungsrate der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach §§ 266, 268 und 270 fest. Grundlage der Festlegung ist das Ergebnis des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2. Die Feststellung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 – § 73 (Vertragsärztliche Versorgung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27 – § 73b (HZV)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

bb) Die Sätze 2 bis 5 werden gestrichen.

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28 – § 74 (Stufenweise Wiedereingliederung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass eine stufenweise Wiederaufnahme der Tätigkeit durch Versicherte nur noch erfolgen kann, wenn sie hierdurch voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingliedert werden können, aber eine teilweise Erbringung der Arbeitsleistung nach § 44c oder § 44d für arbeitsunfähige Versicherte nicht möglich ist.

B) Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 15 wird verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Nutzung der ePA ist Teil der ärztlichen Dokumentation. Die Befüllung wird durch die technische Integration in die Praxisverwaltungssysteme unterstützt und führt zu keinen Mehraufwänden in Praxen. Zudem profitieren Zahnarztpraxen durch eine verbesserte Transparenz über den Behandlungsstand der Patienten. Zeitaufwändige administrative Aufwände für das Anfordern vergessener oder das Digitalisieren ausschließlich in Papierform vorliegender Befunde entfallen, wodurch Effizienzvorteile in den Zahnarztpraxen entstehen. Die Streichung der gesonderten Vergütung für die Nutzung der elektronischen Patientenakte ist daher sachgerecht und führt nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die beabsichtigte Neuregelung, die Bestandteil der Reformempfehlungen der FinanzKommission ist.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es wird begrüßt, dass der Vorschlag der Finanzkommission aufgegriffen wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Nutzung der ePA ist Teil der ärztlichen Dokumentation. Die Befüllung wird durch die technische Integration in die Praxisverwaltungssysteme unterstützt und führt zu keinen Mehraufwänden in Praxen. Zudem profitieren Arztpraxen durch eine verbesserte Transparenz über den Behandlungsstand der Patienten. Zeitaufwändige administrative Aufwände für das Anfordern vergessener oder das Digitalisieren ausschließlich in Papierform vorliegender Befunde entfallen, wodurch Effizienzvorteile in den Arztpraxen entstehen. Die Streichung der gesonderten Vergütung für die Nutzung der elektronischen Patientenakte ist daher sachgerecht und führt nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die beabsichtigte Neuregelung, die Bestandteil der Reformempfehlungen der Finanzkommission ist.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

Zu bb): Die Finanzkommission empfiehlt die Streichung der gesonderten Vergütung, da eine Erhöhung der Organspendebereitschaft durch die Beratung zur Organspende nicht festgestellt werden kann. Die Streichung der gesonderten Vergütung für die Organspendeberatung ist sachgerecht und führt nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die beabsichtigte Neuregelung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

Zu bb): Die Regelung entspricht den Empfehlungen der Finanzkommission und wird seitens der GKV begrüßt. Da die Zuschläge keine Wirksamkeit entfaltet haben, sind keine Auswirkungen auf die Versorgung zu erwarten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

„Nr. 32 lit b) Absatz 3 Satz 4 bis 20 werden durch die folgenden Sätze ersetzt: ...“ statt „Satz 5 bis 20“
„Absatz 3 Satz 4 bis 20 werden durch die folgenden Sätze ersetzt: ...“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ein technischer Fehler in den gesetzlichen Regelungen zur Entbudgetierung der Leistungen der Kinder- und Jugendärzte ab dem 1. April 2023 wird behoben. Dazu wird die Systematik der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte an die bei den Hausärzten angeglichen.

B) Stellungnahme

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

Die Behebung dieses Fehlers entsprechend der Forderung des GKV-Spitzenverbandes ist daher zwingend geboten und erfolgt durch Angleichung an die bestehenden Regelungen zur Entbudgetierung bei den Hausärzten. Die vollständige Vergütung kinderärztlicher Leistungen wird dabei fortgeführt. Die Streichung der Altersgrenze für die zu entbudgetierenden Leistungen der Kinder- und Jugendärzte hat vernachlässigbare Auswirkungen und dient der Vereinfachung.

Die Verlängerung des bestehenden Evaluationsauftrags des Bewertungsausschusses an das BMG um quartalsweise Berichte bis zum 31. Dezember 2027 wird ausdrücklich begrüßt, um eine sachgerechte Bewertung zu ermöglichen, ob die Mehrausgaben tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung führen.

C) Änderungsvorschlag

Der Verweis auf § 87a Abs. 3 Satz 5 Nummer 8 im Rahmen des Evaluationsauftrags ist wegen der Streichung dieses Satzes durch Nr. 32 lit. b) durch einen Zusatz „in der bis zum ... geltenden Fassung“ zu ergänzen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Ermittlung der Ausgleichszahlungen der Krankenkassen für die entbudgetierten Leistungen der Kinder- und Jugendärzte sowie der Hausärzte werden in der EBM-Leistungskalkulation berücksichtigte Fixkosten bei Leistungsausweitung abgestaffelt (Fixkostendegression). Hierzu legt der Bewertungsausschuss einen prozentualen Abschlag fest. Die Umsetzung erfolgt durch die regionalen Gesamtvertragspartner.

B) Stellungnahme

Die anfallenden Kosten der Kinder- und Jugendärzte sowie der Hausärzte steigen bei zunehmender Leistungsmenge unterproportional, da die Fixkosten mit einer bestimmten kalkulatorischen Leistungsmenge bereits ausfinanziert sind. Die Neuregelung ist daher sachgerecht und entspricht grundsätzlich der vom GKV-Spitzenverband bereits im Rahmen der Kommentierung zum GVSG eingebrachten Forderung.

Angesichts der engen Verzahnung der von den Gesamtvertragspartnern vorzunehmenden Umsetzung mit den bestehenden Regelungen zur Fortschreibung der MGV-Anteile und zur Ermittlung der Höhe der Ausgleichszahlungen sollte der Bewertungsausschuss hierzu auch einheitliche Vorgaben beschließen.

C) Änderungsvorschlag

Dem neuen Absatz 3d wird folgender Satz angefügt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen die vorgenommenen Berechnungen gegenüber den Krankenkassen sowie dem Bewertungsausschuss transparent nachzuweisen haben.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Formulierung zur Ausnahme der Leistungen der Versorgungsbereiche der Kinder- und Jugendmedizin sowie der allgemeinen hausärztlichen Versorgung von Honorarkürzungen im Rahmen der Honorarverteilung wird aktualisiert.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Leistungen, welche außerhalb der MGV vergütet werden, wird eine Systematik zur Begrenzung der Ausgaben eingeführt. Um einer nicht bedarfsgerechten Ausgabenausweitung in erster Linie aufgrund von Einkommensinteressen der Leistungserbringer entgegenzuwirken, erfolgt ausschließlich für vom Gesetzgeber abschließend genannte Leistungen eine vollständige Vergütung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Ergänzend wird dem Bewertungsausschuss optional die Möglichkeit eröffnet, Kriterien festzulegen, die Leistungen erfüllen müssen, damit diese ausnahmsweise ebenfalls vollständig mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Insbesondere sind weitere Konkretisierungen zur Ermittlung und Fortschreibung der einzustellenden Beträge für die Gesamtvergütungen gemäß Absatz 1 und deren Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen analog §§ 87a Abs. 4 Satz 2 bzw. Abs. 5 Satz 7 SGB V erforderlich. Gleichfalls sind ergänzende Regelungen zur Transparenz erforderlich, um die Wirkungen sowohl für die Beteiligten auf Landesebene als auch auf Bundesebene nachvollziehen zu können.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absenkung der Fördersumme und Rückfluss nicht verwendeter Mittel

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

Verschlinkung der Förderverfahren neue Versorgungsformen

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

Streichungen im Förderbereich Versorgungsforschung

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

B) Stellungnahme

Absenkung der Fördersumme und Rückfluss nicht verwendeter Mittel

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

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

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

Verschlinkung der Förderverfahren neue Versorgungsformen

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

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

Streichungen im Förderbereich Versorgungsforschung

Die Streichung des Teilbereichs „Evaluation von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ist nachvollziehbar und sachgerecht, da dieser Bereich in den vergangenen Jahren nicht vom Innovationsausschuss adressiert wurde und ohnehin eine originäre Aufgabe des G-BA darstellt. Auch die Streichung des Teilbereichs „Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit“ ist sachgerecht. Er wurde 2024 gesetzlich eingeführt mit der Intention, mindestens ein Projekt zu fördern, welches Vorarbeiten für den zukünftigen Aufbau eines bundesweiten Never Event Registers liefert. Der Innovationsausschuss hat den Themenbereich ausgeschrieben und mehrere förderfähige Projekte aus den eingegangenen Anträgen ausgewählt, die nach offiziellem Beschluss des Innovationsausschusses zeitnah einen Förderbescheid erhalten werden. Somit besteht kein weiterer Förderbedarf in diesem Themenbereich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Folgeänderung wird zur Kenntnis genommen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung erscheint sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

beruht. In der Physiotherapie sind diese Parameter mit dem BSG-Urteil vom 18.12.2025 (B 3 KR 9/24 R) zwischenzeitlich höchstrichterlich bestätigt. Basierend auf diesen Parametern konnte unter anderem im Heilmittelbereich „Physiotherapie“ für das Jahr 2026 ein Vergütungsabschluss unterhalb der durchschnittlichen Veränderungsrate (Physiotherapie: 2,49 %) erzielt werden. Mit dem vorgelegten Vorschlag und der Begründung, dass bei Vergütungsvereinbarungen im Heilmittelbereich vorrangig vor den in § 125 Abs. 3 Satz 2 SGB V genannten Parametern der Grundsatz der Beitragsstabilität zu beachten ist, sieht der GKV-Spitzenverband die Gefahr, dass eine durchschnittliche Veränderungsrate, die über dem Anpassungsbedarf basierend auf den o.g. Parametern nach § 125 Abs. 3 Satz 2 SGB V liegt, dennoch zu Mehrausgaben (Beispiel: Vergütungsanpassung lt. Parameter 2,49 %, GLS 3,5 %) führen könnte. Daher wird vorgeschlagen die Parameter nach § 125 Abs.3 Satz 2 SGB V weiterhin als wesentliches Kriterium für die Preisbildung zu belassen und die durchschnittliche Veränderungsrate als Obergrenze für Vergütungsabschlüsse im Heilmittelbereich zu definieren.

Anzumerken ist, dass auf das einjährige Preismoratorium für das Jahr 2027, welches die Finanzkommission als kurzfristige Maßnahme vorgeschlagen hat, verzichtet wird. Dies bedeutet, dass ein wesentlicher bezifferbarer Beitrag zur Konsolidierung der GKV-Ausgaben in Höhe von 0,7 Mrd. Euro

nicht umgesetzt werden soll. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt diese Maßnahme aufzunehmen. Weiter sollte rechtssicher sein, dass § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V auch für die Verträge nach § 125a SGB V gilt.

C) Änderungsvorschlag

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

„Bei den auszuhandelnden Preisen nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“ Für das Kalenderjahr 2027 gelten die zum 31.12.2026 vereinbarten Preise fort. Dies gilt auch für die Verträge nach § 125a SGB V.“

Die Begründung zu Nummer 44 (§ 125) wird wie folgt geändert:

„Als Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der GKV gilt § 71 künftig auch im Heilmittelbereich, so für die Verträge nach §§ 125, 125a. Bei ihren Vergütungsvereinbarungen haben die Vertragspartner vorrangig die in § 125 Absatz 3 Satz 2 genannten Parametern zu beachten. Die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 stellt die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate sind damit ausgeschlossen. Zudem erfolgt für das Kalenderjahr 2027 keine Vergütungserhöhung. Es gelten die zum 31.12.2026 vereinbarten Vergütungssätze.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

§ 125a Absatz 2 Satz 1 SGB V ohne Änderung

Zusätzlich wird §125 Absatz 3 Satz 3 wie folgt ergänzt:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46 – § 127 (Hilfsmittelverträge)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Artikel 1 Nummer 46 des Referentenentwurfs ändert § 127 SGB V grundlegend im Hinblick auf die Vergütungssystematik und Vertragsverhandlungen bei der Hilfsmittelversorgung. Ziel ist es, die Vergütungsentwicklung stärker an der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung auszurichten und kurzfristig wirksame Einsparungen zu realisieren. Die Änderungen stehen darüber hinaus in engem Zusammenhang mit der Neuregelung der Festbeträge nach § 36 SGB V.

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

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

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

B) Stellungnahme

Die ausdrückliche Verankerung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in § 127 wird begrüßt, um übermäßige Ausgabensteigerungen im Hilfsmittelbereich entgegenzuwirken.

Der befristete Sicherheitsabschlag von drei Prozent bis 2028 wird ebenfalls für bestehende Hilfsmittelverträge als kurzfristig wirksamer Beitrag zur Stabilisierung der Finanzlage der GKV begrüßt. Für eine langfristige Begrenzung der Ausgabenentwicklung ist neben dem Festbetragsinstrument auch die Wiedereinführung der Ausschreibungsoption notwendig.

Um in den aktuellen Vertragsverhandlungen möglichen Vorzieheffekten entgegenzuwirken, sollte zusätzlich bis zum in Kraft treten der vorgesehenen Regelung zum Sicherheitsabschlag ein Preismoratorium gelten. Zur Ermöglichung einer einheitlichen und praxisgerechten Umsetzung der Regelung sollte der GKV- Spitzenverband beauftragt werden, eine entsprechende Umsetzungsempfehlungen zu erstellen.

Die Änderungen in Absatz 4 stehen im Zusammenhang mit der Neufassung der Festbetragsregelung in § 36 und wird ebenfalls begrüßt. In den Preisverhandlungen sowie in den Schiedsverfahren sind die Festbeträge verbindlich zu Grunde zu legen. Mit den zusätzlich eingeräumten Verhandlungskorridoren können besonderen versorgungsrelevanten Aspekten Rechnung getragen werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 46 sollte § 127 Absatz 1b -neu- wie folgt gefasst werden (Änderungen in Fettdruck):

„(1b) Für Hilfsmittelversorgungen nach § 33, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 1 erfolgen und im Zeitraum ... [einzusetzen: 1. Januar 2027, es sei denn, das Gesetz tritt erst danach in Kraft, dann einzusetzen: Datum des auf - 31 - die Verkündung folgenden Tages] bis zum 31. Dezember 2028 begonnen haben, vermindert sich die vertraglich vereinbarte Vergütung um drei Prozent je Versorgung. **Bis zum Inkrafttreten gelten die Vertragspreise unverändert weiter. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen zur Umsetzung der Regelungen nach Satz 1 ab.**“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 – § 130 (Rabatt)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Der vorgesehene Abschlag nach Absatz 1b ist im Grundsatz ein geeignetes Mittel, um die hohe Ausgabendynamik im Arzneimittelbereich wirksam zu dämpfen. Es stellt sich allerdings die Frage, warum im vorliegenden Entwurf der zusätzliche Abschlag nur halb so hoch wie im Bericht der Finanzkommission Gesundheit ist. Diese hatte eine Erhöhung um 7 % auf 14 % empfohlen. Entsprechend halbieren sich auch die Einspareffekte. Es stellt sich zudem die Frage, warum Biosimilars nicht betroffen sein sollten. Hinzu kommt der Umstand, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf bestehende preisdämpfende Instrumente wie die Leitplankenregelung und der Kombinationsabschlag gestrichen werden sollen.

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die vorgesehene Maßnahme zur dynamischen Berechnung des Abschlags. Es handelt sich hierbei um einen vielversprechenden Ansatz zur Umsetzung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Zur Umsetzung des Soll-Ist-Vergleichs der Ausgaben erscheint es sinnvoll, die Arzneimittel, die zur Berechnung dienen, kongruent zu den Arzneimitteln auszugestalten, auf die er angewendet wird. Um die Vorgaben so umzusetzen, wird die Generierung neuer Datenströme notwendig, die die erforderlichen Informationen beinhalten. Vor diesem Hintergrund ist unklar, ob sich der vorgesehene Zeitplan zur Umsetzung gewährleisten lässt.

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

C) Änderungsvorschlag

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

Der Vergleich des Ist- und des Soll-Ausgabenvolumens wird auf die Arzneimittel beschränkt, die dem Abschlag nach Absatz 1b unterliegen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der derzeit bis Ende 2026 befristete Abschlag nach § 130a Absatz 3a („Preismoratoriumsabschlag“) soll bis Ende 2030 verlängert werden. Zudem soll das sogenannte erweiterte Preismoratorium generell für alle Fälle gelten, in denen bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform auf dem Markt ist.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die Einführung eines Wirkstoffbezugs im erweiterten Preismoratorium. Eine solche Regelung ist grundsätzlich geeignet, Umgehungsstrategien effektiv auszuschließen und eine gleichförmige Ausgabenstabilisierung im Bestandsmarkt zu gewährleisten.

Die vorgesehene Regelung bedarf allerdings weiterer Anpassung:

Erstens bleibt der Regelungsgehalt des weiter bestehenden Satzes 5 infolge der Neuregelung in Satz 4 unklar.

Zweitens erlaubt die weiterhin bestehende Erfordernis der vergleichbaren Darreichungsform – ganz abgesehen von der für eine automatisierte Umsetzung problematischen Auslegungsbedürftigkeit des Begriffs – auch in Zukunft eine Umgehung des Preismoratoriums. Weiterentwicklungen eines Arzneimittels in Form einer nicht vergleichbaren Darreichungsform könnten jedoch in Verhandlungen nach Absatz 3c interessengerechter gelöst werden.

Drittens ist bereits unter der bestehenden Regelung bei einer Referenz auf i.d.R. nur die wirkstoffgleichen Arzneimittel desselben Unternehmers der Mechanismus der Preisreferenzierung nach Satz 4 regelmäßig Streitbehaftet (vgl. etwa SG Berlin v. 23.2.2015 – S. 211 KR 2196/12, BeckRS 2015, 68490 („Rebif“)). Da bei einem Wirkstoffbezug des Preismoratoriums zum Teil eine weit größere Zahl an Packungen unterschiedlicher Unternehmer dem Indexarzneimittel „am nächsten kommen“, muss die Preisreferenzierung in sachlicher Hinsicht derart eindeutig gefasst werden, dass sie auch für eine Vielzahl von Bezugsarzneimitteln ohne Auslegungsspielräume vollständig automatisiert angewendet werden kann. Dies wäre durch einen alleinigen Bezug auf die Gesamt-Wirkstoffmenge einfach umsetzbar. In zeitlicher Hinsicht ist zudem klarzustellen, dass primär der aktuelle Stichtag des Preis- und Produktverzeichnisses heranzuziehen ist.

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

C) Änderungsvorschlag

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

„Bei Neueinführungen eines Arzneimittels, für das der pharmazeutische Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage

des Preises je Mengeneinheit derjenigen der zuletzt in Verkehr befindlichen Packungen zu berechnen, die dem neuen Arzneimittel in Bezug auf die Gesamt-Wirkstoffmenge am nächsten kommt. Satz 4 gilt entsprechend bei Änderungen zu den Angaben des pharmazeutischen Unternehmers und bei Neueinführungen eines Arzneimittels, für das mindestens ein anderer pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat.“

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung soll ein Preismoratorium mit dem Preisstand 1. Januar 2026 eingeführt werden. Bei Produkten, die danach auf den Markt kommen, ist der Ersteinführungstag der Referenzstichtag. Sofern der Abgabepreis gegenüber diesem Preisstand („Basispreis“) erhöht wird, soll – wie auch bei Arzneimitteln – ein Preismoratoriumsabschlag in dieser Höhe anfallen. Ab dem Jahr 2027 soll analog zu Arzneimitteln auch ein Inflationsausgleich für die Basispreise stattfinden.

B) Stellungnahme

Ein Preismoratorium bzw. eine Deckelung der Preiserhöhungsmöglichkeiten bei Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung ist dringend erforderlich. Dies vermindert den Anreiz, Preiserhöhungen aufgrund der fehlenden Preiselastizität der Nachfrage, die aus der Erstattung durch die GKV folgt, umzusetzen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass gemäß der Neuregelung des § 31 Absatz 1a nunmehr auch explizit proteasemodulierende oder antimikrobiell wirkende Produkte, die gemäß der aktuellen Regelung nach dem Ende der Übergangsfrist aus der Erstattung gefallen wären, nun grundsätzlich als Verbandmittel gelten sollen.

Zudem ist zu befürchten, dass die Hersteller durch Neueinführung bestehender Produkte unter neuer PZN das Preismoratorium umgehen werden; dies sollte zumindest durch einen Einbezug von Nachfolgeartikeln im Sinne eines erweiterten Preismoratoriums verhindert werden. Schließlich sollte ein weiter in der Vergangenheit liegender Preisstand zum Ausgangspunkt gewählt werden, um die bereits erheblichen Preissteigerungen der letzten Jahre zu adressieren. Zudem ist auf Basis des ohnehin hohen Preisniveaus und bei einer Befristung der Regelung bis 2030 ein Inflationsausgleich nicht nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3e Sätze 1, 2 und 3 wird jeweils die Angabe „1. Januar 2026“ durch die Angabe „**1. Januar 2022**“ ersetzt.

Alternativ zu einer Rückverlagerung des Preisstandes kann auch auf den Preisstand vom 1. Januar 2026 ein Rabatt in Höhe von 20 % angewendet werden.

Der Inflationsausgleich ist zu streichen.

Nach Absatz 3e Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Bei Neueinführungen eines Verbandmittels oder sonstigen Produktes zur Wundbehandlung, für das der pharmazeutische Unternehmer oder sonstige Hersteller bereits ein Produkt mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Wundflächeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Produkt in Bezug auf die Gesamt-Wundfläche am nächsten kommt.“

Die Sätze 3 bis 5 werden die Sätze 4 bis 6.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die Intention des Gesetzgebers, den bisher marginal ausgefallenen Finanzeffekt von Preis-Mengen-Regelungen zu effektivieren und das berechtigte Interesse der GKV-Versichertengemeinschaft an einer tatsächlich entlastenden Umsetzung des grundlegenden ökonomischen Prinzips von „Mengenrabatten“ zu stärken. Dies entspricht auch dem Vorgehen in anderen Ländern.

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

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

Insbesondere vor dem Hintergrund der Abschaffung der Leitplanken weist der GKV-Spitzenverband jedoch darauf hin, dass der geschätzte Finanzeffekt hinter den Erfordernissen zur Stabilisierung der Arzneimittelausgaben zurückbleibt. Ob die Schätzung der Bundesregierung zum Finanzeffekt des vorgesehenen Modells zutrifft, bleibt einer späteren Bewertung vorbehalten.

C) Änderungsvorschlag

Änderungsvorschläge hat der GKV-Spitzenverband in den Pharmadialog sowie zur Finanzkommission eingebracht und wird diese im weiteren Verlauf erneut einbringen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt vor dem Hintergrund der Ausgabensteigerung für patentgeschützte Arzneimittel aufgrund einer fehlenden Zusatznutzenorientierung in der Preisdifferenzierung diese Streichung ab. Die Streichung der sog. Leitplankenregelung, mit denen detailliert in Abhängigkeit vom Ergebnis der frühen Nutzenbewertung klare Vorgaben zur Höhe eines angemessenen Erstattungsbetrags formuliert wurden, ist kontraproduktiv und nicht sachgerecht. Im Ergebnis sind unzureichende Preisregulierungen mit überhöhten Erstattungsbeträgen zu erwarten. Diese können nicht durch andere Maßnahmen wie eine Dynamisierung des Herstellerabschlags oder durch eine ohnehin erst bei hohen Umsätzen greifende Preis-Mengen-Regelung kompensiert werden.

Die Rechtslage ohne die „Leitplanken“ bietet zudem zu wenig Anreiz für die Unternehmen, eine unreife Datenlage zu verbessern und einen Zusatznutzen für die Patienten nachzuweisen. Bei schneller Aktualisierung der zweckmäßigen Vergleichstherapie hin zu Arzneimitteln mit Zusatznutzen profitieren Arzneimittel ohne Zusatznutzen vom Zusatznutzengetragenen Preisniveau des Vorgängers, ohne selbst Evidenz generieren zu müssen. Dies führt zu einer Verstetigung bzw. weiteren Steigerung des hohen Preisniveaus innerhalb eines Clusters (Binnenreferenzierung), ohne dass eine Aussage zur Verbesserung der Versorgung für die Patienten innerhalb eines Indikationsgebiets getroffen werden kann. Das Instrument der Leitplanken ist geeignet, um den „Turmtreppeneffekt“ durch die zunehmende Benennung hochpreisiger patentgeschützter zweckmäßiger Vergleichstherapien einzudämmen.

Für die zur Streichung vorgesehenen Leitplanken ist kein funktionaläquivalenter Schutzmechanismus vorgesehen. Das Preisniveau patentgeschützter Arzneimittel bei nur geringer Innovationskraft (gering, nicht quantifizierbar) wurde bereits vom Gesetzgeber des GKV-Finanzstabilisierungsgesetz als auskömmlich angesehen (BT-Drs. 20/3448). Alternativ ist die „Soll“-Vorgabe in eine zwingende Pflichtvorgabe, die Jahrestherapiekosten für Arzneimittel ohne Zusatznutzen nicht zu übersteigen, zu ändern.

Konsequenz dieses Regelungsvorschlags ist die ungehinderte Fortsetzung des Ausgabenanstieges gerade für Arzneimittel, die keinen therapeutischen Mehrwert für Patientinnen und Patienten haben. Der Gesetzgeber weist selbst auf Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Maßnahmen hin. Es sind zwar weitere Maßnahmen mit Einspareffekten vorgesehen, es bleibt aber dabei, dass durch die Abschaffung der Leitplanken bereits kurzfristig Mehrausgaben in Millionenhöhe entstehen werden. Ob die Kompensationswirkung der anderen Maßnahmen rechtzeitig eintritt, ist fraglich: Die anderen

Maßnahmen des Gesetzes wie die Effektivierung der Preis-Mengen-Regelung werden durch den Regelungsvorschlag erst in ihrer Wirkung gängig gemacht, um die ursprünglich geschätzten Einsparziele zu erreichen und wird erst sukzessive ihre Wirkung an sich entfalten.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgeschlagene Ersetzung der Sätze 2 bis 6 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wäre die Streichung der Ausnahme von der Leitplanken-Anwendung für Arzneimittel mit Studien, die mindestens 5 % Studienpopulation in Deutschland nachweisen, ordnungspolitisch zu befürworten. Es handelt sich Standortförderung mit GKV-Beitragsgeldern. Standortförderung ist Aufgabe der Steuergemeinschaft, nicht der GKV. Im Kontext der Streichung der Leitplanken wird auf die (ablehnende) Kommentierung dort verwiesen

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Sonderkündigungsrecht in Absatz 7a Satz 1 wird neugefasst.

B) Stellungnahme

Zur Umsetzung der im Gesetzentwurf enthaltenen Abschaffung der „Leitplanken“ und der neuen Preis-Mengen-Regelung auch bei vor Inkrafttreten der gesetzlichen Änderungen bereits vereinbarten oder festgesetzten Erstattungsbeträgen sollen beide Vertragsparteien ein befristetes einmaliges Sonderkündigungsrecht erhalten. Es handelt sich also um eine Folgeregelung zur Neufassung des § 130b Absatz 1a SGB V sowie § 130b Absatz 3 SGB V.

Ein Sonderkündigungsrecht ist zwingend erforderlich, um Altverträge in die Effektivierung der neukonzipierten Preis-Mengen-Regelung rechtsicher einzubinden.

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

Die vorgesehene zeitliche Streckung der Neuverhandlungen durch Ausübung des Sonderkündigungsrechts wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 – § 130e (Kombinationsabschlag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Regelungsinhalt im § 130e zum Kombinationsabschlag soll aufgehoben werden. In der Neufassung des § 130e sollen Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, für bestimmte Gruppen mit patentgeschützten Wirkstoffen Rabattverträge auszuschreiben. Im Zusammenspiel mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung sollen Anreize für ärztliche Verordnungen rabattierter Arzneimittel gesetzt werden. So sollen die Verordnungen als Praxisbesonderheiten gewertet werden. Zudem soll, falls die für eine Wirkstoffgruppe regional festgelegte Verordnungsquote erreicht wurde, in diesem Bereich keine Wirtschaftlichkeitsprüfung stattfinden.

Die Auswirkungen der Regelungen sollen Gegenstand eines Berichts des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Juli 2030 sein. Dieser soll die Auswirkungen des § 130e in Bezug auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie die Arzneimittelausgaben beschreiben.

B) Stellungnahme

Streichung des Kombinationsabschlags

Die ersatzlose Streichung des Kombinationsabschlages wird abgelehnt. Auch wenn der Kombinationsabschlag in seiner bestehenden Form einen hohen Verwaltungsaufwand bedeutet, wurden bereits im Jahr 2025 Einsparungen für die GKV in Höhe von 58,3 Mio. Euro erzielt (Quelle: KV45-Statistik). Der Kombinationsabschlag stellt zudem bisher die einzige Möglichkeit dar, der Tatsache zu begegnen, dass die Kombination zweier Arzneimittel zwar für die GKV mit den additiven Kosten verbunden ist, für die behandelten Patientinnen und Patienten der zusätzliche Nutzen der Kombination jedoch deutlich geringer ist. Anstelle einer Streichung sollte daher der Aufwand in der Umsetzung des Kombinationsabschlags reduziert und seine Reichweite vergrößert werden, siehe hierzu die Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 12.

Dafür wäre eine Legaldefinition vorzunehmen, welche Arzneimittel als vom Kombinationsabschlag erfasst anzusehen und vom G-BA zu benennen sind. Adäquat wäre es hierbei, nur solche Kombinationen vom Abschlag auszunehmen, für die trotz Zulassung zur Anwendung im selben Anwendungsgebiet eine Kombination arzneimittelrechtlich ausgeschlossen ist. Eine medizinisch-wissenschaftliche Bewertung der Sinnhaftigkeit der resultierenden, möglichen Kombinationen kann unterbleiben, da diese im jeweiligen Einzelfall durch Ärztinnen und Ärzte vor entsprechenden Verordnungen vorgenommen wird. Das Einsparvolumen allein durch diese Maßnahme wird auf mindestens 22 Mio. Euro pro Jahr geschätzt. Zusätzlich sollte eine Markierung der Verordnung mehrerer Arzneimittel als „Kombination“ durch den Arzt erfolgen. Hierdurch wird eine zweifelsfreie Zuordnung und einfache maschinengestützte Abrechnung ermöglicht. Die Markierung führt zu zusätzlichen Einsparungen in Höhe von 30 Mio. Euro. Eine ergänzende Kennzeichnung der Patientengruppe, für die eine Kombination verordnet wird, ermöglicht eine Differenzierung zwischen Patientengruppen mit mind. beträchtlichem oder geringerem Zusatznutzen. Dadurch könnten weitere 55 Mio. Euro an Einsparungen realisiert werden. Auch wäre eine Ausweitung des Abschlags auf den

stationären Sektor sachgerecht. In Summe würde der Kombinationsabschlag in seiner Wirkung gestärkt und gleichzeitig in der Umsetzung vereinfacht.

Stärkung des Wettbewerbs

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

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

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

Die gesetzliche Einschränkung auf bestimmte Wirkstoffgruppen und deren Auswahl ist nicht nachvollziehbar. Auch die Beschränkung auf patentgeschützte Arzneimittel ist unnötig. Hierdurch wird nicht nur eine flexible Reaktion auf zukünftige Entwicklungen und zusätzlich der Wettbewerb zwischen den für ein Krankheitsbild anwendbaren Arzneimitteln verhindert, sondern auch das Einsparpotential der Regelung gegenüber dem Vorschlag der Finanzkommission Gesundheit erheblich gemindert.

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51 – § 132 (Versorgung mit Haushaltshilfe)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe a) und b) – § 132a Absatz 4 (Versorgungsverträge in der häuslichen Krankenpflege)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 53 Buchstabe a) und b) – § 132l Absatz 5 (Versorgungsverträge in der außerklinischen Intensivpflege)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 54 – § 133 (Versorgung mit Krankentransportleistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Es wird begrüßt, dass der Vorschlag der Finanzkommission zur Wirkung von § 71 Absatz 1 bis 3 aufgegriffen wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

§ 134 wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 1 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Regelungen werden seitens des GKV-Spitzenverbandes begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Regelung greift eine langjährige Forderung der GKV auf; sie wird im Sinne der Entbürokratisierung ausdrücklich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 59 – § 217b (Organe)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 59 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze in den Jahren 2029 bis 2033 werden für die in der Regelung bezeichneten Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds abweichende Rückzahlungstermine festgelegt. Nunmehr soll die Rückzahlung in den Jahren 2035 bis 2039 erfolgen.

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 61 – § 223 Absatz 4 -neu- (Beitragsbemessungsgrenze - Sonderregelung für 2027)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass der für das Jahr 2027 nach § 6 Absatz 7 in Verbindung mit § 6 Satz 2 bis 4 ergebende jährliche Betrag der Beitragsbemessungsgrenze außerordentlich um 3.600 Euro angehoben wird. Dies entspricht einer Anhebung um 300 Euro pro Monat. Da die Beitragsbemessungsgrenze durch diese Anhebung künftig von der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 abweicht, wird sie eigenständige in § 223 Absatz 4 geregelt. In den Folgejahren wird die Beitragsbemessungsgrenze wieder nach dem üblichen Verfahren entsprechend § 6 Absatz 6 Satz 2 und 3 fortgeschrieben.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2027 um 300 Euro pro Monat ist nicht Gegenstand des von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagenen Reformpaketes zur Schließung der Finanzierungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung, da das Ausmaß der Finanzierung aufgrund von Abwanderung in die PKV unsicher sei. Nach aktuellen Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) würde diese Erhöhung für rund 6,3 Mio. Beschäftigte und ihre Arbeitgeber über die Beiträge und Zusatzbeiträge zur Krankenversicherung Mehrbelastungen von 3,7 Mrd. Euro bedeuten. Da die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auch für die Pflegeversicherung gilt, ist eine weitere, ebenfalls basiswirksame Belastung um 800 Mio. Euro zu beachten. Eine Mehrbelastung von insgesamt 4,5 Mrd. Euro wäre somit hälftig von den Arbeitgebern und ihren besser verdienenden Beschäftigten in der aktuell schwierigen konjunkturellen Lage zu tragen. Hinzu kommt zum Jahresbeginn 2027 die Belastung aus der regulären Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze – absehbar in etwa in gleicher Größenordnung. Beide Anhebungen sind basiswirksam über das Jahr 2027 hinaus. Unternehmen mit hohem Akademikeranteil sind überproportional betroffen.

Sowohl vom BMG als auch vom IW wird die Belastungswirkung für Selbständige nicht berücksichtigt, auch hier mit ungewisser Auswirkung auf die Abwanderung in die PKV.

Eine durchschlagende Begründung, das vorgeschlagene Gesamtpaket aufgrund dieser Maßnahme abzulehnen, ergibt sich bei aller kritischer Würdigung nicht. Zentral wichtig in der Gesamtschau ist es vor allem, dass das Paket nicht einseitig weiter zulasten der Beitragszahlenden aufgeschnürt wird.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62 – § 242b -neu- (Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Beitragszuschlag für Mitglieder eingeführt, wenn sie einen (bislange beitragsfrei) über § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartner haben. Der Beitragszuschlag beträgt 3,5 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds und soll somit dessen wirtschaftliche Leistungsfähigkeit abbilden. Er fällt niedriger aus als der bei Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft des Ehegatten oder Lebenspartners zu zahlende Beitrag auf Basis der Mindestbemessungsgrundlage.

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

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

B) Stellungnahme

Es wird für die beitragsrechtliche Umsetzung davon ausgegangen, dass der ggf. zusätzlich vom beschäftigten Mitglied zu zahlende Beitrag in Höhe von 3,5 v. H. des beitragspflichtigen Arbeitsentgeltes als Bestandteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags nach § 28d Satz 1 SGB IV einzustufen und insoweit der Arbeitgeber als Beitragsschuldner im Sinne von § 28e Absatz 1 Satz 1 SGB IV diesen vom geschuldeten Entgelt einzubehalten und zu zahlen hat. Somit benötigt der Arbeitgeber (wie auch jede andere beitragsabführende Stelle) eine Information von der Krankenkasse, ob ein Befreiungstatbestand nach § 242b Satz 2 vorliegt.

Hierzu ist ein neuer Meldedialog zu etablieren, auf dessen Grundlage die Information von der Krankenkasse an den Arbeitgeber erfolgt. Diese Rückmeldung an den Arbeitgeber, ob ein Befreiungstatbestand zu Beginn des Beschäftigungsverhältnisses vorliegt, wird allerdings regelmäßig zu rückwirkenden Beitragskorrekturen führen, da die Anmeldung grundsätzlich (erst) mit der ersten Entgeltabrechnung erfolgt.

Änderungen der relevanten Tatbestände für die aufgeführten Ausnahmen, die zu einer Erhebung des zusätzlichen Beitrags führen oder nicht, sind den Krankenkassen unmittelbar durch das Mitglied mitzuteilen. Dazu zählen unter anderem das Ende der beitragsfreien Familienversicherung durch Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung, Geburt, Beginn und Ende der Pflege eines Angehörigen, Tod einer betreuten Person als Änderungstatbestände, die sich nicht aus einem der Krankenkasse bekannten Geburtsdatum ihrer Familienversicherten ergeben. Hier ist regelmäßig mit

einem Zeitverzug der Mitteilung an die Krankenkasse und im Ergebnis für die beitragsabführenden Stellen zu rechnen, die rückwirkende Beitragskorrekturen zur Folge haben.

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

Entgegen der Einschätzung im Referentenentwurf werden durch die Erhebung des Beitrags somit erhöhte Bürokratieaufwände bei den Arbeitgebern und den übrigen beitragsabführenden Stellen entstehen.

Hinsichtlich der untergesetzlichen Ausgestaltung mangelt es bislang an einer Rechtsgrundlage für entsprechende Meldungen der Krankenkassen an Arbeitgeber. Die elektronische Mitgliedschaftsbestätigung, die ein Attribut im bestehenden Meldedialog mit Arbeitgebern darstellt, ist zum Beispiel in § 175 Absatz 3 SGB V geregelt. Denkbar wäre eine analoge Regelung in § 242b SGB V (neu). Die Ergänzung in der Fachvorschrift würde eine globale Regelung für alle Fachverfahren begründen. Denn auch im Zahlstellen-Meldeverfahren und im KVdR-Meldeverfahren werden entsprechende Erweiterungen erforderlich, da auch Zahlstellen und Rentenversicherungsträger Informationen darüber benötigen, ob im Rahmen der Beitragsberechnung der zusätzliche Beitrag zu berücksichtigen ist.

Rechtlich unklar ist, ob der zusätzliche Beitrag auch bei Tragung der Beiträge durch Dritte, also insbesondere für Arbeitslosengeldempfänger, gelten soll.

Die konzeptionelle Umsetzung der fachlichen Anforderungen wird zwar innerhalb bestehender Dialogprozesse erfolgen, dessen ungeachtet sind die Aufwände nicht unerheblich. Insoweit wird die Umsetzung zum 01.01.2028 nur mit großer Kraftanstrengung möglich sein.

Neben Fragen der fachlichen Umsetzung stellt sich auch die Frage nach der finanziellen Wirkung. Die Maßnahme bewirkt entweder Mehreinnahmen durch den Beitragszuschlag von 3,5 % auf die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds oder durch Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung. Frauen in den Altersgruppen von 55 bis 65 Jahren weisen gemäß der amtlichen Statistik KM 6 den höchsten Anteil an beitragsfrei Versicherten auf. Im Falle geringer oder durch Zeitverlauf nicht mehr nachgefragter beruflicher Qualifikation ist hier eine Beschäftigung vor allem im Niedriglohnsektor zu erwarten. Mehreinnahmen für die GKV sind dabei in geringerem Umfang zu erwarten, falls es zur Verdrängung von Minijobbern kommt, wenn also die gleiche Arbeit lediglich durch andere Personengruppen erbracht wird. Die in Artikel 1 Nr. 63 vorgesehene Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags für geringfügige Beschäftigung nach § 249b SGB V von 13 % auf 16,9 % schafft Anreize, nach Mindestlohn vergütete Arbeit aus dem Bereich Minijob in den Übergangsbereich nach § 20 SGB IV zu verlagern.

Darüber hinaus ergibt sich im Zeitverlauf eine abnehmende Finanzwirkung, weil aus der besonders betroffenen Altersgruppe der über 55-Jährigen immer mehr Frauen die Regelaltersgrenze der Rentenversicherung erreichen und damit wieder Zugang zur beitragsfreien Familienversicherung erlangen.

Die vorgeschlagene Maßnahme zielt insoweit nicht darauf ab, einen aufwachsenden Beitrag zur Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzniveaus zu leisten. Erwartete Mehreinnahmen von 2,2 Mrd. Euro ab 2028 erscheinen aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ohnehin unrealistisch hoch.

Angesichts der Mehraufwände bei den beitragsabführenden Stellen und der Feststellung, dass die GKV im Kern ein Ausgaben- und kein Einnahmenproblem hat, wird die vorgesehene Regelung insgesamt sehr kritisch bewertet.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63 – § 249b Satz 1 (Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragssatz für den Beitrag des Arbeitgebers von versicherungsfreien oder nicht versicherungspflichtigen GKV-Versicherten bei einer geringfügigen Beschäftigung beträgt gegenwärtig 13 %. Künftig sollen die Beiträge auf das Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung nach dem allgemeinen Beitragssatz (14,6 %) zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (2,9 %) bemessen werden. Beiträge für geringfügig Beschäftigte in Privathaushalten nach § 8a Satz 1 SGB IV sollen demgegenüber unverändert bleiben.

B) Stellungnahme

Die Anhebung des Arbeitgeberbeitrags für Minijobber ist grundsätzlich geeignet, das Stellenangebot für sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu Lasten von Minijobs zu fördern. Von der Regelung betroffene Arbeitgeber haben einen Anreiz, durch Zusammenfassen mehrerer Minijobs zu einer Beschäftigung im Übergangsbereich nach § 20 SGB IV (aktuell mit regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelten zwischen 603,01 Euro und 2.000,00 Euro) mit größerem Stundenumfang und somit einem allmählich bis zur Parität ansteigenden Arbeitnehmeranteil am GKV-Beitrag, Lohnnebenkosten zu senken.

Die resultierende Erhöhung der Lohnnebenkosten dürfte die in Arbeitsstunden nachgefragte Arbeitsmenge im Niedriglohnsektor verringern. Diese sprunghafte Mehrbelastung der Arbeitgeber kann durch Ausweitung der Beschäftigung im unteren und mittleren Übergangsbereich und den damit verbundenen zunehmenden Beitragsanteilen der Beschäftigten nicht umfassend kompensiert werden.

Die durchschnittlich gezahlten Beiträge für gewerbliche Minijobs zeigen, dass in geringfügiger Beschäftigung im Durchschnitt nur in geringem Stundenumfang gearbeitet wird. Zu erklären ist dies damit, dass für Schüler, Studenten, für Minijobber in Nebentätigkeit, für einen Teil von Rentnern sowie Hausfrauen und Hausmännern nur eingeschränkte Möglichkeiten bestehen, größere Stundenumfänge zu realisieren. Dies setzt den Möglichkeiten, durch die gleichen Personengruppen Midijobs (Übergangsbereich nach § 20 SGB IV) mit deutlich erhöhtem Stundenumfang anzunehmen, praktische Grenzen bzw. wird zu Verdrängungseffekten zwischen den Gruppen führen. Mehreinnahmen von jährlich 1,6 Mrd. Euro erscheinen insoweit überschätzt.

Einer nicht unmittelbar zusatzbeitragssatzwirksamen Entlastung aller weiteren Arbeitgeber und Beschäftigten stehen höhere Beiträge für Arbeitgeber im Niedriglohnsektor gegenüber.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64 – § 250 Absatz 3 (Tragung der Beiträge durch das Mitglied)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Beitragstragung seitens des Mitglieds wird an die vorgesehene Erhebung eines Beitragszuschlags für bestimmte familienversicherte Ehepartner angepasst.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neu eingeführten Erhebung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner nach § 242b -neu-. Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 62 (§ 242b -neu-) verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 65 – § 271 Absatz 5 (Finanzierung der Fördermittel für den Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 92a Absatz 4 (Aufbringung der Mittel für den Innovationsfonds).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die ausschließliche Finanzierung der Fördersumme des Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Zwar tragen die Beitragszahlenden auch in diesem Fall vollständig die gesamten Fördermittel, da es sich bei den Mitteln des Gesundheitsfonds um frühere Beitragszahlungen handelt. Die Krankenkassen werden zudem in jedem Jahr, in dem eine Zuweiskürzung zur Sicherung der Mindestreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von mindestens 100 Mio. Euro stattfindet, unmittelbar zur Finanzierung der Liquiditätsreserve herangezogen. Der Verzicht auf eine darüberhinausgehende Bereitstellung finanzieller Mittel durch die Krankenkassen für den Innovationsfonds ist sachgerecht und entlastet die Krankenkassen. Die Rückführung nicht im Haushaltsjahr bewilligter und bewilligter Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, in den Gesundheitsfonds stärkt die Finanzmittel der Liquiditätsreserve und verringert im Umfang der zusätzlichen Mittel zukünftig erforderliche Zuweiskürzungen. Auch dies wirkt sich für die Krankenkassen entlastend aus.

Da die landwirtschaftliche Krankenkasse in den vergangenen Jahren ebenfalls umfangreiche Mittel zur Finanzierung des Innovationsfonds aufgebracht hat, aber nicht am Gesundheitsfonds teilnimmt und deshalb von dieser Entlastungswirkung ausgeschlossen ist, sollte der ihrem Finanzierungsanteil entsprechend Anteil an den rückgeführten Mitteln an die landwirtschaftliche Krankenkasse ausgezahlt werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 65 wird wie folgt geändert:

Der neue Absatz 5 wird um folgenden Satz 4 ergänzt:

„Der dem Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse an der Aufbringung der Mittel für den Innovationsfonds entsprechende Anteil an den nach Satz 3 rückgeführten Mitteln wird an die landwirtschaftliche Krankenkasse ausgezahlt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 Buchstabe a) – § 275c Absatz 2 Satz 4 (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung sieht die Änderung der bisherigen Prüfquote ab dem 01.01.2027 vor. Die bisher niedrigste Prüfquote von bis zu 5 Prozent wird beibehalten. Voraussetzung dafür ist künftig ein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von 80 Prozent oder mehr. Die mittlere Prüfquote wird auf bis zu 15 Prozent erhöht. Krankenhäuser erreichen diese mittlere Prüfquote, wenn ihr Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt. Die höchste Prüfquote liegt zukünftig bei bis zu 25 Prozent. Diese wird erreicht, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent liegt. Die für ein Krankenhaus geltende Prüfquote darf zukünftig überschritten werden, wenn sein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent liegt.

Es fehlt der Vorschlag 35 der FinanzKommission, die Abrechnung der Vergütung der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang bei Krankenhausbehandlungen durch den Medizinischen Dienst aufzunehmen.

B) Stellungnahme

Der vorliegende Vorschlag greift zwar wichtige Aspekte auf, schöpft jedoch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes das Potenzial der Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit noch nicht vollständig aus. Der GKV-Spitzenverband plädiert daher dafür, den Ansatz der FinanzKommission (Nummer 29 – Streichung der Prüfquoten) konsequent umzusetzen. Hierdurch ließen sich kurzfristig Einsparungen in Höhe von über 1,4 Mrd. Euro realisieren und die Abrechnungsqualität nachhaltig steigern.

Im Kontext der Strukturreform der Krankenhauslandschaft spielt die Abrechnungsprüfung eine zentrale Rolle, die der GKV-Spitzenverband gerne stärker in den Fokus rücken möchte. Da sich ein Großteil der Prüfungen des Medizinischen Dienstes auf die Verweildauer und die Notwendigkeit der stationären Aufnahme bezieht (Fehlbelegungsprüfungen), fungiert die Prüfung als wesentlicher Motor zur Förderung der Ambulantisierung. Um dieses wichtige Ziel des Gesetzgebers zu unterstützen, ist eine Beibehaltung und Stärkung der Prüfkapazitäten geboten. Die diesbezüglichen Ausführungen der FinanzKommission zur Robustheit und Aussagekraft der erhobenen Abrechnungsdaten (Bericht vom 30.03.2026, Seite 233) werden vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich unterstützt.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Prüfquotensystem haben gezeigt, dass die gewünschten Steuerungseffekte leider nicht im erhofften Maß eingetreten sind. Die Statistiken des GKV-Spitzenverbandes verdeutlichen, dass sich der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen seit der Einführung kaum verändert hat – eine Beobachtung, die sich auch in der Gesetzesbegründung wiederfindet. Angesichts des hohen bürokratischen Aufwands für alle Beteiligten und im Sinne einer wirksamen und effizienten Ausgestaltung der Abrechnungsprüfung (gemäß MDK-Reformgesetz) hält der GKV-Spitzenverband eine Aufhebung des Prüfquotensystems für zielführend.

Der GKV-Spitzenverband wertet die vorgeschlagenen Änderungen an den Prüfquoten als positiven Schritt in die richtige Richtung. Dennoch präferiert der GKV-Spitzenverband mit Blick auf die Empfehlungen der Finanzkommission eine vollständige Abschaffung. Sollte dies im aktuellen Verfahren nicht umsetzbar sein, trägt der GKV-Spitzenverband die vorgeschlagenen Änderungen hilfsweise mit.

Einen weiteren wichtigen Punkt sieht der GKV-Spitzenverband in der Einbeziehung der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang bei Krankenhausbehandlungen. Dass hierzu bislang eine Regelung fehlt, betrachtet der GKV-Spitzenverband mit Sorge. Die finanzielle Lenkungswirkung der Abrechnungsprüfungen, die durch das Prüfquotensystem bereits nahezu halbiert wurde (vgl. Abschnitt 6.6.5 des Berichts der Finanzkommission), würde dadurch weiter deutlich abnehmen.

Der GKV-Spitzenverband teilt hierzu die Einschätzung der Finanzkommission (Seite 260 des Berichts, Stand 30.03.2026):

„Im Rahmen der Krankenhausreform war eigentlich geplant, die Vorhaltebudgetfinanzierung so auszugestalten, dass sie aus bestehenden DRG-Erlösen umgeschichtet und budgetneutral umgesetzt wird, ohne zusätzliche Ausgaben für die GKV. Vor diesem Hintergrund widerspricht eine vollständige finanzielle Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang dem Grundsatz der Ausgabenneutralität, da dadurch die im DRG-System integrierten Prüfmechanismen aufgehoben, die finanzielle Wirkung des Prüfsystems deutlich abgeschwächt und jährlich erhebliche Mehrausgaben für die GKV verursacht würden.“

Der GKV-Spitzenverband möchte darauf hinweisen, dass eine Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem Prüfumfang die GKV mit über 630 Mio. Euro jährlich belasten würde, mit einem potenziellen Anstieg auf über 700 Mio. Euro bis zum Jahr 2030.

Eine gesetzgeberische Lösung ließe sich unkompliziert umsetzen. Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, § 275c Absatz 6 Nummer 3 SGB V zu streichen und gesetzlich klarzustellen, dass die daraus resultierenden Mehr- und Mindererlöse der Abrechnung zugrunde gelegt werden dürfen.

C) Änderungsvorschlag

1. Streichung der §§ 275c Absatz 2 und 4 SGB V (Modalitäten des quotenbasierten Verfahrens).
2. Zusätzliche Streichung von § 275c Absatz 6 Nummer 3 SGB V und Klarstellung, dass daraus resultierende Mehr- und Mindererlöse der Abrechnung zugrunde gelegt werden dürfen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 Buchstabe b) – § 275c Absatz 2 Satz 6 (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für ein Krankenhaus geltende Prüfquote darf zukünftig überschritten werden, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent (bisher 20 Prozent) liegt.

B) Stellungnahme

Diese Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Zum Umgang mit den Prüfquoten wird auf die Stellungnahme zu Nr. 66 Buchstabe a) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68 – § 295 Absatz 1 Nummer 1 (Übermittlungspflichten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet werden, auch die Daten zu Zeiten einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c SGB V an die Krankenkassen zu übertragen.

B) Stellungnahme

Bei der vorgesehenen gesetzlichen Regelung handelt es sich um eine sachgerechte Folgeänderung im Zusammenhang mit der in Artikel 1 Nr. 15 vorgesehenen Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit.

Hierbei ist zu beachten, dass die Umstellung von digitalen Verfahren eine regelmäßige Vorlaufzeit von mindestens neun Monaten ab der Fertigstellung der Ausgestaltung der Datensätze benötigt. Da der Umfang der zu übermittelnden Daten abhängig von den Festlegungen zur Feststellung und Ausgestaltung der Teilarbeitsunfähigkeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss abhängig ist, ist eine vorgesehene Umsetzung frühestens ab dem 01.01.2028 möglich (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 15).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 69 – § 346 (Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende verpflichtende Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung sowie die gesetzliche Vorgabe, dass für den vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und für den Krankenhausbereich eine gesonderte Vergütung für die Befüllung der ePA vorzusehen ist, werden aufgehoben.

B) Stellungnahme

§ 346 Absätze 3 und 5 wurden im Rahmen des Patientendaten-Schutz-Gesetzes (PDSG) 2020 im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) eingeführt. Absatz 3 sieht dabei die Verpflichtung bestimmter Leistungserbringergruppen zur Unterstützung der Versicherten bei der erstmaligen Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) vor. Absatz 5 schafft die Rechtsgrundlage für die Vergütung der Erstbefüllung der ePA. Dabei darf diese insgesamt nur einmal erbracht und abgerechnet werden.

Die Regelungen dienten 2020 dem Anreiz der Befüllung der ePA, damals noch als OPT-IN-ePA ausgestaltet, sowie der Unterstützung der Versicherten im Zusammenhang mit der Kontenaktivierung. Im Zuge der Umstellung auf die „ePA für alle“ OPT-OUT-ePA ist die Unterstützung bei der Kontenaktivierung nicht mehr erforderlich. Die „ePA für alle“ ist zudem nach einem Jahr im Versorgungsalltag angekommen, so dass auch hier kein Anreiz zur Erstbefüllung mehr erforderlich ist.

Ferner sollte auch anerkannt werden, dass eine breite Akzeptanz der ePA auch für die Leistungserbringenden von erheblichem Vorteil ist, weil dadurch insbesondere Effizienzen in der Versorgung erzielt werden.

Die Streichung wird daher begrüßt.

Ergänzend ist auch eine Streichung der Vergütungsregelung bei den Apotheken vorzunehmen. Die Forderung der Apotheken nach einer zusätzlichen Vergütung ist angesichts der knappen Finanzreserven der GKV nicht vertretbar. Zudem sollte aufgrund der hohen Verbreitung der ePA der zur Arzneimittelabgabe notwendige Dokumentationsaufwand in der ePA beim Packungsfixum als verpflichtende Leistung inkludiert und damit abgegolten sein. Der Absatz 4 ist danach ebenso zu streichen. Schließlich ist es sodann folgerichtig, den § 129 Absatz 5h Nummer 4 SGB V ersatzlos zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

In § 129 Absatz 5h wird Nummer 4 gestrichen.

In § 346 SGB V wird Absatz 4 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 70 – § 410 -neu- (Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 410 SGB V erfolgen redaktionelle Anpassungen sowie Folgeänderung zu der beabsichtigten Neufassung des § 35a Abs. 6a SGB IV (Art. 2 Nr. 2).

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Art 2 Nr. 2 (§ 35a Abs. 6a SGB IV) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 70 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 71 – § 411 -neu- (Vergütungsregelungen für Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neugefasste § 411 SGB V sieht vor, dass Vergütungserhöhungen für außertariflich bezahlte Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nur alle sechs Jahre zulässig sein sollen (Satz 1).

Die danach nur alle sechs Jahre mögliche Erhöhung der Grundvergütung ist auf einen Zuschlag auf die zuletzt vereinbarte Grundvergütung nach Maßgabe der Grundlohnrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V des laufenden Kalenderjahres begrenzt (Satz 2). Dies soll nach Satz 3 auch für am 30.03.2026 gültige Verträge gelten, soweit diesen Verträgen nicht eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen stellen einen ungerechtfertigten Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen dar. Die Personal- und Haushaltshoheit sind die Kernkompetenzen der Verwaltungsräte der Krankenkassen. Zudem führt die Regelung zu einem Wettbewerbsnachteil gegenüber anderen Akteuren im Gesundheitswesen bei der Auswahl des Führungspersonals und benachteiligt zudem die betroffenen Beschäftigten.

Die Regelungen werden deshalb abgelehnt und sind zu streichen. Zu den Gründen im Einzelnen:

1. Eingriff in Selbstverwaltungsrechte

Zum Kernbereich der Selbstverwaltung gehört die interne Organisation der Verwaltung einschließlich der personalwirtschaftlichen Kompetenzen und der Kosten des Personaleinsatzes.

Mit den vorgesehenen Änderungen werden die Möglichkeiten der Krankenkassen erheblich eingeschränkt, indem Vergütungsanpassungen für außertarifliche Beschäftigte nur alle sechs Jahre möglich sind und auf den Anstieg der Grundlohnrate nach § 71 Abs.3 SGB V (nur) des laufenden Kalenderjahres gedeckelt werden. Eine Aufsummierung der Grundlohnrate der Kalenderjahre seit der letzten Vergütungserhöhung soll ausdrücklich ausgeschlossen sein.

Die vorgesehene Beschränkung von Gehaltsanpassungen auf einen sechsjährigen Turnus ist nicht verhältnismäßig und hat einen potenziellen Realwertverlust der Entgelte von 13 bis 19 Prozent zur Folge.

2. Wettbewerbsnachteil bei der Auswahl von Führungskräften

Mit den beabsichtigten Regelungen ergibt sich gegenüber anderen Branchen und Unternehmen bzw. Organisationen im Gesundheitswesen, die keinen derartigen gesetzlichen Vorgaben unterliegen und

damit frei über die Höhe der Vergütung ihres Führungspersonals entscheiden können, ein erheblicher Wettbewerbsnachteil. Die Möglichkeit, geeignetes Führungspersonal zu finden, darf nicht überstrapaziert und durch zu starre gesetzliche Vorgaben eingeengt werden.

3. Vertrauensschutz

Das beabsichtigte Verbot von Vergütungserhöhungen während eines Zeitraums von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung und die Begrenzung der Vergütungserhöhung auf den Anstieg der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V (nur) des laufenden Kalenderjahres sollen auch für Arbeitsverträge gelten, die bis zum 30. März 2026 bereits geschlossen wurden.

Vertrauensschutz soll nur dann bestehen, wenn die Verträge bereits einen Anspruch auf eine konkrete Erhöhung vorsehen. Überprüfungs- und Nachverhandlungsklauseln, die lediglich die Möglichkeit auf eine Vergütungsanpassung gewähren, sollen dagegen nicht dem Vertrauensschutz unterfallen.

Dieser Regelung liegt die Vorstellung zugrunde, Überprüfungs- und Nachverhandlungsklauseln seien rechtlich irrelevant. Dies ist jedoch nicht zutreffend. Überprüfungsklauseln, die keine bestimmte Erhöhung vorsehen, begründen zwar keinen Anspruch auf eine bestimmte Vergütungssteigerung, wohl aber einen Anspruch auf Überprüfung und Entscheidung nach billigem Ermessen (§ 315 BGB). Damit ist vertraglich vereinbart, dass eine Überprüfung und ggf. Anpassung der Vergütung während der Vertragslaufzeit möglich sind.

Der in bestehenden Verträgen vorgesehene Anspruch auf (regelmäßige) Überprüfung und Entscheidung nach billigem Ermessen wird durch die geplanten Änderungen erheblich entwertet. Die Regelungen greifen damit in unzulässiger Weise nachträglich in bestehende privatrechtliche Vertragsverhältnisse ein.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 71 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 72 – § 429 (Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Da der bisherige § 130e zum Kombinationsabschlag gestrichen und durch eine Neufassung des § 130e zu Rabattverträgen ersetzen werden soll, bedarf es einer Übergangsregelung die durch §429 geschaffen wird. Geregelt werden die Fristen für a) Anträge nach §35a Abs. 1d Satz 1 (mindestens beträchtlicher Zusatznutzen erwartet) b) die Gültigkeit der Kombinationsbenennung nach §35a Ab. 3 Satz 4 zum Zwecke der Abrechnung sowie c) die Anwendung des Kombinationsabschlages auf alle unter §130e fallenden Arzneimittel die bis zum Stichtag der Neufassung des Gesetzes zu Lasten der Krankenkassen abgegeben werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Streichung der Regelungen zum Kombinationsabschlag in § 130e (bestehende Fassung) ab, denn dies wird zu erheblichen Mehrausgaben für die GKV führen. Auch wenn der Kombinationsabschlag noch unzureichend breit angelegt und zudem als nachgelagerte bilaterale Abrechnung in dieser Form transaktionsaufwändig für die Krankenkassen ausgestaltet ist, so führt er doch zu relevanten Einsparungen. Das Grundproblem, nach dem Arzneimittelkombinationen erhebliche Mehrkosten verursachen, denen kein adäquater Mehrwert beim Therapieerfolg gegenübersteht, würde mit der Streichung künftig nicht mehr adressiert. Entsprechend ist eine Beibehaltung des bestehenden § 130e SGB V erforderlich, siehe hierzu die Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 12 und Nummer 50. Wenn dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes gefolgt wird, ist die vorliegende Regelung aufzuheben.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 72 wird gestrichen.

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 20 Absatz 2a (Aufbringung der Mittel – Übergangsbereich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuregelung des Beitragssatzes bei geringfügiger Beschäftigung in § 249b SGB V. Es soll damit weiterhin sichergestellt werden, dass die Beitragsbelastung bei Beschäftigten im Übergangsbereich nicht sprunghaft ansteigt.

B) Stellungnahme

Die nachvollziehbare Anpassung entspricht dem bisherigen Vorgehen und ist geeignet, einen sprunghaften Anstieg der Beitragsbelastung bei Beschäftigten im Übergangsbereich auszuschließen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 35a Absatz 6a (Vorstand bei Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung von § 35a Abs. 6a SGB IV entspricht in den Sätzen 1 bis 3 sowie 10 und 11 dem bisherigen Recht. Die neuen Sätze 4 bis 9 sehen weitergehende Regelungen für die Vereinbarung von Vorstandsvergütungen der Krankenkassen vor. Insbesondere sollen Vergütungsanpassungen während einer Amtsperiode ausgeschlossen sein (Satz 5). Eine Erhöhung der Vergütung zu Beginn der Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes soll ausschließlich durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung möglich sein, wobei die Erhöhung auf die Grundlohnrate, die für das Kalenderjahr gilt, in dem der Vertrag neu abgeschlossen wird, beschränkt wird (Satz 6). Zudem soll der Aufsichtsbehörde zu Beginn einer neuen Amtszeit die Möglichkeit eingeräumt werden, eine niedrigere Vergütung anzuordnen (Satz 9). Nach den Sätzen 7 und 8 sollen die Neuregelungen auch für bereits bestehende Vorstandsdienstverträge gelten, es sei denn die Verträge sehen einen Anspruch auf eine konkrete Erhöhung vor

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung stellt einen ungerechtfertigten sowie anlasslosen Eingriff in die Rechte der Verwaltungsräte der Krankenkassen dar und schränkt den Aufgabenbereich der sozialen Selbstverwaltung ein. Die vorgesehenen Änderungen beim Abschluss von Vorstandsdienstverträgen hätten einen Wettbewerbsnachteil bei der Auswahl des Vorstandspersonals zur Folge. Sie werden deshalb abgelehnt und sind zu streichen. Zu den Gründen im Einzelnen:

1. Eingriff in Selbstverwaltungsrechte

Im Rahmen des Selbstverwaltungsrechts setzen die demokratisch gewählten Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten die detaillierte Sozialgesetzgebung eigenverantwortlich und verantwortungsvoll um. Zum Kernbereich der Selbstverwaltung gehört die interne Organisation der Verwaltung einschließlich der personalwirtschaftlichen Kompetenzen und der Kosten des Personaleinsatzes. Bereits mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 07.08.2013 wurde in § 35a Abs. 6 SGB IV geregelt, dass der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrags der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde bedürfen. Der Nachweis struktureller Missstände, aufgrund derer die Einführung einer präventiven Rechtsaufsicht notwendig war, stand und steht nach wie vor aus.

Mit der nun vorgesehenen Änderung erfolgt ein weiterer massiver Eingriff in den Aufgabenbereich der sozialen Selbstverwaltung. Der Ermessensrahmen des Verwaltungsrates bei der Vereinbarung der Vergütung der Vorstände werden mit dem Ausschluss von Vergütungsanpassungen während einer Amtsperiode und der Begrenzung von Vergütungserhöhungen bei Beginn einer neuen Amtszeit nahezu auf null reduziert. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass bei Beginn einer neuen Amtszeit eine Vergütungssteigerung nur nach Maßgabe der Grundlohnrate, die für das Kalenderjahr gilt, in dem der Vertrag neu abgeschlossen wird, zulässig sein soll.

Zudem soll die Aufsicht – unabhängig von den Erwägungen des Verwaltungsrates hinsichtlich der Vereinbarung der Vergütungshöhe – eine niedrigere Vergütung anordnen können. Das ist eine in das Ermessen der Aufsichtsbehörde gestellte staatliche Vergütungsfestsetzung. Es fehlen jegliche Maßstäbe dafür, was die Voraussetzungen für eine Vergütungssenkung sein können, die dann die

Ermessensentscheidung der Aufsichtsbehörde auslösen können. Eine derart weite Befugnis einer Aufsichtsbehörde ist sehr bedenklich. Sie ist auch nicht erforderlich. Die Aufsichtsbehörde kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens ihre Vorstellungen vorbringen und gegebenenfalls die Zustimmung versagen. Diese Entscheidung ist dann gerichtlich überprüfbar.

2. Wettbewerbsnachteil bei der Auswahl des Vorstandspersonals

In der Begründung des Referentenentwurfs wird ausgeführt, dass die derzeit vereinbarten Vergütungen sich im Rahmen der Vertragsverhandlungen und bisherigen Genehmigungsverfahren als ausreichend erwiesen haben, um geeignetes Personal für die Aufgaben zu gewinnen und deshalb angemessen seien.

Mit den beabsichtigten Regelungen ist es den Verwaltungsräten allerdings in Zukunft nicht mehr möglich, flexibel auf zukünftige Entwicklungen reagieren zu können. Gegenüber anderen Branchen und Unternehmen bzw. Organisationen im Gesundheitswesen, die keinen derartigen gesetzlichen Vorgaben unterliegen und damit frei über die Höhe der Vergütung ihres Führungspersonals entscheiden können, ergibt sich damit ein erheblicher Wettbewerbsnachteil bei der Auswahl der Vorstandsmitglieder. Die Möglichkeit, geeignetes Vorstandspersonal zu finden, darf nicht unsachgerecht durch starre gesetzliche Vorgaben eingeengt werden.

3. Fehlende Erforderlichkeit, keine Empfehlung der FinanzKommission Gesundheit

Die soziale Selbstverwaltung hat bisher keinen objektivierbaren Anlass für diese massiven und weitreichenden Einschränkungen der Gestaltungsmöglichkeiten gegeben. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte daher dieser sehr weitgehende Eingriff in das anerkannte und bewährte Ordnungsprinzip der Sozialversicherung nochmals überdacht werden.

Hinweis: Die FinanzKommission Gesundheit hat den Status quo ausdrücklich als bereits hinreichend reguliert angesehen und daher bewusst keine Empfehlung ausgesprochen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nummer 2 wird gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1 – § 5 Absatz 3g (Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung entfällt die Vergütung für die Erstbefüllung der ePA.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 69).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe a) – § 6 Absatz 3 Satz 4 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b. Es wird vorgesehen, dass die Rate für den Anstieg der Erlössumme zukünftig durch den gemäß den neuen Vorgaben des § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3 ermittelten Veränderungswert begrenzt wird.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung zur Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe b) – § 6 Absatz 3 Satz 5 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Regelung zur zusätzlichen Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird ausdrücklich begrüßt. (vgl. Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 6 Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb)

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 Buchstaben a) und b) – § 6a Absatz 2 (Vereinbarung eines Pflegebudgets)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ausgehend von dem für das Jahr 2026 krankenhausesindividuell vereinbarten Pflegebudgets ist für die Jahre ab 2027 Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets das für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Pflegebudget. Wie beim Landesbasisfallwert, dem Gesamtbetrag von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und der Erlössumme von besonderen Einrichtungen wird zukünftig auch der Anstieg des Pflegebudgets grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt.

Eine Überschreitung des Veränderungswerts ist jedoch möglich, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben, die sich aus Bundesgesetzen, Verordnungen, die auf Grundlage des SGB V erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben, dies erfordert. Dies gilt zum Beispiel für die Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL).

Zudem werden die bislang geltenden Regelungen für den Ausgleich zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten geändert. In Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip erfolgt bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten kein Ausgleich dieser Mehrkosten mehr. Unterschreiten die tatsächlichen Pflegepersonalkosten dagegen die vereinbarten Pflegepersonalkosten werden diese Minderkosten vollständig ausgeglichen. Hierzu sind bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr eine Berichtigung des Pflegebudgets für das Vereinbarungsjahr und ein Ausgleich für das Vereinbarungsjahr vorzunehmen.

Hierdurch erlangt die Vereinbarung der Vertragsparteien wieder stärkere Bedeutung. Die Möglichkeit, Kosten für pflegeentlastende Maßnahmen zusätzlich zu den Pflegepersonalkosten im Pflegebudget zu berücksichtigen, besteht zukünftig nicht mehr. Hierdurch wird insofern eine Doppelvergütung abgeschafft, als die Kosten für pflegeentlastende Maßnahmen auch zukünftig bei der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt werden.

B) Stellungnahme

Die Intention des Gesetzgebers, eine Begrenzung der Steigerungen der Pflegebudgets zu erzielen, wird ausdrücklich begrüßt. Zudem ist die Streichung der Doppelvergütung im Rahmen der Pflegenden Maßnahmen richtig.

Im Bereich des Pflegebudgets werden seit 2020 alle Kosten 1:1 an die GKV durchgereicht – ohne jegliche Obergrenze einer wirtschaftlichen Leistungserbringung. Durch die vollständige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen (DRG-System) und deren separate Refinanzierung über das Pflegebudget sind die finanziellen Belastungen für die Kostenträger erheblich angewachsen.

Die grundsätzliche Abkehr von der unbegrenzten Selbstkostendeckung in diesem Bereich ist notwendig, um sich dem Ziel einer einnahmeorientierten Ausgabenorientierung zu nähern. Die im Referentenentwurf formulierte Maßnahme entspricht aber nicht der von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagenen Wiedereingliederung der Pflegebudgets in das Fallpauschalensystem.

Diese Wiedereingliederung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes notwendig, um die intendierten, ausgabenbegrenzenden Effekte zu erzielen. Die in dem Entwurf dargelegte Regelung wird die Ausgaben in diesem Bereich nicht auf den Veränderungswert begrenzen, da die Ausnahmeregelung zur Überschreitung des Veränderungswertes häufig greifen wird. Weitere Auseinandersetzungen im Rahmen der Verhandlungen vor Ort sind durch die Beibehaltung dieser bürokratischen Regelungen zur separaten Vereinbarung des Pflegebudgets vorprogrammiert.

Durch die Beibehaltung der separat zu finanzierenden Pflegebudgets fehlt zudem ein notwendiger Leistungsbezug, der nur durch die Wiedereingliederung umgesetzt werden kann. Der Status Quo wird damit weitestgehend beibehalten – gerade mit Blick auf die notwendigen Umstrukturierungen im Rahmen der Krankenhausreform wäre das nicht der richtige Weg. Anders als bisher sollte es beispielsweise bei Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern (unter anderem durch Verschiebungen von Leistungsgruppen) auch zu Anreizwirkungen einer parallelen leistungsgerechten Verschiebung der Pflegevergütung kommen. Durch eine Wiedereingliederung in die Fallpauschalen käme es wieder zu Wirtschaftlichkeitsanreizen, die seitens des GKV-Spitzenverbandes ausdrücklich begrüßt werden. Gleichzeitig sollten die über die Fallpauschalen für die Pflegekosten ausgezahlten Mittel wie von der Finanzkommission vorgeschlagen mit einem verpflichtend vorzulegenden Verwendungsnachweis verbunden werden. Damit würde für Krankenhäuser implizit eine leistungsbezogene Grenze der für die Pflegepersonalkosten zur Verfügung stehenden Finanzmittel vorgegeben.

Wie bereits angemerkt wird die Streichung der zusätzlichen Mittel in dem Bereich der Pflegeentlastenden Maßnahmen ausdrücklich begrüßt. Im Pflegebudget werden diese Maßnahmen bisher pauschal in einer Höhe von 2,5 % des Pflegebudgets in allen Krankenhäusern erhöhend berücksichtigt. Dies erfolgt zusätzlich zu den bereits in dem System der Selbstkostendeckung finanzierten kompletten Pflegepersonalkosten. Bei den pflegeentlastenden Maßnahmen handelt es sich um schwer abgrenzbare Kosten, die regelhaft bereits über die DRG-Fallpauschalenerlöse finanziert werden. Mit Blick auf eine Beseitigung von Doppelfinanzierungen ist es richtig, die zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten von pflegeentlastenden Maßnahmen zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das Fallpauschalensystem:

- Anpassung des § 17b Absatz 4 KHG und des § 6a KHEntgG
- Anpassung im Rahmen der Vereinbarungen auf der Ebene der Selbstverwaltung: § 17b Absatz 2 KHG (unter anderem DRG-Kataloge ab 2027)

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 Buchstabe c) – § 6a Absatz 4 Satz 5 und 6 (Vereinbarung eines Pflegebudgets)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Anhebung des krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwerts wird vor dem Hintergrund der Streichung der zusätzlichen Tarifraten aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung dieser Regelung ist mit Blick auf die Streichung der Regelung zur Tarifraten folgerichtig und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 Buchstabe d) – § 6a Absatz 5 Satz 3 (Vereinbarung eines Pflegebudgets)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass für den Ausgleich weiterhin keine Begrenzung durch den Veränderungswert gilt, auch wenn der Anstieg des Pflegebudgets zukünftig grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt wird.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) – § 6c Absatz 2 Satz 4 (Vergütung eines Vorhaltebudgets)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung überträgt die Anpassungen des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. In Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip bei der Finanzierung der Pflegepersonalkosten werden die tatsächlichen Pflegepersonalkosten ausschließlich bei der erstmaligen Vereinbarung des Gesamtvolumens in vollem Umfang berücksichtigt. In den Folgejahren wird der Kostenanstieg auf den jeweils geltenden Veränderungswert begrenzt.

B) Stellungnahme

Die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip bei der Finanzierung der Pflegepersonalkosten wird grundsätzlich begrüßt. Darüber hinaus wird auf die Ausführungen zu den Anpassungen des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG unter Nummer 3 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Es wird auf die entsprechenden Änderungsvorschläge zu den Anpassungen des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG unter Nummer 3 verwiesen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 6c Absatz 2 Satz 6 (Vergütung eines Vorhaltebudgets)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung überträgt die Anpassungen des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. In Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip bei der Finanzierung der Pflegepersonalkosten ist bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten kein Ausgleich von Mehrkosten vorgesehen.

B) Stellungnahme

Hinsichtlich der Stellungnahme wird auf die Ausführungen zu den Anpassungen des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG unter Nummer 3 Buchstaben a und b verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Es wird auf die entsprechenden Änderungsvorschläge zu den Anpassungen des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG unter Nummer 3 Buchstaben a und b verwiesen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4 Buchstabe b) – § 6c Absatz 3 Satz 4 und 5 (Vergütung eines Vorhaltebudgets)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung stellt eine Folgeänderung der Neufassung des § 9 Absatz 1b KHEntgG dar. Künftig ist vorgesehen, dass der Anstieg des Gesamtvolumens für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen grundsätzlich durch den nach den neuen Vorgaben des § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3 ermittelten Veränderungswert begrenzt wird. Eine Überschreitung des Gesamtvolumens ist künftig nur zulässig, sofern diese durch Veränderungen der vereinbarten voraussichtlichen zu erbringenden stationären Leistungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung bedingt ist.

Zugleich handelt es sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit den Anpassungen des Pflegebudgets. Die Selbstkostendeckung bei der Finanzierung der Pflegepersonalkosten wird auch bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen aufgehoben, sodass der Anstieg des Gesamtvolumens nicht mehr über den Veränderungswert hinaus zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten verwendet werden darf. Gleichzeitig wird die bislang in Satz 5 geregelte Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswertes gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Begrenzung des Gesamtvolumens wird grundsätzlich begrüßt. Bezüglich der Tarifraten wird auf die Stellungnahme zu § 9 Absatz 1b KHEntgG unter Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) verwiesen; zum Veränderungswert auf die Stellungnahme zu § 9 Absatz 1b KHEntgG unter Nummer 6 Buchstabe b).

C) Änderungsvorschlag

Es wird auf die entsprechenden Änderungsvorschläge zu § 9 Absatz 1b KHEntgG unter Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und Buchstabe b) verwiesen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5 – § 8 Absatz 5a (Berechnung der Entgelte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neueinführung der Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b Absatz 2a (neu) KHG. Der neue Absatz 5a stellt klar, dass die Berechnung der Kurzzeitfallpauschalen ausgeschlossen ist, wenn die Leistung im AOP-Katalog gemäß § 115b SGB V enthalten ist. Näheres dazu haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz s Satz 1 KHG zu regeln.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung und Ergänzung sind sachgerecht und notwendig. Kurzzeitfallpauschalen sollen als neues Vergütungsinstrument für noch nicht vollständig ambulantisierete Kurzliegerfälle in Krankenhäusern eingeführt werden, mit dem Ziel über den Anreiz zur Verweildauerreduzierung weiteres Ambulantisierungspotenzial in den Krankenhäusern zu heben. Das Ambulante Operieren im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V hingegen lässt Krankenhäuser zur Leistungserbringung ausgewählter bereits ambulantisierter Operationen und stationersetzender Behandlungen zu. Um Doppelvergütung und damit Ausgabensteigerungen für die GKV zu verhindern, ist eine Klarstellung wichtig, dass die Berechnung von Kurzzeitfallpauschalen ausgeschlossen ist, wenn die Leistung im AOP-Katalog enthalten ist.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) – § 9 Absatz 1 Nummer 3 (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung des § 9 Absatz 1 Nummer 3 KHEntgG werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, die bestehenden Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a einschließlich der Regelungen über Zu- und Abschläge zu überprüfen.

Bis spätestens zum 30. Juni 2027 ist insbesondere zu prüfen, inwieweit eine Erweiterung der bestehenden Regelungen zur Fallzusammenführung wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

Die Gesetzesbegründung stellt klar, dass hierbei sowohl Effizienzpotenziale – unter anderem auf Grundlage der Reformempfehlung Nr. 30 der FinanzKommission Gesundheit – als auch der bürokratische Aufwand und die Sicherstellung der stationären Versorgungsqualität zu berücksichtigen sind.

Auf dieser Grundlage können die Vertragsparteien eine Anpassung der einschlägigen Regelungen der Fallpauschalenvereinbarung mit Wirkung ab dem Jahr 2028 vornehmen. Die Regelung ist gemäß § 9 Absatz 2 KHEntgG schiedsstellenfähig (Termin: 31.10.2027)

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die gesetzliche Klarstellung und den Prüfauftrag zur Weiterentwicklung der Regelungen zur Fallzusammenführung.

Die derzeitigen Regelungen zur Fallzusammenführung sind aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung übermäßig komplex, fragmentiert und bürokratisch ausgestaltet. Diese kleinteiligen Regelungen führen in der Praxis zu erheblichem Abrechnungs-, Prüf- und Streitaufwand bei Krankenhäusern, Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst und binden personelle Ressourcen, die der unmittelbaren Patientenversorgung entzogen werden.

Die vom Gesetzgeber aufgegriffene Einschätzung der FinanzKommission Gesundheit, wonach durch eine erweiterte und pauschalierte Fallzusammenführung ein erhebliches Einsparpotenzial besteht, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar und sachgerecht.

Eine indikations- und sachgerechte Zusammenfassung medizinisch zusammenhängender stationärer Aufenthalte kann Fehlanreize im DRG-System abbauen, Doppelfinanzierungen verhindern und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen.

Positiv hervorzuheben ist, dass der gesetzliche Prüfauftrag ausdrücklich an die Voraussetzung der medizinischen Vertretbarkeit geknüpft ist. Eine Neuregelung der Fallzusammenführung darf nicht dazu führen, dass medizinisch etablierte Versorgungsregime unterlaufen oder Patientinnen und Patienten – insbesondere chronisch kranke, komplexe oder multimorbide Personen – inadäquat versorgt werden.

Die gesetzliche Vorgabe stellt damit sicher, dass die Weiterentwicklung der Regelungen nicht allein fiskalisch, sondern qualitäts- und versorgungsorientiert erfolgt.

Insgesamt trägt die Neuregelung dazu bei, die Fallzusammenführung systematischer, transparenter und deutlich weniger bürokratisch auszugestalten und zugleich die notwendige Qualitätssicherung zu gewährleisten.

Der GKV-Spitzenverband regt an, den gesetzlichen Prüfauftrag in § 9 Absatz 1 Nummer 3 KHEntgG klar auf eine Vereinfachung, Vereinheitlichung und weitgehende Pauschalierung der Regelungen zur Fallzusammenführung auszurichten und dies im Gesetzestext ausdrücklich zu verankern. Die neuen Kurzzeitfallpauschale nach §17b Absatz 2a (neu) müssen berücksichtigt.

Entsprechend der Reformempfehlung Nr. 30 der FinanzKommission Gesundheit sollte eine bürokratiearme, pauschale Fallzusammenführung von Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen vorgesehen werden, unabhängig davon,

- ob die Wiederaufnahme im gleichen oder in einem anderen Krankenhaus,
- MDC-unabhängig sowie
- unter Einbeziehung von Verlegungen erfolgt.

Dies entspricht den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit zur Reduktion von Umgehungsstrategien, zur Entlastung administrativer Prozesse und zur Verbesserung der Versorgungsanreize.

Damit würde der gesetzgeberische Wille eindeutig auf Effizienz, Transparenz, Bürokratieabbau und Qualitätssicherung ausgerichtet und den Vertragsparteien ein klarer Handlungsrahmen für eine tragfähige Neuregelung ab dem Jahr 2028 vorgegeben.

C) Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Nummer 3 KHEntgG wird wie folgt geändert:

„... die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge; die Vertragsparteien prüfen bis zum 30. Juni 2027, inwieweit **eine vereinfachte, systematisch konsolidierte und weitgehend pauschalierte Ausgestaltung der Regelungen zur Fallzusammenführung wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist. Hierbei ist eine pauschale Zusammenführung von Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach der Indexaufnahme – unabhängig vom Krankenhaus, der MDC-Kategorie sowie unter Einbeziehung von Verlegungen – anzustreben. Die Regelung nach § 17b Absatz 2a KHG (Kurzzeitfallpauschalen) sind zu berücksichtigen.**“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 9 Absatz 1 Nummer 7 (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Folge der Aufhebung der zusätzlichen Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, bedarf es der Vereinbarung der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und der anteiligen Erhöhungsrates durch die Vertragsparteien auf Bundesebene nicht mehr. Die Regelung wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Streichung der zusätzlichen Tarifierfinanzierung im Krankenhausbereich wird ausdrücklich begrüßt.

Mit dem KHVG wurde die vollständige zusätzliche Tarifierfinanzierung im Krankenhausbereich eingeführt. Neben den bereits bestehenden Maßnahmen zur Berücksichtigung von Personalkostensteigerungen (Orientierungswert, Landesbasisfallwertverhandlungen) führt diese zusätzliche Tarifierate zu einer Doppelberücksichtigung der entsprechenden Kostensteigerungen.

Zudem hat die Regelung weitreichende Folgen für die zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern stattfindenden Tarifverhandlungen. Die Arbeitgeber verlieren durch die Möglichkeit der vollständigen Weiterreichung der Kostensteigerungen das Interesse, angemessene Tarifabschlüsse zu vereinbaren. Hohe Tarifsteigerungen und damit hohe Kostensteigerungen sind die Folge. Die Erfahrungen aus dem Pflegebudget zeigen, dass hohe jährliche Steigerungsrates im Personalkostenbereich zu erwarten sind, wenn die Kosten 1:1 refinanziert werden. Eine Streichung der zusätzlichen vollen Tarifierfinanzierung ist notwendig, um die überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich zu dämpfen.

Die Erhöhungsrates ergibt sich aus der Höhe des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifierrate. Die Einsparvolumina sind in jedem Jahr unterschiedlich hoch und abhängig von der Höhe des Veränderungswertes und der Tarifsteigerungen und damit nicht wirklich im Vorhinein abschätzbar. Es bleibt zu betonen, dass mit der Maßnahme keine Kürzung der bisherigen Ausgaben einhergeht, sondern lediglich künftige Ausgabensteigerungen begrenzt werden.

Die Streichung der zusätzlichen Tarifierfinanzierung wurde richtigerweise auch von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) – § 9 Absatz 1 Nummer 10 Buchstabe j (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung in Folge der Einfügung der Kurzzeitfallpauschalen unter Nummer 11.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Folgeänderung wird zur Kenntnis genommen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe dd) – § 9 Absatz 1 Nummer 11 (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht in Folge der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b Absatz 2a (neu) KHG eine Erweiterung der Vereinbarung auf Bundesebene um Regelungen zur Mengenbegrenzung des Leistungsvolumens von Kurzzeitfallpauschalen eines Krankenhauses sowie zu Folgen bei Überschreitung der vereinbarten Mengenbegrenzung vor. Konkret haben die Vertragsparteien von der Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien der Ortsebene bis zum 30.09.2027 Vorgaben zur Mengenbegrenzung für über Kurzzeitfallpauschalen zu vergütende Behandlungsfälle zu vereinbaren, damit von Krankenhäusern ambulant zu erbringende Leistungen nicht über Kurzzeitfallpauschalen rehospitalisiert werden. Des Weiteren haben die Vertragsparteien von der Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien der Ortsebene Folgen für Krankenhäuser zu vereinbaren, die entgegen den Regelungen zur Mengenbegrenzung eine Fallausweitung vornehmen und die vereinbarte Mengenbegrenzung nicht einhalten.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Erweiterung der Vereinbarung auf Bundesebene um Regelungen zur Mengenbegrenzung für Kurzzeitfallpauschalen wird ausdrücklich begrüßt. Kurzzeitfallpauschalen werden vom Gesetzgeber eingeführt, um das bestehenden Ambulantisierungspotenzial im Kurzliegerbereich von Krankenhäusern zu heben und über Verweildauerreduzierungen in diesem Bereich Einspareffekte für die GKV-Versichertengemeinschaft zu realisieren. Um dieses Ziel zu erreichen, sind effektive Regelungen zur Mengenbegrenzung von Kurzzeitfallpauschalen essenziell. Das neue Vergütungsinstrument ist auf bislang vollstationäre Behandlungsfälle mit kurzer Behandlungsdauer ausgerichtet. Eine Rehospitalisierung von bereits ambulantiserten Leistungen aus den Regelungen nach § 115b SGB V (AOP) und § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in die neuen Kurzzeitfallpauschalen darf es nicht geben. Das würde das gesetzgeberische Einsparziel konterkarieren.

Vor diesem Hintergrund sind auch die vorgesehenen Regelungen zu Folgen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Mengenbegrenzung sowie wie bei Fallausweitung sachgerecht und notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 Buchstabe b) – § 9 Absatz 1b (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgaben für die Vereinbarung des Veränderungswerts, der die Obergrenze für den Anstieg insbesondere der Landesbasisfallwerte darstellt, werden geändert.

Ist der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert höher als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V zu vereinbaren. Ist der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert geringer als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V, haben die Vertragsparteien den Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts zu vereinbaren.

Auch wenn in beiden Fällen kein Verhandlungsspielraum für die Vertragsparteien auf Bundesebene besteht, wird eine Vereinbarung vorgesehen, damit unabhängig von der Höhe des Orientierungswerts und der Veränderungsrate in jedem Jahr eine Vereinbarung geschlossen und insoweit Rechtsklarheit für die Rechtsanwender hinsichtlich der geltenden Obergrenze geschaffen wird.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Änderungsvorschläge im Rahmen der Vereinbarung des Veränderungswertes ausdrücklich. Sie entsprechen langjährigen Forderungen des GKV-Spitzenverbandes. Die Änderungen sind notwendig, um die überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich zu dämpfen.

Die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik bedeutet im Krankenhausbereich, dass der für die Preissteigerungen maßgebliche Veränderungswert maximal der Veränderungsrate (Grundlohnrate) entspricht, auch wenn der Orientierungswert höher liegt. Zudem wird im Rahmen dieser vorgeschlagenen Änderung die Streichung der Meistbegünstigungsklausel bei der jährlichen Vereinbarung des Veränderungswertes umgesetzt. Folge der Klausel war bisher eine Überfinanzierung, wenn die tatsächlichen Kosten (Orientierungswert) geringer sind als die Grundlohnrate.

In den vergangenen Jahren haben die Regelungen zu nicht sachgemäßen Steigerungen der Landesbasisfallwerte und damit zu deutlichen Mehrbelastungen der GKV geführt. Die nun im Referentenentwurf avisierten Änderungen wurden richtigerweise auch von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen.

Um eine Einnahmeorientierung im Jahr 2027 im Krankenhausbereich tatsächlich umzusetzen, müssten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes aber noch zwingend folgende zwei Anpassungen erfolgen:

1. Die in § 10 Absatz 1 Satz 8 KHEntgG festgelegten Basisberichtigung für 2027 in Höhe von 1,14 % muss gestrichen werden.
2. Die vom Gesetzgeber richtig adressierten Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung betreffen die wesentliche Ausgabenkomponente, nämlich den Preis (Landesbasisfallwert). Die zweite Komponente („Leistungsmenge“) wird noch nicht berücksichtigt: Die jährlichen Mengensteigerungen belaufen sich momentan auf ca. 1 % jährlichen Casemixanstieg im

stationären Bereich. Es bedarf einer entsprechenden preissenkende Berücksichtigung, um eine Einnahmeorientierung sicherzustellen.

Ohne eine entsprechende Anpassung werden allein aufgrund dieser beiden Faktoren die Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich in 2027 (und in den Folgejahren) über der Einnahmeseite liegen.

C) Änderungsvorschlag

Neben den bereits im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen bedarf es folgender Anpassungen:

1. Basisberichtigung für 2027:
 - Streichung des § 10 Absatz 1 Satz 8 KHEntgG.
 - Streichung des § 6 Absatz 3 Satz 9 KHEntgG
 - Streichung des § 3 Absatz 3 Satz 3, 2. Halbsatz BPfIV

2. Absenkende Berücksichtigung der jährlichen Mengensteigerungen im Rahmen der Vereinbarung des Veränderungswertes (§ 9 Absatz 1b KHEntgG).
Alternativ ließe sich mit Verweis auf den ergänzenden Änderungsbedarf („Effizienzreserven heben“) auch eine Berücksichtigung über die jährliche Normierung des DRG-Systems umsetzen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa) – § 9 Absatz 2 Satz 4 (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Folge der Streichung der Regelung zur Vereinbarung der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen bedarf es keiner Schiedsstellenregelung mehr für den Fall, dass die Vereinbarung nicht getroffen wird.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb) – § 9 Absatz 2 Satz 5 -neu- (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Satzes 4.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstaben a) und b) – § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 (Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstabe c) – § 10 Absatz 5 (Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Streichung der zusätzlichen Tarifierfinanzierung im Krankenhausbereich wird ausdrücklich begrüßt. (vgl. Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstabe d) – § 10 Absatz 6 (Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgabe, dass das Statistische Bundesamt den Orientierungswert ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ermittelt, wird gestrichen. Auch der Anstieg des Pflegebudgets wird zukünftig durch den Veränderungswert begrenzt. Daher ist es sachgerecht, dass der Orientierungswert, der der Vereinbarung des Veränderungswerts zu Grunde liegt, sofern der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, zukünftig auch die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen umfasst.

B) Stellungnahme

Die Berücksichtigung der Pflegepersonalkostensteigerungen im Orientierungswert ist nachvollziehbar. Wie in der Stellungnahme unter dem „Artikel 3 Nummer 3 Buchstabe 1 und b“ dargelegt wäre aber aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagene Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in die Fallpauschalensystematik notwendig.

C) Änderungsvorschlag

vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nummer 3 Buchstaben a) und b)

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 8 – § 11 Absatz 4 Satz 1 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung von § 9 Absatz 1 Nummer 7.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 – § 17a Absatz 3 Satz 4 (Finanzierung von Ausbildungskosten)

D) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung, dass die Ausbildungsbudget nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b KHG begrenzt werden, bleibt bestehen.

E) Stellungnahme

Die Regelung ist abzulehnen, da der Grundsatz der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik durch die Änderung erneut unterlaufen wird. Auch für die Ausbildungsbudgets muss gelten, dass die Steigerung der Ausgaben durch den Veränderungswert begrenzt wird.

F) Änderungsvorschlag

In § 17 a Absatz 3 Satz 4 wird das Wort „nicht“ gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe a) – § 17b Absatz 2 Satz 1 (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Kurzzeitfallpauschalen gemäß des neuen § 17b Absatz 2a KHG, die vorsieht, dass die Regelungen nach Absatz 2 Satz 1 auch für Kurzzeitfallpauschalen gemäß Absatz 2a gelten. Dies umfasst unter anderem die Regelungen zu den Abrechnungsbestimmungen.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht und wird ausdrücklich begrüßt. So erfordert die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen unter anderem die Erweiterung der bestehenden Regelungen zur Fallzusammenfassung bei Wiederaufnahme von Patientinnen und Patienten. Zudem stellt die Anpassung in § 17b Absatz 2 KHG sicher, dass die vereinbarten Abrechnungsbestimmungen an die neu eingeführten Kurzzeitfallpauschalen angepasst werden müssen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe b) – § 17b Absatz 2a -neu- (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Neuregelung soll das DRG-System weiterentwickelt und sollen sogenannte Kurzzeitfallpauschalen als neues Vergütungsinstrument der Krankenhausfinanzierung eingeführt werden. Die neuen Kurzzeitfallpauschalen sollen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen gelten. Innerhalb dieses Rahmens sollen Fälle unabhängig ihrer tatsächlichen Verweildauer mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden; eine untere Grenzerweildauer ist nicht vorgesehen. Die Kurzzeitfallpauschalen sollen erstmalig für das Jahr 2028 kalkuliert und im Entgeltkatalog 2028 ausgewiesen werden und wirken. Für die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG bis zum 30. April 2027 auf Basis eines vom InEK bis zum 31.03.2027 zu arbeitenden Konzepts für geeignete Fallgruppen die Grundlagen einer gesonderten Kalkulation von Bewertungsrelationen zu vereinbaren. Der Auftrag der Neuregelung an die Vertragsparteien umfasst auch die jährliche Weiterentwicklung und Anpassung der Kurzzeitfallpauschalen kongruent zum DRG-System gemäß § 17b Absatz 2 KHG. Dabei haben die Vertragsparteien auch sicherzustellen, dass Kostensenkungen, die sich bei der dynamischen Kalkulation der Kurzzeitfallpauschalen ergeben, auch zu einer Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen sowie zu einer Absenkung der Summe der für die Kurzzeitfallpauschale insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen (Gesamt-Case-Mixes der Kurzzeitfallpauschalen) führen. Im Rahmen der Weiterentwicklung haben die Vertragsparteien zu prüfen, wie viele und welche der über Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Fälle ambulant erbracht werden können sowie ob eine Überführung in den AOP-Katalog gemäß § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V sachgerecht ist. Des Weiteren haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, ob für Fälle, die über Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, auch über die spezielle sektorengleiche Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG) abgerechnet werden kann. Die Neuregelung sieht auch eine Evaluation der Einführung des neuen Vergütungsinstruments der kurzzeitfallpauschalen vor. So haben die Vertragsparteien dem BMG alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31.12.2030, einen gemeinsamen Evaluationsbericht über die Auswirkungen der Kurzzeitfallpauschalen auf die Versorgung vorzulegen; das InEK hat hierfür die erforderlichen Auswertungen vorzunehmen.

B) Stellungnahme

Die Weiterentwicklung des DRG-Systems und die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen als neues Vergütungsinstrument für kurzstationäre Fälle wird ausdrücklich begrüßt.

Im Bereich der Kurzliegerfälle von Krankenhäusern mit einer Verweildauer bis zu drei Kalendertagen besteht weiterhin ein großes Ambulantisierungspotenzial. Im Jahr 2024 gab es 6,1 Mio. vollstationäre Fälle in diesem Verweildauersegment. Im bisherigen DRG-System werden diese Fälle mit den aDRG derzeit noch relativ hoch vergütet. Gleichzeitig legen diverse wissenschaftliche Studien zum Ambulantisierungspotenzial in Deutschland nahe, dass mit zunehmendem technologischem Fortschritt eine weitere Reduzierung der Verweildauer möglich ist und Behandlungsfälle im Kurzliegerbereich zunehmend ambulant behandelt werden können. Eine sofortige Überführung von Kurzliegerfällen in die Vergütungsregelung der Hybrid-DRG nach § 115f SGB V scheidet jedoch derzeit meist an der

sektorengleichen Vergütung und Abrechnungsmöglichkeit für Krankenhäuser und vertragsärztliche Leistungserbringern. Viele dieser Behandlungsfälle benötigen derzeit noch die besonderen Strukturen von Krankenhäusern. Hier ist fraglich, ob es derzeit bereits ein sektorengleiches Fall- und Leistungsäquivalent zu diesen Behandlungsfällen im vertragsärztlichen Bereich gibt. Um dennoch eine sukzessive Verweildauerreduzierung und Ambulantisierung von Kurzliegerfällen von Krankenhäusern zu incentivieren, stellen die neu einzuführenden Kurzzeitfallpauschalen eine geeignete Weiterentwicklung des DRG-Systems dar.

Insofern wird der gesetzte Rahmen der Neuregelung von kurzstationären Behandlungsfällen mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen ausdrücklich begrüßt. Die pauschale Vergütung der Kurzliegerfälle unabhängig der tatsächlichen Verweildauer und der bewusste Verzicht auf eine untere Grenzverweildauer stellen eine wirksame Förderung der weiteren Ambulantisierung im Bereich der Kurzliegerfälle dar. Damit wird seitens des Gesetzgebers ein deutlicher Anreiz zur Verweildauerkürzung gesetzt.

Besonders begrüßt wird ebenfalls, dass explizit vorgesehen ist, dass sich durch die incentivierten Verweildauerkürzungen und mithin Kostensenkungen bei den Krankenhäusern im Rahmen der dynamischen Kalkulation der Kurzzeitfallpauschalen auch die Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen und die Gesamtsumme der Bewertungsrelationen für Kurzzeitfallpauschalen (Gesamt-Case-Mix der Kurzzeitfallpauschalen) abzusenken ist. Die seiner Begründung stellt der Gesetzgeber klar, dass die durch Verweildauerkürzungen entstehenden Kostensenkungen der Krankenhäuser auch an die Versichertengemeinschaft weiterzugeben sind. Dies ist ein essentieller Punkt in der Neueinführung der Kurzzeitfallpauschalen, der auch in den gesetzlichen Neuregelungen und nicht nur in der Begründung eindeutig enthalten sein sollte. Um sicherzustellen, dass keine Kompensation von Kostensenkungen der Krankenhäuser durch die incentivierten Verweildauerkürzungen über die durch die aG-DRG ausgeschütteten Bewertungsrelationen erfolgen darf, braucht es eine Klarstellung zur Normierung in Satz 6. Eine kompensatorische Erhöhung der vereinbarten Bewertungsrelationen für die aG-DRG ist auszuschließen. Andernfalls würden die Kostensenkungen bei den Krankenhäusern verbleiben und die vorgesehenen Einsparmaßnahmen würden schließlich nicht zu Einsparungen für die GKV-Versichertengemeinschaft führen. Das steht den gesetzlichen Einsparzielen ausdrücklich entgegen.

Ein weiterer sehr positiver Aspekt der Neuregelung ist die vorgesehene jährliche Überprüfung und Überführung von ambulantisierten Behandlungsfällen, die über die neuen Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, in den AOP-Katalog gemäß § 115b SGB V. Auch der Vereinbarungsauftrag zur Frage, ob und inwieweit Behandlungsfälle auch über Hybrid-DRGs gemäß § 115f SGB V vergütet werden können (dies schließt dann die Leistungserbringung durch vertragsärztliche Leistungserbringer mit ein) erscheint sachgerecht. Die rasche Einführung der Kurzzeitfallpauschalen bereits mit Wirkung für das Jahr 2028 stellt eine zeitlich herausfordernde Aufgabe für die Vertragsparteien dar, ist aber vor dem Hintergrund der notwendigen weiteren Stärkung der Ambulantisierung sowie der in § 115f SGB V vorgesehenen Änderungen sachgerecht.

Der vorsehende Evaluationsauftrag inklusive des Berichtes an das BMG ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

§ 17b Absatz 2a Satz 6 wird wie folgt geändert (Ergänzung in Fettdruck):

„Die Vertragsparteien stellen bei der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems nach Absatz 2 sicher, dass Kostensenkungen, die sich bei der jährlichen Kalkulation der Kurzzeitfallpauschalen zeigen, zu einer Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen sowie im Ergebnis auch zu einer Absenkung der Summe der für die Kurzzeitfallpauschalen insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen führen **(Normierung)**.“

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe c) – § 17b Absatz 7 Satz 1 (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b Absatz 2a (neu) KHG. Die Neuregelung sieht auch für die in Absatz 2a vorgesehenen Vereinbarung der Vertragsparteien zu den Kurzzeitfallpauschalen die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG als Konfliktlösungsmechanismus vor, sollte eine Vereinbarung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht zustande kommen. Die Schiedsstelle entscheidet ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Wochen nach Fristende.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt. Insbesondere wird die automatische Delegation des Vereinbarungsauftrags an die nach § 18a Absatz 6 KHG für eine Entscheidungsfindung innerhalb von drei Wochen nach Fristablauf begrüßt, um eine zeitnahe Festlegung zu den Kurzzeitfallpauschalen sicherzustellen und Planbarkeit für die Leistungserbringer und die GKV zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3 Buchstabe a) – § 17c Absatz 1 Satz 2 (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung hat der MD abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen einer Prüfung feststellt, unabhängig vom beauftragten Prüfgegenstand, bei seiner Prüfung berücksichtigen. Es ist dabei nicht relevant, ob die Prüfung im schriftlichen Verfahren oder als Vor-Ort-Prüfung durchgeführt wird.

B) Stellungnahme

Diese Regelung wird ausdrücklich begrüßt und beendet ein bürokratisches Hin- und Her. Das Einsparvolumen wird GKV-seitig auf ca. 460 Mio. Euro bis 2027 beziffert.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3 Buchstabe b) – § 17c Absatz 2 Satz 8 (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Änderung werden der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Rahmen der PrüfvV damit beauftragt, zu prüfen, wie der Falldialog zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern künftig durch geeignete Maßnahmen noch stärker als bisher zum Einsatz kommen kann. Die Vertragsparteien haben ihre Prüfung bis zum 30. Juni 2027 abzuschließen.

B) Stellungnahme

Die Förderung des Falldialogs zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern wird ausdrücklich begrüßt.

Das weitere Potenzial des Falldialogs hat der GKV-Spitzenverband bereits in seiner Stellungnahme zum KHAG aufgezeigt. Gespräche mit der DKG zu diesem Thema im Rahmen der PrüfvV stattgefunden. Ein zusätzlicher Prüfauftrag sowie eine daraus resultierende zeitlich verzögerte Umsetzung nach dem Jahr 2027 sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht erforderlich. Vielmehr kann eine konkrete gesetzliche Änderung bereits jetzt vorgenommen werden.

Ein sinnvoller Schritt zur weiteren Stärkung des Vorverfahrens sollte zügig und rechtssicher umgesetzt werden. Seit der Etablierung des Erörterungsverfahrens gemäß § 17c Absatz 2b erhalten die Krankenkassen die Fallunterlagen der Krankenhäuser zur Durchführung der Erörterung. Es ist dringend geboten, den Krankenhäusern bereits im Rahmen von Falldialogen (Vorverfahren gemäß § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3) die Übermittlung medizinischer Fallunterlagen zu ermöglichen. Dies stellt einen effizienten Weg dar, Fallklärungen frühzeitig und ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes vorzunehmen. Bei Krankenhäusern, die diese Möglichkeit partnerschaftlich mit den Krankenkassen nutzen, wird sich der Prüfaufwand entsprechend verringern.

C) Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2 sollte wie folgt ergänzt werden:

„Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für das Verfahren gemäß Satz 2 Nummer 3 im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.“

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) – § 3 Absatz 3 Satz 5 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Folgeänderung resultiert aus der Aufhebung von § 9 Absatz 1 Nr. 5 KHEntgG. Künftig vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene nur noch einen einzigen Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3 KHEntgG. Dieser Wert dient zugleich als Obergrenze für den Anstieg des Gesamtbetrags. Der ergänzte Halbsatz entspricht der geltenden Rechtslage und wurde lediglich aufgrund der Streichung des bisherigen Standorts an diese Stelle verschoben.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wird die Maßnahme ausdrücklich begrüßt. Sie sind notwendig, um die überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zu dämpfen.

Gemäß den Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit soll eine Vergütung von Personalstellen über das Maß der PPP-RL hinaus künftig nur noch bei nachgewiesenem Mehrbedarf möglich sein. Ohne diese Einschränkung drohen weiterhin unverhältnismäßige Budgetsteigerungen, die die Solidargemeinschaft unnötig belasten.

C) Änderungsvorschlag

In § 3 Absatz 3 BPfIV sind nach Satz 5 folgende zwei Sätze zu ergänzen: „Ein Überschreiten aufgrund des Tatbestandes nach Satz 4 Nummer 5 ist auf Umsetzung der festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal begrenzt. Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist hierbei zu beachten.“

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 3 Absatz 3 Sätze 8 bis 10 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bisher vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort, ob und inwieweit der Gesamtbetrag bei unbesetzten Stellen abzusenken ist. Diese Regelung (Satz 8) wird bis einschließlich 2026 befristet. Ab dem Vereinbarungsjahr 2027 wird die Absenkung verpflichtend: Mittel für nicht besetzte Stellen oder zweckentfremdete Gelder müssen im nächstmöglichen Zeitraum ausgeglichen und der Gesamtbetrag entsprechend gekürzt werden (Satz 9). Konkret bedeutet dies: Ergibt der bis zum 31. März 2028 vorzulegende Nachweis für das Jahr 2027 Fehlbesetzungen oder zweckfremde Verwendung, ist die Kürzung zwingend in der darauffolgenden Vereinbarung umzusetzen.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt, da sie eine zweckentsprechenden Mittelverwendung sicherstellt. Es wird die Finanzierung von nicht vorhandenem Personal ausgeschlossen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1 Buchstabe b) – § 3 Absatz 4 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Budgetberichtigung im nächstfolgenden Pflegesatzzeitraum zur Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts entfällt.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wird die Maßnahme ausdrücklich begrüßt. Sie sind notwendig, um die überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zu dämpfen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1 Buchstabe c) – § 3 Absatz 5 Satz 4 und 5 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit einer unterjährigen Erhöhung des Krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts zur Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts entfällt.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wird die Maßnahme ausdrücklich begrüßt. Sie sind notwendig, um die überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zu dämpfen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 2 – § 4 Absatz 1 (Leistungsbezogener Vergleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Praxistauglichkeit des bislang wenig genutzten leistungsbezogenen Vergleichs zu erhöhen, wird dieser um Kostendaten ergänzt. Damit wird dem Transparenzgedanken, der mit dem leistungsbezogenen Vergleich verbunden ist, Rechnung getragen. Regionale oder strukturelle Unterschiede werden so fundiert begründbar, was letztlich zu einer gezielten Budgetanpassung und zur Entlastung der Kostenträger beitragen kann.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Durch die Ergänzung wird die wirtschaftliche Angemessenheit der zu vereinbarenden Budgets verbessert. Da diese Daten bereits für die Budgetvereinbarung vor Ort vorzulegen sind, entsteht für Krankenhäuser kein nennenswerter Mehraufwand. Die Ergänzung macht das Verhältnis zwischen Leistungen und Kosten innerhalb der Vergleichsgruppen transparent. Dies unterstützt die Krankenkassen dabei, leistungsgerechte und wirtschaftlich angemessene Budgets sowie Entgeltwerte zu vereinbaren.

Wie in den Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen, sollten pauschale Entgelterhöhungen durch den Krankenhausvergleich ausgeschlossen werden.

C) Änderungsvorschlag

Bei den Vorgaben zur Budgetermittlung in § 3 Absatz 3 Satz 5 BPfIV ist der Nebensatz „oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde“ zu streichen.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 3 – § 5 Absatz 6 (Vereinbarung von Zu- und Abschlägen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesonderten Zuschläge für die ePA-Befüllung werden gestrichen. Grund hierfür ist die Integration in den klinischen Routinebetrieb: Durch zunehmende technische Automatisierung und die Möglichkeit der Delegation entfällt der spezifische Mehraufwand für Ärzte. Ab 2027 wird die ePA-Dokumentation daher als Bestandteil der Regelleistung betrachtet und nicht mehr separat vergütet.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 4 Buchstabe a) – § 9 Absatz 1 Nummer 5 (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgabe eines gesonderten Veränderungswerts für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser wird aufgehoben. Künftig gilt auch für diese Häuser der allgemeine Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3 KHEntgG. Durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts und den Wegfall der vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegebudget (§ 6a KHEntgG) ist eine Differenzierung zwischen Somatik und Psychiatrie nicht mehr erforderlich. Diese Vereinheitlichung dient zugleich dem Bürokratieabbau.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wird die Maßnahme ausdrücklich begrüßt. Sie sind notwendig, um die überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zu dämpfen.

Es wird auf die entsprechende Stellungnahme inklusive Änderungsvorschläge zu Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und Buchstabe b) (§ 9 Absatz 1b KHEntgG) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 4 Buchstabe b) – § 9 Absatz 2 Satz 2 (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Streichung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschrift zur Vereinbarung des Veränderungswerts in § 9 Absatz 1 Nummer 5.

B) Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zur Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 5 – § 15 Absatz 1 Satz 5 (Laufzeit)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Fehlers.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

§ 23 (Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 92a Absatz 4 (Aufbringung der Mittel für den Innovationsfonds).

B) Stellungnahme

Mit der zukünftig alleinigen Aufbringung der Mittel für den Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erübrigt sich die Regelung des § 23 RSAV.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 2a – Anpassung Bewertung Katarakt-Operationen

A) Neuregelungsbedarf

Die Finanzkommission hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von 150 Mio. Euro bei einer Absenkung der Bewertung der augenärztlichen Operationen bei grauem Star um 30% identifiziert. Der GKV-Spitzenverband stimmt der Kommission in der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Die Kalkulation der Katarakt-OPs ist aufgrund des technischen Fortschritts und der nicht mehr bestehenden Notwendigkeit zur weiteren Ambulantisierung nicht mehr sachgerecht. Aufgrund der zu hohen Vergütung lassen sich starke Fehlentwicklungen beobachten, die negative Auswirkungen auf die Versorgung und die Versorgungsstrukturen haben. Wie die Kommission ausführt, betrifft dies sowohl das Auseinanderdriften der Honorare von konservativ tätigen Augenärzten gegenüber ihren operativ tätigen Kollegen als auch die zunehmende Attraktivität für Finanzinvestoren, was bereits gebietsweise zu monopolartigen Strukturen führt. Diese Fehlentwicklungen führen zu einer starken Mengenausweitung. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist ein gesetzlicher Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Absenkung der Bewertung in diesem Bereich erforderlich. Um zu einer sachgerechten Vergütung zu finden, bedarf es eines konkreten Zielwertes, der im oberen Bereich des von der Kommission gesetzten Rahmens bei 40% liegen sollte.

Die Absenkung der Vergütung hat keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung und führt zu einer Korrektur der historisch bedingten Schieflage in Bezug die Relation verschiedener Leistungsbewertungen und korrigiert Fehlanreize in der Versorgung. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden.

B) Änderungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a werden folgende Sätze angefügt:

„Der Bewertungsausschuss hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit Wirkung zum 1. Januar 2027 dahingehend anzupassen, dass die Bewertungen der intraocularen Eingriffe bei Katarakt sowie die zugehörigen Leistungen für Anästhesie und Narkosemanagement pauschal um 40% abgesenkt werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 2a – Streichung der Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung

A) Neuregelungsbedarf

Die FinanzKommission hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von 800 Mio, Euro im Bereich der Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) identifiziert. Der GKV-Spitzenverband stimmt der Kommission in der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Die PFG ist eine kostenintensive Förderung, welche nicht zu einer besseren Versorgung führt. Als solche sollte sie, gemäß der Reformempfehlung der FinanzKommission gestrichen werden. Hierbei erfolgt keine Kürzung der Leistungen für Versicherte. Negative Auswirkungen auf die Versorgung sind nicht zu erwarten. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden.

C) Änderungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a wird folgender Satz angefügt:

„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung enthalten.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 2a – Streichung gesonderter Hygienezuschläge

A) Neuregelungsbedarf

Die FinanzKommission hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von 120 Mio. Euro durch Streichung der gesonderten Hygienezuschläge identifiziert. Der GKV-Spitzenverband stimmt der Kommission in der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Die Zuschläge wurden ohne gesetzlichen Auftrag vor dem Hintergrund der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes beschlossen.

Die Hygienezuschläge sind nicht sachgerecht, da die Kosten in den Vergütungen der ärztlichen Leistungen enthalten sind. Die übliche Refinanzierung der Praxiskosten inkl. von Hygieneaufwänden basiert auf Daten des Statistischen Bundesamts (Kostenstrukturerhebung). Durch die jährliche Fortschreibung der ärztlichen Vergütung mit dem Orientierungswert auf Basis der Kostenstrukturerhebungen werden Hygieneaufwände automatisch in den Praxiskosten erfasst. Somit ist gewährleistet, dass die Kosten durch die Fortschreibung der ärztlichen Vergütung vollständig und basierend auf tatsächlichen Kostendaten refinanziert werden. Durch die zusätzliche Vergütung über die sogenannten „Hygienezuschläge“ entsteht eine Doppelfinanzierung der Hygienekosten, die zu beenden ist.

Mit der Streichung gehen keine Leistungseinschränkungen für die Versicherten einher und aufgrund der bereits berücksichtigten Gegenfinanzierung der Hygienekosten über die Fortschreibung des OW sind auch keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten zu erwarten. Vor diesem Hintergrund sollten die Hygienezuschläge, gemäß der Reformempfehlung der FinanzKommission gefolgt, gestrichen werden. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden.

B) Änderungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a werden folgende Sätze angefügt:

„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Hygienezuschläge enthalten. Die Hygienezuschläge im Zusammenhang mit ambulanten Operationen sind davon unberührt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 92b – Innovationsfonds

A) Neuregelungsbedarf

Zweitmeinungen nach § 27b SGB V sind für mengenanfällige Eingriffe, d. h. solche, bei denen die Gefahr einer nicht angemessenen Indikationsstellung besteht, vorgesehen. Medizinische Leitlinien, insbesondere evidenzbasierte S3-Leitlinien, können dem entgegenwirken. Sie stellen auch ggf. für zukünftig zu bestimmende Kriterienkataloge zu Eingriffen (wie von der Finanzkommission Gesundheit in ihrer Reformempfehlung Nr. 32 empfohlen) eine wichtige Quelle dar. Es ist davon auszugehen, dass nicht für alle Eingriffe in der Zweitmeinung solche Leitlinien aktuell zur Verfügung stehen, insbesondere nicht in Bezug auf eingriffsspezifische Empfehlungen zur Indikationsstellung. Für diese resultiert somit ein besonderer Bedarf, sodass diese bei Schwerpunktsetzungen in Förderausschreibungen des Innovationsfonds berücksichtigt werden sollen.

B) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 38 wird wie folgt geändert:

In § 92b Absatz 2 (neu) wird nach Satz 4 folgender neuer Satz 5 ergänzt:

„Für Leitlinien, die Empfehlungen zu Eingriffen, für die gemäß § 27b Absatz 2 eine Zweitmeinungsberechtigung besteht, enthalten sollen, ist ein besonderer Bedarf in der Versorgung gegeben und dies ist bei der Schwerpunktsetzung der Förderbekanntmachung zu berücksichtigen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 134 und § 139e – DiGAV: Streichung der Erprobungsregelung

A) Neuregelungsbedarf

Die FinanzKommission Gesundheit hat sich mit ihrem Bericht am 30.03.2026 explizit dafür ausgesprochen, dass die gesetzlichen Krankenkassen ausschließlich digitale Gesundheitsanwendungen mit einem nachgewiesenen Nutzen vergüten.

Dies entspricht den in der GKV bestehenden Geboten des Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit und führt zu einer Gleichbehandlung gegenüber anderen Leistungsbereichen.

Vor diesem Hintergrund wird – den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit folgend – vorgeschlagen, die Erprobungsregelung für DiGA aus dem Gesetz zu streichen.

B) Änderungsvorschlag

In § 139e SGB V wird Absatz 4 gestrichen.

§ 134 wird wie folgt angepasst:

Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Vergütungsbeträge gelten nach dem ersten Jahr nach Aufnahme der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen.“

Absatz 2a wird gestrichen.

In Absatz 5 wird die Abschlagsregelung für DiGA in Erprobung gestrichen.

In der DiGAV wird § 17 gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) und Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Streichung zusätzlicher, nicht kriteriengestützter Fördertatbestände

A) Neuregelungsbedarf

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurden im Vorgriff auf die Einführung der Vorhaltefinanzierung zusätzliche Fördertatbestände für ausgewählte Versorgungsstrukturen eingeführt bzw. verstetigt. Dies betrifft insbesondere die Bereiche

- Pädiatrie,
- Geburtshilfe,
- Stroke Units,
- spezielle Traumatologie,
- Intensivmedizin,
- Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im Krankenhausbereich sowie
- Hochschulkliniken,

sowie darüber hinaus Erhöhungen bestehender Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung und für Krankenhäuser in ländlichen Regionen.

Diese zusätzlichen Fördertöpfe stehen nicht im Einklang mit der Systematik der Vorhaltefinanzierung, deren Ziel es ist, strukturelle Vorhaltekosten systematisch, transparent und kriterienbasiert über Vorhaltebudgets abzubilden. Die parallel eingeführten Fördertatbestände begründen vielmehr neue Nebenhaushalte außerhalb der Vorhaltebudgets und führen damit zu Doppel- und Überfinanzierungen einzelner Leistungsbereiche.

Zudem sind die Fördermittel nicht oder nur unzureichend an transparente, überprüfbare Kriterien oder eine nachweisbare Zweckbindung geknüpft. Ein belastbarer Nachweis für einen zusätzlichen Beitrag zur Sicherung oder Verbesserung der Versorgungsqualität ist daher nicht gegeben. Gleichzeitig entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung dauerhafte Mehrausgaben im hohen dreistelligen Millionenbereich, die der Zielsetzung einer ausgabenneutralen Umsetzung der Krankenhausreform widersprechen.

Vor diesem Hintergrund bestätigt die Reformempfehlung Nr. 36 der FinanzKommission Gesundheit die bereits zuvor vom GKV-Spitzenverband vertretene Position, wonach die zusätzlichen Fördertatbestände systemwidrig, finanzwirksam und nicht sachgerecht begründet sind und daher zu streichen sind.

B) Änderungsvorschlag

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, die im Zuge des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) eingeführten zusätzlichen Fördertatbestände sowie die Erhöhungen bestehender Zuschläge vollständig aufzuheben und die Finanzierung der Vorhaltefunktionen ausschließlich über die systematisch ausgestalteten Vorhaltebudgets sicherzustellen.

Hierzu ist eine Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie des Krankenhausentgeltgesetzes erforderlich:

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

a) § 39 KHG (Förderbeträge für bestimmte Leistungsbereiche) wird vollständig gestrichen.

b) In den §§ 39 ff. KHG werden sämtliche Verweise auf zusätzliche Fördermittel für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie auf Förderungen für Hochschulkliniken gestrichen, soweit diese außerhalb der Vorhaltebudgets gewährt werden.

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

a) § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG (Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung)

Die durch das KHVVG vorgenommene Erhöhung des Zuschlagsbetrags wird gestrichen. Der Zuschlag gilt wieder in der vor Inkrafttreten des KHVVG geltenden Höhe.

b) § 5 Absatz 2a KHEntgG (Zuschlag für Krankenhäuser in ländlichen Regionen)

Die durch das KHVVG vorgenommene Erhöhung des Zuschlagsvolumens wird aufgehoben. Der Zuschlag gilt wieder in der bisherigen, vor der Reform geltenden Ausgestaltung. Darüber hinaus ist die entfallene Qualitätsanforderung einer Teilnahme an der Notfallversorgung mindestens auf dem Niveau der Basisnotfallversorgung wieder als Fördervoraussetzung einzuführen. Der Wegfall dieses Kriteriums hat den Kreis der anspruchsberechtigten Standorte ausgeweitet und führt dazu, dass zusätzliche Beitragsmittel auch an Standorte ohne entsprechende Notfallstrukturen fließen. Dies ist weder qualitätsgerecht noch zielgerichtet.

Folgeänderungen / Klarstellung

In den einschlägigen Vorschriften des KHG und des KHEntgG ist klarzustellen, dass die Finanzierung struktureller Vorhaltekosten ausschließlich über die Vorhaltebudgets gemäß den gesetzlichen Regelungen zur Vorhaltefinanzierung erfolgt und zusätzliche, nicht kriteriengestützte Fördertatbestände außerhalb dieses Systems ausgeschlossen sind.

Über die Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit hinaus spricht sich der GKV-Spitzenverband zudem für die Streichung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG aus. Diese Aufgaben gehen über die in der Regelversorgung vorgesehene Zusammenarbeit der Krankenhäuser hinaus, lassen jedoch keine eindeutige Abgrenzung zu den bestehenden Zentrumsregelungen des G-BA erkennen. Darüber hinaus sieht auch der Referentenentwurf zur Notfallreform die Übertragung überregionaler Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben auf Rettungsleitstellen vor. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist eine zentrale Bündelung landesweiter Koordinierungsaufgaben bei Rettungsleitstellen sachgerecht, um eine effiziente Steuerung von Versorgungsprozessen und Kapazitäten sicherzustellen und Doppelstrukturen zu vermeiden. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben sollte daher ausschließlich bei den Rettungsleitstellen liegen, da sie die zentrale Steuerungsfunktion in der Notfallversorgung innehaben.