



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.06.2026

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

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

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

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

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

I. Zusammenfassung

Beitragssatzstabilisierung ist dringend geboten

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

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

Schiefelage bei Belastungswirkungen und Nachsteuerungsbedarf

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

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

Ausgangslage und Handlungsbedarf zur finanziellen Stabilisierung der GKV-Finzen

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

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

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

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

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

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

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

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

Der Bund muss zur Ausgewogenheit der Reform beitragen

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

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

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

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

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

GKV-Spitzenverband begrüßt Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik

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

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

Krankenkassen sehen sich mit in der Verantwortung

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

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

Priorität für Ausgabensteuerung statt zusätzlicher Belastungen

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

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

Anpassungsnotwendigkeiten bei den Einzelregelungen

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

Beispielhaft sind dabei insbesondere folgende Punkte von Bedeutung:

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

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

Strukturenreformen und Stärkung der Prävention als weitere wichtige Aufgaben

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

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

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

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 2 Absatz 1 (Leistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 3 (Solidarische Finanzierung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 4 Absatz 5 (Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Zugleich ist festzustellen, 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 Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege wurde geregelt, dass sich die sächlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkassen im Jahr 2026 nicht um mehr als 8 Prozent gegenüber dem Jahr 2024 erhöhen dürfen. Das hierdurch gehobene Einsparvolumen der Krankenkassen beträgt 100 Mio. Euro. Zudem gilt, dass die Verwaltungskosten nicht ursächlich für die erhebliche Ausgabendynamik in der Krankenversicherung sind, denn das langfristige Wachstum der Verwaltungskosten liegt deutlich unter der Entwicklung der Leistungsausgaben; zwischen 2014 und 2024 stiegen die Leistungsausgaben der GKV um 61 Prozent, während die Verwaltungskosten um 26 Prozent zunahmen.

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

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 4 kann gestrichen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 6 (Versicherungsfreiheit)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 – § 10 Absatz 6 (Familienversicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 11 Absatz 6 (Leistungsarten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

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 Hautkrebscreenings zu überprüfen.

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – § 27b (Zweitmeinung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

Die hohe Zahl von Eingriffen ist nicht allein durch die Präferenzen der Versicherten erklärbar. Hierfür sind auch andere, von den Leistungserbringenden zu vertretende Ursachen anzunehmen. Es erscheint daher sachgerecht, nicht nur den Versicherten, die eine Zweitmeinung nunmehr bei bestimmten Eingriffen einholen müssen, sondern auch den Leistungserbringenden einen Beitrag zur Verbesserung der Indikationsstellung abzuverlangen. Daher wird ergänzend vorgeschlagen, dass diejenigen, die einen Eingriff empfehlen bzw. die Indikation stellen, dies nach evidenzbasierten und 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.

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 10 wird wie folgt geändert:

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

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

In Absatz 6 wird Satz 1 wie folgt ergänzt:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

Ohne wissenschaftliche Bewertung und 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. Die postulierte Bedeutung dieser Produkte in der Versorgung kann dabei nicht nachvollzogen werden. Selbst in Fachkreisen wird die Verwendung von proteasemodulierenden Wundprodukten wegen unsicherer Evidenz nicht empfohlen, da keine belastbaren Aussagen zum Nutzen oder Schaden dieser Wundaufgaben getroffen werden können. Gleiches gilt auch für antimikrobielle Wundaufgaben mit Silber, Polihexanid, Biguanid oder Octenidin (https://register.awmf.org/assets/guidelines/091-001I_S3_Lokaltherapie-schwerheilender-chronischer-Wunden_2023-11.pdf)

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 12 Buchstabe b) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

Folgeänderung in ApoVWG Artikel 1 Ziffer 11 (Kabinettentwurf):

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 34 (Ausgeschlossene Mittel)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

Die vorgesehene Streichung der Sätze 5 und 6 wird befürwortet. Die Feststellung des G-BA zum Anteil der Prüfungsteilnehmenden aus Deutschland dient der Umsetzung der Ausnahme von den Leitplanken nach § 130b Absatz 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 „aufgrund der arzneimittelrechtlichen Zulassung in einer Kombinationstherapie mit dem bewerteten Arzneimittel für das bewertete Anwendungsgebiet eingesetzt werden können“, bei denen dieser Einsatz nicht ausdrücklich in der Fachinformation als kontraindiziert (Abschnitt 4.3) bezeichnet wird.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 – § 36 (Festbeträge für Hilfsmittel)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

(1) **¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt geeignete Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden können. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll geeignete Hilfsmittel bestimmen, für die, soweit hierdurch eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gefördert und eine angemessene Versorgung gewährleistet werden kann, Festbeträge festgesetzt werden können.** 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) ¹Der 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 **durchschnittlichen Stundenverrechnungssätze oder Gemeinkostenzuschlagssätze einschließlich der zugrunde gelegten Kosten und** Arbeitszeiten verlangen. Der Anspruch nach Satz 4 umfasst auch die Hersteller- und Leistungserbringerabgabepreise je Festbetragsgruppe sowie die auf diese und den Gesamtumsatz der Festbetragsgruppe bezogenen Rabatte. Näheres zu Art und Form der Informationen und Auskünfte nach Satz 3 bis 5 sowie zu deren Übermittlung sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln. Soweit einzelne Berechnungsparameter im Rahmen der Informationen und Auskünfte nach Satz 3 bis 5 nicht gemäß den Vorgaben der Verfahrensordnung nach Absatz 3 übermittelt werden, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Parameter auf der vorliegenden Datengrundlage durch Schätzung festlegen; **Für das Verfahren zur Schätzung gilt Absatz 4 Satz 1 entsprechend; Einzelheiten sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln.**

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

(4) ¹Die 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.** ⁶Die 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 Bundesamtes 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) ¹Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen. ²Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. ³Ein Vorverfahren findet nicht statt. ⁴Eine gesonderte Klage gegen die Gruppeneinteilung nach Absatz 1 oder gegen einzelne Bestandteile der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

„Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die vorgesehene gesetzliche Regelung 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 auf, bei der Arbeitnehmende bei weiterbestehender vollständiger Arbeitsfähigkeit teilweise ihre Tätigkeit aufnehmen. Dies bedarf der weiteren Prüfung und Konkretisierung auch im Hinblick auf Fallkonstellationen, in denen nicht die Krankenkassen, sondern insbesondere die Rentenversicherungsträger für die stufenweise Wiedereingliederung im Sinne des § 44 SGB IX sind. Zudem weisen die jeweiligen Vorschriften nicht die notwendige Rechtsklarheit auf, da sowohl § 44c SGB V zur Teilarbeitsunfähigkeit als auch die Regelungen der §§ 74 SGB V und 44 SGB IX jeweils im Gesetzeswortlaut auf die „teilweise Ausübung der bisherigen Tätigkeiten“ abstellen, ohne dass daraus erkennbar wird, dass bei dem gleichen Wording im Bereich der stufenweisen Wiedereingliederung ein Fortbestehen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit Voraussetzung ist und deshalb trotz Arbeitsleistung keine Entgeltanspruch gegenüber dem Arbeitgeber entsteht.

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 49 (Ruhe des Krankengeldes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 65 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat.

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 – § 61 (Zuzahlungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24 – § 63 (Modellvorhaben)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 – § 73 (Vertragsärztliche Versorgung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27 – § 73b (HZV)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Regelungen werden grundsätzlich in den Vorschlägen der Finanzkommission Gesundheit adressiert und werden seitens der GKV begrüßt. Die Weitergabe von Skaleneffekten an die GKV ist sachgerecht; es ist anzunehmen, dass sich daraus keine Auswirkungen auf die Versorgung ergeben, da sich die 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, wenn diese hierdurch voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingliedert werden können, nachrangig gegenüber einer teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung nach § 44c oder § 44d SGB V für arbeitsunfähige Versicherte möglich ist.

B) Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 17 wird verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 Buchstabe c) – § 87 Absatz 2a (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. Jedoch ist die bloße Streichung der aktuellen gesetzlichen Vorgabe nicht ausreichend. Vielmehr muss im Sinne einer dauerhaften Beitragsstabilität sichergestellt werden, dass auch zukünftig keine Vergütung für die Nutzung der ePA vorgesehen wird. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die beabsichtigte Neuregelung, die Bestandteil der Reformempfehlungen der Finanzkommission Gesundheit ist und spricht sich mit dem Ziel einer schnellstmöglichen Realisierung der durch die Umsetzung avisierten Einsparungen für ein Vorziehen des Inkrafttretens aus.

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

Nach der Nummer 31 Buchstabe d) Doppelbuchstabe bb) wird ein neuer Doppelbuchstabe cc) wie folgt ergänzt:

„cc) Satz 6 wird gestrichen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 Buchstabe e) – § 87 Absatz 2c (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 Gesundheit empfohlene Streichung der gesonderten Vergütung führt nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung der Versicherten. Stattdessen werden Fehlanreize für die Versorgung im Hinblick auf eine ökonomisch motivierte Steuerung von Patientenkontakten beseitigt.

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

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

Satz 6 wird wie folgt neu gefasst:

„Soweit **aufgrund von Änderungen des der**-nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten Behandlungsbedarfs einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 **und § 87d Absatz 1** vergüteten Leistungen **der Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen** für das jeweilige Quartal gegenüber dem diesem Quartal entsprechenden Quartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 **von dem Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen** abweicht, ist der nach Satz 5 zu bestimmende prozentuale Anteil entsprechend anzupassen.“

Satz 9 wird wie folgt neu gefasst:

„Für die Zuschläge nach **Satz den Sätzen 3 und 8** sowie nach Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt Satz 2 nicht.“

Die Sätze 15 bis 19 werden durch folgenden Satz ersetzt:

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

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

Satz 21 wird durch folgenden Satz ersetzt:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche, soweit diese Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung anerkannt wurden

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

Satz 4 wird wie folgt neu gefasst:

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

Die Sätze 11 bis 15 werden durch folgenden Satz ersetzt:

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

Satz 21 wird durch folgenden Satz ersetzt:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

In § 87d Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

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

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

In § 87d Absatz 3 wird Satz 2 durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 31.12.2026 Vorgaben für eine auf der regionalen Euro-Gebührenordnung basierenden Mindestvergütung dieser Leistungen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich umzusetzen sind. Diese Vorgaben werden zudem regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absenkung der Fördersumme und Rückfluss nicht verwendeter Mittel

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

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 Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) wurde die Fördersumme des Innovationsfonds für das Jahr 2026 einmalig von bisher 200 auf 100 Mio. Euro jährlich reduziert und die gesetzlichen Krankenkassen wurden von ihrer Verpflichtung zur hälftigen Finanzierung befreit. Seit Bestehen des Innovationsfonds hat sich durch die Mittelübertragbarkeit in folgende Haushaltsjahre ein Einnahmenüberschuss in Höhe von 297,3 Mio. Euro nicht bewilligter und aus beendeten Projekten zurückgeflossener Mittel angesammelt (siehe Tätigkeitsberichte des Bundesamts für Soziale Sicherung und erster Bericht der Finanzkommission Gesundheit). Dieser Überschuss kann 2027 einmalig an den Gesundheitsfonds zurückfließen. Die jährlichen Rückflüsse an den Gesundheitsfonds werden in der Gesetzesbegründung auf 10 Mio. Euro

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

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

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 das einstufige Verfahren innovative Ideen schneller in die Projektförderung kommen können.

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

Streichungen im Förderbereich Versorgungsforschung

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

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Folgeänderung wird zur Kenntnis genommen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung erscheint sachgerecht und wird begrüßt.

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 44 wird wie folgt gefasst:

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Zu Artikel 1 Nummer 45 kein Änderungsvorschlag.

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46 – § 127 (Verträge)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 – § 130 (Rabatt)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Satz 2 Nummer 8 wird gestrichen.

Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Ab dem 1. Juli 2027 ist die Höhe des Abschlags nach Satz 1 jeweils für die Dauer eines Jahres der Quotient aus

1. dem Differenzbetrag für alle Arzneimittel **im Sinne von Satz 2** aus
 - a) den Ist-Ausgaben der Krankenkassen des vorangegangenen Kalenderjahres und
 - b) den Soll-Ausgaben der Krankenkassen für das vorangegangene Kalenderjahr und
2. dem von den Krankenkassen im vorangegangenen Kalenderjahr geleisteten Umsatz aller zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel im Sinne von Satz 2, berechnet auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer ohne Mehrwertsteuer.“

§ 130a Abs. 1c wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3e wird wie folgt geändert:

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

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

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

§ 130a Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

Die Vorgabe expliziter Regelungen wird vor dem Hintergrund 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 und des Kombinationsabschlags weist der GKV-Spitzenverband jedoch darauf hin, dass der geschätzte Finanzeffekt hinter den Erfordernissen zur Stabilisierung der Arzneimittelausgaben zurückbleibt.

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Der Rabattsatz in Prozent ist die Summe aus

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

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

b) dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels des vorangegangenen Kalenderjahres und

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Die vorgeschlagene Ersetzung der Sätze 2 bis 6 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

„Leitplanken“ und der neuen Preis-Mengen-Regelung“ diene. Zusätzlich ist aufgrund der Ablösungsmöglichkeit in Erstattungsbetragsvereinbarungen nach § 130b Absatz 1 Satz 4 i.V.m. § 130a Absatz 8 Satz 6 auch eine Sonderkündigung aufgrund des vorgesehenen dynamisierten Herstellerabschlages denkbar. Dies ist insbesondere zu beachten vor dem Hintergrund, dass der derzeitige § 130a Absatz 1b SGB V eine zeitweise Erhöhung des Herstellerabschlages vorsah und nunmehr neugefasst wird, so dass Altverträge, die auf den derzeit gültigen § 130a 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.

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Kombinationsabschlag

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

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

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

Stärkung des Wettbewerbs

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Kombinationsabschlag

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

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

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

Stärkung des Wettbewerbs

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51 – § 132 (Versorgung mit Haushaltshilfe)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die 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 Buchstaben a) und b) – § 132a Absatz 4 (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und die Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf maximal die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V und die damit entfallende Verpflichtung zur vollständigen 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. 53 Buchstaben a) und b) – § 132l Absatz 5 (Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und die Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf maximal die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V und die damit entfallende Verpflichtung zur vollständigen 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 SGB V bei Vertragsabschlüssen von Krankenkassen oder ihrer Landesverbände über die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte gilt.

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Begründet wird diese mengenbezogene 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 Gesundheit führte in ihrem Bericht folgerichtig aus, dass die im Jahr 2022 eingeführten Höchstbeträge zu keinem relevanten Effekt geführt haben, weshalb verhandelte Preise von Beginn an gelten sollten. Die verhandelten Preise (durchschnittlich 227 Euro) liegen rund 60 Prozent unterhalb der Herstellerpreise (durchschnittlich 544 Euro).

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

- 1. Schwellenwerte für Vergütungsbeträge, unterhalb derer eine dauerhafte Vergütung ohne Vereinbarung nach Absatz 1 erfolgt, und**
- 2. Höchstbeträge für die vorübergehende Vergütung nach Satz 1 für Gruppen vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen, auch in Abhängigkeit vom Umfang der 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: Informationsschreiben bei Zusatzbeitragssatzerhöhung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 59 – § 217b (Organe)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Folge dieser Änderung ist, dass eine Erhöhung der Vergütung bei einer neuen Amtszeit nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V (nur) des laufenden Kalenderjahres vereinbart werden kann. Demgegenüber kann nach dem geltenden Recht grundsätzlich ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des 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 Buchstabe a) – § 221 Absatz 1 (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 60 Buchstabe a) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze in den Jahren 2029 bis 2033 werden für die in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds in Höhe von insgesamt 5,6 Mrd. Euro abweichende Rückzahlungstermine festgelegt. Nunmehr sollen die Rückzahlungen in den Jahren 2035 bis 2039 erfolgen.

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

Hinsichtlich der untergesetzlichen Ausgestaltung mangelt es bislang an einer Rechtsgrundlage für entsprechende Meldungen der Krankenkassen an Arbeitgeber. Die elektronische Mitgliedschaftsbestätigung, die ein Attribut im bestehenden Meldedialog mit Arbeitgebern darstellt, ist zum Beispiel in § 175 Absatz 3 SGB V geregelt. Denkbar wäre eine ähnliche Regelung in § 242b (neu).

Die Ergänzung in dieser Fachvorschrift würde eine globale Regelung für alle Fachverfahren begründen. Denn auch im Zahlstellen-Meldeverfahren, im KVdR-Meldeverfahren und anderen Fachverfahren werden entsprechende Erweiterungen erforderlich, durch die die beitragsabführenden Stellen über die Beitragszuschlagspflicht in Kenntnis gesetzt werden.

Die konzeptionelle Umsetzung der fachlichen Anforderungen wird zwar innerhalb bestehender Dialogprozesse erfolgen, dessen ungeachtet sind die Aufwände nicht unerheblich. Insoweit wird die Umsetzung zum 01.01.2028 nur mit großer Kraftanstrengung möglich sein. Eine Verfahrenserleichterung könnte – insbesondere für die Arbeitgeber und übrigen beitragsabführenden Stellen – zumindest teilweise generiert werden, wenn der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner nicht untermonatlich einsetzt oder aussetzt. Im Kern würde also der Beitragszuschlag stets für einen vollen (Abrechnungs-)Monat gelten.

Hinsichtlich der mit Absatz 3 intendierten Gleichstellung von Mitgliedern mit mitversicherten Familienangehörigen mit Wohnsitz im Inland mit Mitgliedern, deren mitversicherte Angehörige ihren Wohnsitz im Ausland haben, ist festzustellen, dass nicht hinreichend eindeutig geregelt ist, ob der Beitragszuschlag je familienversicherten Ehegatten/Lebenspartner und ggf. mitversicherten Elternteil zu erheben ist.

Neben Fragen der fachlichen Umsetzung stellt sich auch die Frage nach der finanziellen Wirkung. Die Maßnahme bewirkt entweder Mehreinnahmen durch den Beitragszuschlag von 2,5 % auf die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds oder durch Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung. Frauen in den Altersgruppen von 55 bis 65 Jahren weisen gemäß der amtlichen Statistik KM 6 den höchsten Anteil an beitragsfrei Versicherten auf. Im Falle geringer oder durch Zeitverlauf nicht mehr nachgefragter beruflicher Qualifikation ist hier eine Beschäftigung vor allem im Niedriglohnsektor zu erwarten. Mehreinnahmen für die GKV sind dabei in geringerem Umfang zu erwarten, falls es zur Verdrängung von Minijobs kommt, wenn also die gleiche Arbeit lediglich durch andere Personengruppen erbracht wird. Die vorgesehene Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags nach § 249b SGB V für geringfügige Beschäftigungen von 13 % auf (nach aktuellen Rechengrößen) 17,5 % schafft zusätzlich Anreize, nach Mindestlohn vergütete Arbeit aus dem Bereich Minijob in den Übergangsbereich nach § 20 SGB IV zu verlagern.

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

Die vorgeschlagene Maßnahme zielt insoweit nicht darauf ab, einen aufwachsenden Beitrag zur Stabilisierung des Zusatzbeitragsatzniveaus zu leisten.

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

C) Änderungsvorschlag

In § 242b (neu) sollte die Beitragszuschlagsfreiheit für erwerbsgeminderte Personen an die Bewilligung bzw. den Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung geknüpft werden; alternativ sollten die Träger der Rentenversicherung nach dem Vorbild der Regelung in § 109a Absatz 3 SGB VI dazu verpflichtet werden, auf Ersuchen der Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme zum Vorliegen einer vollen Erwerbsminderung abzugeben.

In § 242b ist nach dem Vorbild in § 175 Absatz 3 Satz 3 eine Regelung vorzuhalten, mit der eine stabile Grundlage hinsichtlich der notwendigen Erweiterungen der unterschiedlichen Fachverfahren sichergestellt wird.

In § 242b Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 angefügt:

„Die Ausnahmen nach Satz 2 wirken von Beginn des Monats an, in dem die jeweiligen Voraussetzungen erfüllt sind, frühestens von Beginn der Mitgliedschaft an; die Wirkung endet mit Ablauf des Monats, in dem die jeweiligen Voraussetzungen entfallen, spätestens mit Beendigung der Mitgliedschaft.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64 – § 249b Satz 1 (Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Anhebung des Arbeitgeberbeitrags für Minijobber ist grundsätzlich geeignet, das Stellenangebot für sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu Lasten von Minijobs zu fördern. Von der Regelung betroffene Arbeitgeber erhalten einen Anreiz, bisherige Minijobs zu einer Beschäftigung mit größerem Stundenumfang und mindestens einem Entgelt im Übergangsbereich nach § 20 SGB IV (aktuell mit regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelten zwischen 603,01 Euro und 2.000,00 Euro) auszuweiten, um somit – bei einem allmählich bis zur Parität ansteigenden Arbeitnehmeranteil am GKV-Beitrag – den Arbeitgeberanteil in seiner relativen Höhe im Verhältnis zum Arbeitsentgelt zu senken.

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

Die durchschnittlich gezahlten Beiträge für gewerbliche Minijobs zeigen, dass in geringfügiger Beschäftigung im Durchschnitt nur in geringem Stundenumfang gearbeitet wird. Zu erklären ist dies damit, dass für Schüler, Studenten, für Minijobber in Nebentätigkeit, für einen Teil von Rentnern sowie Hausfrauen und Hausmännern nur eingeschränkte Möglichkeiten bestehen, größere Stundenumfänge zu realisieren. Dies setzt den Möglichkeiten, durch die gleichen Personengruppen Midijobs (Übergangsbereich nach § 20 SGB IV) mit deutlich erhöhtem Stundenumfang anzunehmen, praktische Grenzen bzw. wird zu Verdrängungseffekten zwischen den Gruppen führen. Mehreinnahmen aus der Anhebung des Arbeitgeberbeitrags würden bei unverändertem Angebot an Minijobs rd. 1,5 Mrd. Euro betragen. Zweifelhaft ist, ob der Ersatz von Minijobs durch mehr als geringfügige Beschäftigung demgegenüber nochmals um 400 Mio. Euro höhere Mehreinnahmen generieren kann. Mehreinnahmen von jährlich 1,9 Mrd. Euro erscheinen insoweit überschätzt.

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die ausschließliche Finanzierung der Fördersumme des Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Zwar tragen die Beitragszahlenden auch in diesem Fall vollständig die gesamten Fördermittel, da es sich bei den Mitteln des Gesundheitsfonds um frühere Beitragszahlungen handelt. Die Krankenkassen werden zudem in jedem Jahr, in dem eine 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.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

hohe bürokratische Aufwand würde entfallen und eine jahresbezogene Statistik könnte die gewünschte Transparenz zum Prüfgeschehen ausreichend gewährleisten.

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

Die geltende gesetzliche Regelung in § 275c Absatz 3 SGB V kann bei der im Gesetzentwurf beabsichtigten Ausgestaltung der Prüfquotenklassen nicht unverändert beibehalten werden. Ohne eine entsprechende Folgeregelung würde die nicht passfähige Altregelung weiter gelten. Bei Aufrechterhaltung der Prüfquotensystematik ist zudem die Streichung der Aufwandspauschale nach § 275c Absatz 1 Satz 2 angezeigt, da die intendierte Begrenzung der MD-Prüfungen weiterhin durch die Prüfquoten erfolgt. Die Aufschlagsregelung gemäß § 275c Absatz 3 wäre auch im Fall der durch die FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagenen Streichung der Prüfquotensystematik anzupassen.

Einen weiteren wichtigen Punkt sieht der GKV-Spitzenverband in der Einbeziehung der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang bei Krankenhausbehandlungen. Dass hierzu bislang eine Regelung fehlt, betrachtet der GKV-Spitzenverband mit Sorge. Die finanzielle Lenkungswirkung der Abrechnungsprüfungen, die durch das Prüfquotensystem bereits nahezu halbiert wurde (vergleiche Abschnitt 6.6.5 des Berichts der FinanzKommission Gesundheit), würde trotz der vorgesehenen Erhöhung der Prüfquoten geschwächt.

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

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

Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass eine Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem Prüfumfang die GKV mit über 630 Mio. Euro jährlich belasten würde, mit einem potenziellen Anstieg auf über 700 Mio. Euro bis zum Jahr 2030. Eine gesetzgeberische Lösung ließe sich unkompliziert umsetzen. Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, § 275c Absatz 6 Nummer 3 zu streichen und gesetzlich klarzustellen, dass die daraus resultierenden Mehr- und Mindererlöse der Abrechnung zugrunde gelegt werden dürfen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung des § 275c Absatz 2 und 4 (Modalitäten des quotenbasierten Verfahrens).

Anpassung des § 275c Absatz 3 in Abhängigkeit von der gesetzlichen Änderung hinsichtlich der Quotierung von MD-Prüfungen.

Zusätzliche Streichung von § 275c Absatz 6 Nummer 3 und Klarstellung, dass daraus resultierende Mehr- und Mindererlöse der Abrechnung zugrunde gelegt werden dürfen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68 – § 295 (Übermittlungspflichten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Bei der vorgesehenen gesetzlichen Regelung handelt es sich um eine sachgerechte Folgeänderung im Zusammenhang mit der in Artikel 1 Nummer 17 vorgesehenen Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit.

Hierbei ist zu beachten, dass die Umstellung von digitalen Verfahren eine regelmäßige Vorlaufzeit von mindestens neun Monaten ab der Fertigstellung der Ausgestaltung der Datensätze benötigt. Da der Umfang der zu übermittelnden Daten von den Festlegungen zur Feststellung und Ausgestaltung der Teilarbeitsunfähigkeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss abhängig ist, ist eine Umsetzung frühestens ab dem 01.01.2028 möglich (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 17).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Neuregelungen werden die gesonderte verpflichtende Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte sowie die gesetzliche Vorgabe, dass für den vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und für den Krankenhausbereich eine gesonderte Vergütung für die Befüllung der ePA vorzusehen ist, gestrichen. Zudem werden die zusätzliche Vergütung für Apotheken zur Unterstützung der Versicherten bei der Befüllung der ePA und der Auftrag, das Nähere zu den Abrechnungsvoraussetzungen und -verfahren zu vereinbaren, ebenfalls gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelungen werden begrüßt. Nach der Umstellung auf die sog. Opt-Out-ePA sind finanzielle Anreize für Leistungserbringende für die Unterstützung der Versicherten bei der Erstbefüllung der ePA überflüssig. Zudem ist die „ePA für alle“ bereits im Versorgungsalltag angekommen, sodass auch aus diesem Grund keine finanziellen Anreize für die Erstbefüllung mehr erforderlich sind.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 70 (§ 410) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 70 – § 411 -neu- (Vergütungsregelungen für Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

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

1. Eingriff in Selbstverwaltungsrechte

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

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

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

2. Wettbewerbsnachteil bei der Auswahl von Führungskräften

Mit den beabsichtigten Regelungen ergibt sich gegenüber anderen Branchen und Unternehmen bzw. Organisationen im Gesundheitswesen, die keinen derartigen gesetzlichen Vorgaben unterliegen und damit frei über die Höhe der Vergütung ihres Führungspersonals entscheiden können, ein erheblicher Wettbewerbsnachteil. Die Möglichkeit, geeignetes Führungspersonal zu finden, darf nicht überstrapaziert und durch zu starre gesetzliche Vorgaben eingeengt werden.

3. Vertrauensschutz

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

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

Dieser Regelung liegt die Vorstellung zugrunde, Überprüfungs- und Nachverhandlungsklauseln seien rechtlich irrelevant. Dies ist jedoch nicht zutreffend. Überprüfungsklauseln, die keine bestimmte Erhöhung vorsehen, begründen zwar keinen Anspruch auf eine 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 70 (§ 411) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 71 – § 429 (Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 71 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 71 – § 430 -neu- (Evaluierung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der neuen Vorschrift wird das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, spätestens bis zum 31. Dezember 2030 die mit dem Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes getroffenen Maßnahmen daraufhin zu evaluieren, ob sie sich als geeignet und ausreichend erwiesen haben, das Ziel stabiler Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Beibehaltung eines Niveaus der gesundheitlichen Versorgung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§12 Absatz 1 Satz 1) zu erreichen. Das Ministerium kann die Durchführung der Evaluation ganz oder in Teilen auf einen Dritten übertragen.

B) Stellungnahme

Die Beauftragung des Bundesministeriums für Gesundheit mit der Evaluation der Wirkungen der Maßnahmen des beschlossenen Beitragssatzstabilisierungsgesetzes auf die Entwicklung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung wird ausdrücklich begrüßt. Der Auftrag sollte insoweit spezifiziert werden, dass die einzelnen Maßnahmen des Gesetzes differenziert nach ihren Finanzwirkungen auf die Einnahmen- und die Ausgabenentwicklung evaluiert werden und die Ergebnisse der durchgeführten Evaluation bis zum 31. Dezember 2030 dem Deutschen Bundestag vorzulegen sind.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 71 wird der neue § 430 wie folgt gefasst (Änderungen in Fettdruck):

„Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert ~~spätestens bis zum 31. Dezember 2030~~ die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom ... [einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieses Gesetzes] getroffenen Maßnahmen daraufhin, ob sie sich als geeignet und ausreichend erwiesen haben, das Ziel stabiler Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Beibehaltung eines Niveaus der gesundheitlichen Versorgung nach § 12 Absatz 1 Satz 1 zu erreichen, **und legt die Ergebnisse der Evaluation dem Deutschen Bundestag spätestens bis zum 31. Dezember 2030 vor. Bei der Evaluation der einzelnen Maßnahmen ist zwischen den Finanzwirkungen auf der Einnahmen- und der Ausgabenseite zu differenzieren.** Es kann die Durchführung der Evaluation ganz oder in Teilen auf einen Dritten übertragen.“

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung von § 35a Abs. 6a SGB IV entspricht in den Sätzen 1 bis 3 sowie 10 und 11 dem bisherigen Recht. Die neuen Sätze 4 bis 9 sehen weitergehende Regelungen für die Vereinbarung von Vorstandsvergütungen der Krankenkassen vor. Insbesondere sollen Vergütungsanpassungen während einer Amtsperiode ausgeschlossen sein (Satz 5). Eine Erhöhung der Vergütung zu Beginn der Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes soll ausschließlich durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung möglich sein, wobei die Erhöhung auf die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V, die für das Kalenderjahr gilt, in dem der Vertrag neu abgeschlossen wird, beschränkt wird (Satz 6). Zudem soll der Aufsichtsbehörde zu Beginn einer neuen Amtszeit die Möglichkeit eingeräumt werden, eine niedrigere Vergütung anzuordnen (Satz 9). Nach den Sätzen 7 und 8 sollen die Neuregelungen auch für bereits bestehende Vorstandsdienstverträge gelten, es sei denn die Verträge sehen einen Anspruch auf eine konkrete Erhöhung vor.

B) Stellungnahme

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

1. Eingriff in Selbstverwaltungsrechte

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

Mit der nun vorgesehenen Änderung erfolgt ein weiterer massiver Eingriff in den Aufgabenbereich der sozialen Selbstverwaltung. Der Ermessensrahmen des Verwaltungsrates bei der Vereinbarung der Vergütung der Vorstände werden mit dem Ausschluss von Vergütungsanpassungen während einer Amtsperiode und der Begrenzung von Vergütungserhöhungen bei Beginn einer neuen Amtszeit nahezu auf null reduziert. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass bei Beginn einer neuen Amtszeit eine Vergütungssteigerung nur nach Maßgabe der durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V, die für das Kalenderjahr gilt, in dem der Vertrag neu abgeschlossen wird, zulässig sein soll.

Zudem soll die Aufsicht – unabhängig von den Erwägungen des Verwaltungsrates hinsichtlich der Vereinbarung der Vergütungshöhe – eine niedrigere Vergütung anordnen können. Das ist eine in das

Ermessen der Aufsichtsbehörde gestellte staatliche Vergütungsfestsetzung. Es fehlen jegliche Maßstäbe dafür, was die Voraussetzungen für eine Vergütungssenkung sein können, die dann die Ermessensentscheidung der Aufsichtsbehörde auslösen können. Eine derart weite Befugnis einer Aufsichtsbehörde ist sehr bedenklich. Sie ist auch nicht erforderlich. Die Aufsichtsbehörde kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens ihre Vorstellungen vorbringen und gegebenenfalls die Zustimmung versagen. Diese Entscheidung ist dann gerichtlich überprüfbar.

2. Wettbewerbsnachteil bei der Auswahl des Vorstandspersonals

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

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

3. Fehlende Erforderlichkeit, keine Empfehlung der FinanzKommission Gesundheit

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nummer 2 wird gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung entfällt die Vergütung für die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA).

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung zur Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

Die Regelungen des zweiten Absatzes zum Pflegebudget sind letztmalig für den Vereinbarungszeitraum 2026 anzuwenden.

Zu Buchstabe b)

Ausgehend von dem für das Jahr 2026 krankenhausesindividuell vereinbarten Pflegebudgets ist für die Jahre ab 2027 Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets das für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Pflegebudget. Dabei ist als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 das für das Jahr 2026 vereinbarte Pflegebudget um den darin enthaltenen Betrag für pflegeentlastende Maßnahmen, deren gesonderte Finanzierung ab dem Jahr 2027 entfällt, abzusenken. Wie beim Landesbasisfallwert, dem Gesamtbetrag von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und der Erlössumme von besonderen Einrichtungen wird zukünftig auch der Anstieg des Pflegebudgets grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt.

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

Zudem werden die bislang geltenden Regelungen für den Ausgleich zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten geändert. In Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip erfolgt bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten kein Ausgleich dieser Mehrkosten mehr. Unterschreiten die tatsächlichen Pflegepersonalkosten dagegen die vereinbarten Pflegepersonalkosten werden diese Minderkosten vollständig ausgeglichen. Auf die bisher vorgesehene Berichtigung des Pflegebudgets für das Vereinbarungsjahr wird dabei verzichtet. Hierdurch erlangt die Vereinbarung der Vertragsparteien wieder stärkere Bedeutung. Die Möglichkeit, Kosten für pflegeentlastende Maßnahmen zusätzlich zu den Pflegepersonalkosten im Pflegebudget zu berücksichtigen, besteht zukünftig nicht mehr. Hierdurch wird insofern eine Doppelvergütung abgeschafft, als die Kosten für pflegeentlastende Maßnahmen auch zukünftig bei der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt werden.

B) Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

In den Verhandlungen auf Ortsebene ist aktuell strittig, ob sich die im Zuge des KHAG erfolgte Klarstellung zu Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen (insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten), auch für den Vereinbarungszeitraum 2025 sowie 2026 anzuwenden ist. Die aktuelle Wirksamkeit sowie die Fortführung zur gesetzlichen Abgrenzung der Finanzierung von pflegefernen Tätigkeiten ist zwingend erforderlich und sachgemäß. Dies betrifft

folglich unserer Ansicht nach, bestätigt durch einen kürzlichen Schiedsspruch, auch die, noch offenen Budgetverhandlungen, in denen die Abgrenzung gemäß Absatz 2 Satz 12 seit Inkrafttreten berücksichtigt werden muss. Dies gilt auch für noch offene Budgetverhandlungen aus dem Jahr 2025.

Zu Buchstabe b)

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

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

Die grundsätzliche Abkehr von der unbegrenzten Selbstkostendeckung in diesem Bereich ist notwendig, um sich dem Ziel einer einnahmeorientierten Ausgabenorientierung zu nähern. Die im Gesetzentwurf formulierte Maßnahme entspricht aber nicht dem von der Finanzkommission Gesundheit eingebrachten Vorschlag. Die Finanzkommission Gesundheit stellt in ihrem Bericht Ende März 2026 fest, dass die Integration der Pflegepersonalkosten in das DRG-System der richtige Weg ist, um die Ausgaben im Pflegebereich zu begrenzen und gleichzeitig den Leistungsbezug zu stärken; dabei sollen die vorgesehenen Mittel für Pflegekosten an einen verbindlichen Verwendungsnachweis geknüpft werden.

Der Gesetzentwurf greift diesen Ansatz jedoch nicht auf, sondern sieht stattdessen die Beibehaltung des Pflegebudgets vor, wobei im Jahr 2026 letztmalig die Budgetermittlung nach der bisherigen Systematik erfolgt und diese als Grundlage für die Folgejahre dient. Künftig sollen Steigerungen durch den Veränderungswert begrenzt werden, wobei Ausnahmen durch die zusätzliche Berücksichtigung der anteiligen Tarifierhöhungsrates sowie zur Einhaltung von Personalvorgaben vorgesehen sind. Das Vereinbarungsjahr 2026 soll künftig die Basis sein für die in den Folgejahren um den Veränderungswert (plus Ausnahmen) greifenden Pflegebudgets. Aus diesem Grund stocken die Verhandlungen vor Ort. Um Streitigkeiten über die Ausgangsbasis zu vermeiden, sollte statt der Vereinbarung 2026 als Aufsatzpunkt auf die bereits vereinbarten Pflegebudgets 2025 aufgebaut werden, welche um den Wert 3,99 Prozent zu erhöhen sind, der aktuell im Rahmen der Tarifrates für den Pflegebereich in 2026 vereinbart wurde. Diese Ausgestaltung wird zudem kritisch bewertet, da sie weder eine effektive Deckelung der Kostensteigerung gewährleistet noch den administrativen Aufwand reduziert, denn aufgrund der vorgesehenen Ausnahmeregelungen werden die Ausgaben faktisch nicht auf den Veränderungswert begrenzt.

Darüber hinaus fehlt es der Beibehaltung der Pflegebudget-Regelung an einem klaren Leistungsbezug, sodass sie vor dem Hintergrund der laufenden Strukturreform als nicht zukunftsfähig gilt, da sie den Status quo der Personalausstattung insbesondere bei künftig wegfallenden Leistungen faktisch fortschreibt; im Zuge von Umstrukturierungen und Leistungskonzentrationen durch die Einführung von Leistungsgruppen wird jedoch eine flexible Ausrichtung des Pflegepersonals am tatsächlichen Leistungsgeschehen erforderlich. Anders als bisher sollte es bei Leistungsverlagerungen zwischen

Krankenhäusern (unter anderem durch Verschiebungen von Leistungsgruppen) auch zu Anreizwirkungen einer parallelen leistungsgerechten Verschiebung der Pflegevergütung kommen.

Umsetzung eines „Leistungsbezogenen Pflegebudgets“ ab 2027:

Als Konsequenz sind die bisherigen Pflegebudgets zu einem „Leistungsbezogenen Pflegebudget“ weiterzuentwickeln. Die Eigenständigkeit der Pflegebudgets soll dabei auch nach der Reintegration der Pflegepersonalkosten in das DRG-System fortbestehen. Die Pflegebewertungsrelationen sollten im DRG-Katalog als abgrenzbarer Teil der Fallpauschale erhalten bleiben, sodass weiterhin ein Anteil der pauschalen Vergütung als leistungsbezogenes Pflegebudget identifizierbar ist, welches sich je nach Leistungsmengenvereinbarung auf Basis der Pflegeerlösbewertungsrelationen, der Anzahl der Tage sowie der mittleren Kosten (gemäß der InEK-Bezugsgröße Pflege) ableiten lässt. Damit würde für Krankenhäuser implizit eine leistungsbezogene Grenze der für die Pflegepersonalkosten zur Verfügung stehenden Finanzmittel vorgegeben. Ergänzend ist ein verbindlicher Verwendungsnachweis erforderlich, der sich an dem bereits etablierten Wirtschaftsprüfertestat zum Pflegebudget orientiert und so einen übermäßigen und unkontrollierten Personalabbau verhindert. Gleichzeitig würden so die komplexen Budgetverhandlungen zum Pflegebudget entfallen, da das leistungsbezogene Pflegebudget direkt aus der Leistungsmengenvereinbarung abgeleitet wird und im Rahmen der Budgetverhandlungen lediglich ein Abgleich zwischen diesem Budget und den Wirtschaftsprüfertestaten erfolgt, wobei Minderausgaben an die GKV zurückzuerstatten sind, während Mehrausgaben nicht zusätzlich erstattet werden.

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

C) Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

In Artikel 3 Nummer 3 wird Buchstabe a) wie folgt gefasst (Änderungen in Fettdruck):

a) Nach Absatz 2 Satz 12 wird der folgende Satz angefügt:

„Die Sätze 1 bis 5, 9 und 10 sind letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für **das Jahr die Jahre 2025 und** 2026 anzuwenden.“

Zu Buchstabe b)

Umsetzung eines „Leistungsbezogenen Pflegebudgets“ ab 2027:

§ 17b Absatz 4 KHG ist wie folgt zu formulieren:

„(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln; ab dem Jahr 2027 haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage eines angepassten Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen nach den Vorgaben des Absatzes 4a in das Vergütungssystem zu integrieren und die Pflegepersonalkostenvergütung separat auszuweisen. Hierfür haben sie insbesondere erstmals bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren und dabei auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal festzulegen, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist. Die Krankenhäuser haben die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach Satz 1 erster Halbsatz und Satz 2 für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden; für die Vereinbarungen ab dem Jahr 2025 haben die Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2023 die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach Absatz 4a für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen anzuwenden. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem erstmals für das Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Zusatzentgelte um die pflegerelevanten Kosten zu vermindern sowie auf dieser Grundlage die Fallpauschalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Sie haben die nach Satz 1 separat auszuweisenden Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag darzustellen und den Katalog jährlich weiterzuentwickeln; nach Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigende Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen sind bei der Weiterentwicklung der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen in diesem Katalog zu berücksichtigen. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2027 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Vereinbarung und Abzahlung des leistungsbezogenen Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden. Für die separate Ausweisung der Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und die Weiterentwicklung des Katalogs nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend.“

§ 6a KHEntgG ist wie folgt zu formulieren:

„§ 6a Vereinbarung eines leistungsbezogenen Pflegebudgets

- (1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein leistungsbezogenes Pflegebudget; dies gilt nicht für die in § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Das Pflegebudget umfasst nicht
 3. die Entgelte, die im Erlösbudget nach § 4 oder in der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 berücksichtigt werden,
 4. die Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4,

5. die Entgelte nach § 6 Absatz 2 und
 6. die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.
Das leistungsbezogene Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach Satz 1 zu verwenden. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.
- (2) Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des leistungsbezogenen Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus vereinbarten Pflegeerlösbewertungsrelationen, die unter Berücksichtigung der leistungsspezifischen Belegungstage mit den vom InEK ausgewiesenen durchschnittlichen Kosten (Bezugsgröße Pflege) gewichtet werden. Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten leistungsbezogenen Pflegebudgets ab, sind Mehrkosten nicht und Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem ein Ausgleich für das Vereinbarungsjahr vorgesehen wird. Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unabhängig von der Vereinbarung oder Festsetzung eines Pflegebudgets nach Absatz 1 Satz 1 jährlich jeweils bis zum 1. Juni eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers für das vorangegangene Kalenderjahr vorzulegen über
1. die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte insgesamt, gegliedert nach Berufsbezeichnungen,
 2. die Pflegepersonalkosten insgesamt,
 3. die Überprüfung der nach den Vorgaben der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 oder Absatz 4a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1, sofern diese vorliegt, im Pflegebudget
 - a) zu berücksichtigenden jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, und
 - b) zu berücksichtigenden Pflegepersonalkosten,
 4. die Überprüfung einer Aufstellung der Summe der Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a.
 5. Für die Dokumentation nach Satz 3 und die nach Satz 4 vorzulegende Bestätigung sind die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 zu beachten. Die Krankenkassen, die Vertragsparteien nach § 11 sind, übermitteln dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich nach der Vereinbarung des Pflegebudgets die Dokumentation nach Satz 3 elektronisch; das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die in den Sätzen 3 und 4 Nummer 1 bis 3 und 5 genannten Angaben krankenhausesbezogen barrierefrei auf seiner Internetseite. Die näheren Einzelheiten zur Übermittlung der Angaben

nach Satz 6 und zu Maßnahmen im Falle der nicht oder nicht unverzüglich erfolgenden Übermittlung sowie einer nicht erfolgten, nicht vollständigen oder nicht fristgerechten Vorlage der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nach Satz 4 und der gesonderten Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nach Satz 8 legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest.

- (3) Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über einen Pflegeentgeltwert, der der vom InEK veröffentlichten Bezugsgröße für die Kalkulation der Pflegeerlösbewertungsrelationen entspricht. Der für das jeweilige Jahr geltende Pflegeentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a für voll- und teilstationäre Belegungstage zugrunde zu legen.
- (4) Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a von dem vereinbarten leistungsbezogenen Pflegebudget ab, so werden Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen. § 4 Absatz 3 Satz 8 und 10 ist entsprechend anzuwenden. Der ermittelte Ausgleichsbetrag ist über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum abzuwickeln.“

Zudem Anpassung im Rahmen der Vereinbarungen auf der Ebene der Selbstverwaltung: § 17b Absatz 2 KHG (unter anderem DRG-Kataloge ab 2027)

Hilfsweise:

§ 6a Absatz 2a Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 ist das für das Jahr 2026 **2025** vereinbarte Pflegebudget abzüglich des für die in Absatz 2 Satz 10 genannten Maßnahmen zur Entlastung von Pflegepersonal vereinbarten Betrags; **der sich ergebende Betrag wird um 3,99 Prozent als Kostensteigerung für das Jahr 2026 erhöht.**“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird, wie für andere Beschäftigte im Krankenhaus, auch für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auf eine anteilige Finanzierung in Höhe von 50 Prozent reduziert. Die unterjährige Anhebung des krankenhausespezifischen Pflegeentgeltwerts erfolgt daher nicht mehr in Höhe der Tarifsteigerung im Pflegebereich, sondern in Höhe von 50 Prozent der Erhöhungsrates. Die Anwendung der anteiligen Erhöhungsrates ist hier nicht angezeigt, weil mit dem krankenhausespezifischen Pflegeentgeltwert, anders als zum Beispiel mit dem Landesbasisfallwert oder dem Gesamtbetrag eines psychiatrischen Krankenhauses, lediglich Personalkosten und keine Sachkosten finanziert werden. Der krankenhausespezifische Pflegeentgeltwert ist neben der Erhöhung um 50 Prozent der Erhöhungsrates zudem zu erhöhen, damit die vereinbarte Tarifsteigerung noch im zur Verfügung stehenden restlichen Kalenderjahr refinanziert wird.

B) Stellungnahme

Die zusätzliche Finanzierung einer Tarifrates wird abgelehnt. Eine Streichung ist notwendig, um die Ausgabensteigerungen adäquat zu begrenzen. Vergleiche hierzu die Ausführungen zu Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb).

C) Änderungsvorschlag

Streichung des § 6a Absatz 4 Satz 5 und 6.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) – § 6c Absatz 2 Satz 4 (Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 6c Absatz 2 Satz 6 (Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4 Buchstabe b) – § 6c Absatz 3 Satz 4 (Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Zugleich handelt es sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit den Anpassungen des Pflegebudgets. Die Selbstkostendeckung bei der Finanzierung der Pflegepersonalkosten wird auch bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen aufgehoben, sodass der Anstieg des Gesamtvolumens nicht mehr über den Veränderungswert hinaus zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten verwendet werden darf.

B) Stellungnahme

Die Begrenzung des Gesamtvolumens wird grundsätzlich begrüßt. Es ist jedoch klarzustellen, dass zusätzliche Leistungen, die zu einer Überschreitung des Gesamtvolumens führen, nur mit ihrem variablen Kostenanteil berücksichtigt werden. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Begrenzung auf den Veränderungswert über eine Steigerung der Leistungsmenge umgangen wird.

Bezüglich der Tarifraten wird auf die Stellungnahme zu § 9 Absatz 1b unter Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) verwiesen; zum Veränderungswert auf die Stellungnahme zu § 9 Absatz 1b KHEntgG unter Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe b).

C) Änderungsvorschlag

In § 6c Absatz 3 wird nach Satz 4 folgender Satz 5 eingefügt:

„Zusätzliche Leistungen, die zu einer Überschreitung des Gesamtvolumens führen, sind bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens nur mit ihrem variablen Kostenanteil zu berücksichtigen.“

Im Übrigen wird auf die entsprechenden Änderungsvorschläge zu § 9 Absatz 1b unter Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und Buchstabe b) verwiesen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Ergänzung in Folge der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen ist grundsätzlich sachgerecht und notwendig, bedarf aber einer kleineren Anpassung. Kurzzeitfallpauschalen sollen als neues Vergütungsinstrument für noch nicht vollständig 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 stationärer ersetzender Behandlungen zu. Um Doppelvergütung und damit Ausgabensteigerungen für die GKV zu verhindern, ist eine Klarstellung wichtig, dass die Berechnung von Kurzzeitfallpauschalen ausgeschlossen ist, wenn die Leistung im AOP-Katalog enthalten und nach § 115b SGB V abrechenbar ist. Derselbe Ausschluss sollte für Fälle gelten, die nach § 115f SGB V abgerechnet werden können.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 3 Nummer 5 wird § 8 Absatz 5a (neu) wie folgt geändert (Änderung in Fettdruck):

„(5a) Die Berechnung der Kurzzeitpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch **oder in dem Katalog nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** enthalten ist **und der Behandlungsfall nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 115f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Abrechnung gebracht werden kann**. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung des § 9 Absatz 1 Nummer 3 werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, die bestehenden Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a einschließlich der Regelungen über Zu- und Abschläge zu überprüfen. Bis spätestens zum 30.06.2027 ist insbesondere zu prüfen, inwieweit eine Erweiterung der bestehenden Regelungen zur Fallzusammenführung wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist. Die Gesetzesbegründung stellt klar, dass hierbei sowohl Effizienzpotenziale – unter anderem auf Grundlage der Reformempfehlung Nummer 30 der Finanzkommission Gesundheit – als auch der bürokratische Aufwand und die Sicherstellung der stationären Versorgungsqualität zu berücksichtigen sind. Auf dieser Grundlage können die Vertragsparteien eine Anpassung der einschlägigen Regelungen der Fallpauschalenvereinbarung mit Wirkung ab dem Jahr 2028 vornehmen. Die Regelung ist gemäß § 9 Absatz 2 schiedsstellenfähig (Termin: 31.10.2027)

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Nummer 3 wird wie folgt geändert:

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

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien vereinbaren auch künftig eine Erhöhungsrate für Tarifierhöhungen und eine anteilige Erhöhungsrate. Ab dem Jahr 2026 werden bei der Berechnung 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrater berücksichtigt.

Zudem wird in Folge der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip zukünftig das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in die anteilige Tarifierfinanzierung einbezogen, die auch für die übrigen Beschäftigten im Krankenhaus gilt. Die Vereinbarung der Erhöhungsrate für Tarifierhöhungen und der anteiligen Erhöhungsrate kann daher zukünftig ohne die bisherigen Vorgaben bezüglich einer gesonderten Berücksichtigung des Pflegepersonals erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Regelung der zusätzlichen Tarifierfinanzierung im Krankenhausbereich, auch wenn sie nun häufig angelegt ist, wird seitens des GKV-Spitzenverbandes abgelehnt. Bereits ab dem Jahr 2026 ist die Regelung wie von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen komplett zu streichen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist eine grundlegende Neuordnung der Tarifierfinanzierung zwingend erforderlich, um erhebliche systemische Fehlsteuerungen und gravierende Belastungen der Beitragszahlenden zu beseitigen. Der Bericht der Finanzkommission Gesundheit vom 30.03.2026 hat die aktuellen Defizite der bestehenden Finanzierungssystematik beschrieben. Das Hauptproblem liegt in einer strukturellen Doppelfinanzierung zulasten der GKV. Nach der aktuellen Rechtslage werden Tarifsteigerungen im Krankenhausbereich mehrfach und zeitversetzt im System berücksichtigt:

- Der Orientierungswert (bzw. der Teilorientierungswert für Personalkosten) misst die allgemeine Entwicklung der Personalkosten im Krankenhaussektor. Er fließt regulär in den Veränderungswert ein, der wiederum die Obergrenze für die Entwicklung der Landesbasisfallwerte bildet. Tarifsteigerungen erhöhen somit zeitversetzt die allgemeine Vergütungsbasis (die Fallpauschalen).
- Durch die Regelung der Tarifrater kommt es aufgrund eines falschen Bezugspunktes zu einer Doppelfinanzierung. Folgendes zur Erläuterung: Mit der Tarifrater sollen Tarifsteigerungen, die oberhalb der bereits berücksichtigten Personalkostensteigerungen liegen, refinanziert werden. Als Bezugspunkt zur Berechnung der Tarifrater wird bislang der Veränderungswert, der nun im Jahr 2026 dem Orientierungswert in Höhe von 2,98 Prozent entspricht, angesetzt. In diesem Orientierungswert in Höhe von 2,98 Prozent werden aber neben Sachkostensteigerungen (1,78 Prozent) bereits Personalkostensteigerungen in Höhe von 4,07 Prozent berücksichtigt. Diese dem Orientierungswert zu Grunde liegenden Werte wurden vom Statistischen Bundesamt mit dem Orientierungswert am 30.09.2025 veröffentlicht. Die bereits im Orientierungswert enthaltenen Personalkostensteigerungen von 4,07 Prozent werden bei der Ermittlung der Tarifrater nicht angerechnet. Somit werden die Personalkostensteigerungen zwischen dem neuen Veränderungswert (2,98 Prozent) und dem Teilorientierungswert Personalkosten (4,07 Prozent) doppelt finanziert.

- Die anteilige Tariferhöhungsrate wirkt zudem in der Basis und erhöht die Landesbasisfallwerte dauerhaft auch für die Zukunft. Da die Tarifsteigerungen über den Orientierungswert ohnehin zeitversetzt in die Landesbasisfallwerte einfließen, führt eine basiswirksame Tarifraten dazu, dass die GKV dieselbe Tarifsteigerung zweimal bezahlt.

Zudem hat die Regelung weitreichende Folgen für die zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern stattfindenden Tarifverhandlungen. Die Arbeitgeber verlieren durch die Möglichkeit der vollständigen Weiterreichung der Kostensteigerungen das Interesse, angemessene Tarifabschlüsse zu vereinbaren. Hohe Tarifsteigerungen und damit hohe Kostensteigerungen sind die Folge. Die Erfahrungen aus dem Pflegebudget zeigen, dass hohe jährliche Steigerungsraten im Personalkostenbereich zu erwarten sind, wenn die Kosten 1:1 refinanziert werden. Die komplette Streichung der zusätzlichen Tarifrefinanzierung wurde richtigerweise auch von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen. Nur so können die außergewöhnlich hohen Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich effektiv begrenzt werden.

Hilfsweise: Neuordnung der Tarifrefinanzierung im KHEntgG

Falls keine komplette Streichung der Tarifraten umgesetzt wird, sollten hilfsweise folgende Anpassungen erfolgen:

Grundsätzlich werden die im Orientierungswert vom statistischen Bundesamt gemessenen Personalkostensteigerungen als die ausschlaggebende Größe für die Tarifrefinanzierung herangezogen. Somit sind die Tarifsteigerungen in der Regel bereits über den Landesbasisfallwert abgedeckt. Da diese Berücksichtigung in den Landesbasisfallwerten etwas zeitversetzt ist, sollte bei hohen Tarifsteigerungen zudem ein zeitlich auf ein Jahr befristeter Zuschlag ermittelt werden können.

- Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren hierzu bei Bedarf einen befristeten bundesweit geltenden hälftigen Tarifrefinanzierungszuschlag. Die Höhe dieses Zuschlags bemisst sich an der hälftigen Differenz zwischen der durchschnittlichen Tarifwirkung der Tarifabschlüsse für das Krankenhauspersonal und des für das Jahr angesetzten Teilorientierungswert für Personalkosten. Der vereinbarte Zuschlag ist zeitlich auf ein Jahr befristet, bis die zugrunde liegende Tarifkostensteigerung vollständig in den Teilorientierungswert für Personalkosten eingegangen ist. Damit wird sichergestellt, dass Krankenhäuser bei extremen Tarifsprüngen nicht in Liquiditätsengpässe geraten.

C) Änderungsvorschlag

Streichung des § 9 Absatz 1 Nummer 7.

Zudem:

- Streichung des § 10 Absatz 5
- Streichung § 6 Absatz 3 Satz 5
- Streichung § 9 Absatz 2 Satz 4

Hilfsweise:

Personalkostenorientierungswert als Basis:

§ 10 Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert **vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Teilorientierungswert für Personalkosten** und der Tarifraten berücksichtigt.“

§ 10 Absatz 5 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„[...] die Erhöhungsraten nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist in Höhe des Unterschieds zwischen dem in ~~§ 9 Absatz 1b Satz 1~~ genannten Veränderungswert **vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Teilorientierungswert für Personalkosten** und der in Satz 3 genannten Tarifraten zu vereinbaren.“

Anpassung zu einem zeitlich befristeten Zuschlag:

§ 10 Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst (Änderungen in Fettdruck):

(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind erstmals für das Jahr **2024 2026** nach Maßgabe der folgenden Sätze Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 **als auf ein Jahr befristeter Zuschlag** hinaus zu berücksichtigen; **eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre.**

§ 6 Absatz 3 Satz 5 ist entsprechend anzupassen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Folgeänderung wird zur Kenntnis genommen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Vor diesem Hintergrund sind auch die vorgesehenen Regelungen zu Folgen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Mengenbegrenzung sowie wie bei Fallausweitung sachgerecht und notwendig. Der GKV-Spitzenverband plädiert dafür, kongruent zum Wortlaut der Begründung den im Referentenentwurf enthaltenen eindeutigen Begriff der „Mengenbegrenzung“ im Gesetzentwurf wieder aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Nummer 11 Buchstabe b) wird wie folgt geändert:

„b) die Folgen einer Überschreitung der nach Buchstabe a festgelegten **Mengenb**Begrenzung.“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

1. Streichung der zusätzlichen Tarifierhöhungsrates (Doppelfinanzierung), wie von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen: Ein wesentlicher Punkt ist, dass die Abschaffung der Meistbegünstigungsklausel einhergehen muss mit einer Abschaffung der zusätzlichen Tarifierfinanzierung – es gilt: Je niedriger der Veränderungswert, desto stärker wirkt die „zusätzliche Tarifierfinanzierung“.

2. Die in § 10 Absatz 1 Satz 8 festgelegten Basisberichtigung für 2027 in Höhe von 1,14 Prozent muss gestrichen werden.
3. Die vom Gesetzgeber richtig adressierten Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung betreffen die wesentliche Ausgabenkomponente, nämlich den Preis (Landesbasisfallwert). Die zweite Komponente („Leistungsmenge“) wird noch nicht berücksichtigt: Die jährlichen Mengensteigerungen belaufen sich momentan auf ca. 1 Prozent jährlichen Casemixanstieg im stationären Bereich. Es bedarf einer entsprechenden preissenkende Berücksichtigung, um eine Einnahmeorientierung sicherzustellen.

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

C) Änderungsvorschlag

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

1. Streichung der zusätzlichen Tariferhöhungsrate (Doppelfinanzierung); Vergleiche Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 6a Buchstabe bb)
2. Basisberichtigung für 2027:
 - Streichung des § 10 Absatz 1 Satz 8 KHEntgG.
 - Streichung des § 6 Absatz 3 Satz 9 KHEntgG
 - Streichung des § 3 Absatz 3 Satz 3, 2. Halbsatz BPfIV
3. Absenkende Berücksichtigung der jährlichen Mengensteigerungen im Rahmen der Vereinbarung des Veränderungswertes (§ 9 Absatz 1b).

Alternativ ließe sich mit Verweis auf den ergänzenden Änderungsbedarf („Effizienzreserven heben“) auch eine Berücksichtigung über die jährliche Normierung des DRG-Systems umsetzen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstabe a) – § 10 Absatz 1 Satz 7 (Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Klarstellung zur Gewährleistung, dass die Effekte sinkender Bewertungsrelationen durch Kurzzeitfallpauschalen nicht erhöhend bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden, sondern resultierende Einsparungen zugunsten der Kostenträger realisiert werden.

B) Stellungnahme

Mit der Regelung sollen im Rahmen der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte aufgrund der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen entstehende mögliche Effekte nicht zu einer Erhöhung der Landesbasisfallwerte führen. Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

Eine gleichlautende Regelung wird dringend auch für die Ausgliederung der Fälle aufgrund der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen benötigt. Bei der Ausgliederung dieser Fälle handelt es sich nicht um einen technisch bedingten Katalogeffekt, sondern um die Verlagerung in einen anderen Vergütungsbereich. Eine Verlagerung in einen anderen Vergütungsbereich darf nicht zu einer Veränderung der Landesbasisfallwerte führen.

C) Änderungsvorschlag

§ 10 wird wie folgt geändert:

In Absatz 4 Satz 7 werden nach „aus § 115f“ die Wörter „**und 115g**“ eingefügt.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

keine

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstabe c) – § 10 Absatz 4 (Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu Doppelbuchstabe aa:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b. Es wird vorgesehen, dass die Veränderung des Basisfallwerts zukünftig durch den gemäß den neuen Vorgaben des § 9 Absatz 1b ermittelten Veränderungswert begrenzt wird.

Zu Doppelbuchstabe bb:

Es handelt sich um eine Klarstellung zur Gewährleistung, dass die Effekte sinkender Bewertungsrelationen durch Kurzzeitfallpauschalen nicht erhöhend bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden, sondern resultierende Einsparungen zugunsten der Kostenträger realisiert werden.

B) Stellungnahme

Die Regelungen sind sachgerecht und werden begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird ab dem Jahr 2026 auf eine anteilige Finanzierung reduziert. Da diese anteilige Tarifierfinanzierung der Höhe nach auch für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gilt, ist die bisherige Differenzierung des Pflegepersonals nicht mehr erforderlich.

B) Stellungnahme

Die Regelung der zusätzlichen Tarifierfinanzierung im Krankenhausbereich, auch wenn sie nun hälftig angelegt ist, wird seitens des GKV-Spitzenverbandes abgelehnt. Bereits ab dem Jahr 2026 ist die Regelung wie von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen komplett zu streichen.

Vergleiche hierzu die Ausführungen zu Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb).

C) Änderungsvorschlag

Streichung des § 10 Absatz 5.

Zudem: Vergleiche Änderungen gemäß Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

Hilfsweise:

Personalkostenorientierungswert als Basis:

§ 10 Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert **vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Teilorientierungswert für Personalkosten** und der Tarifrater berücksichtigt.“

§ 10 Absatz 5 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„[...] die Erhöhungsrater nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist in Höhe des Unterschieds zwischen dem in § 9 Absatz 1b Satz 1 genannten Veränderungswert **vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Teilorientierungswert für Personalkosten** und der in Satz 3 genannten Tarifrater zu vereinbaren.“

Zudem: Vergleiche Änderungen gemäß Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Anpassung der Berechnung des Orientierungswertes unter Berücksichtigung der Pflegepersonalkostensteigerungen ist nachvollziehbar. Wie in der Stellungnahme unter dem „Artikel 3 Nummer 3 Buchstabe a und b“ dargelegt wäre aber aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagene Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten unter gleichzeitiger Schaffung eines Leistungsgebundenen Pflegebudgets notwendig.

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Streichung des Nachweises ist wahrscheinlich ein redaktionelles Versehen. Nur bei einer vollständigen Streichung der Tarifraten (§ 9 Absatz 1 Nummer 7), wie sie im Referentenentwurf vorgesehen war, wäre diese Streichung des Nachweises sachgerecht.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird vor dem Hintergrund der in diesem Gesetzentwurf angedachten Beibehaltung der Tarifraten abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Änderung.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe a) – § 17b Absatz 2 Satz 1 (Einführung DRG-Entgeltsystem)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Kurzzeitfallpauschalen gemäß des neuen § 17b Absatz 2a, die vorsieht, dass die neuen Regelungen nach Absatz 2a bei der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des DRG-Vergütungssystems zugrunde zu legen sind.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht und wird begrüßt. Die neu einzuführenden Kurzzeitfallpauschalen sind im Gesetzentwurf als Bestandteil des DRG-Vergütungssystems angelegt und müssen als solcher auch bei dessen jährlicher Weiterentwicklung und Anpassung berücksichtigt und zugrunde gelegt werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe b) – § 17b Absatz 2a (neu) (Einführung DRG-Entgeltsystem)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Neuregelung soll das DRG-System weiterentwickelt und sollen sogenannte Kurzzeitfallpauschalen als neues Vergütungsinstrument der Krankenhausfinanzierung eingeführt werden. Die neuen Kurzzeitfallpauschalen sollen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen gelten. Innerhalb dieses Rahmens sollen Fälle unabhängig ihrer tatsächlichen Verweildauer mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden; eine untere Grenzverweildauer ist nicht vorgesehen. Die Kurzzeitfallpauschalen sollen erstmalig für das Jahr 2028 kalkuliert und im Entgeltkatalog 2028 ausgewiesen werden und wirken. Für die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen hat das InEK bis zum 31.03.2027 ein Konzept für geeignete Fallgruppen sowie eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen zu erarbeiten; auf dessen Grundlage haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 bis zum 30.04.2027 eine Vereinbarung zu schließen. Der Auftrag der Neuregelung an die Vertragsparteien umfasst auch die jährliche Weiterentwicklung und Anpassung der Kurzzeitfallpauschalen kongruent zum DRG-System gemäß § 17b Absatz 2. Dabei haben die Vertragsparteien auch sicherzustellen, dass Kostensenkungen, die sich bei der jährlichen Kalkulation der Kurzzeitfallpauschalen ergeben, auch zu einer Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen sowie im Ergebnis zu einer Absenkung der Summe der für die Kurzzeitfallpauschalen insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen (Gesamt-Case-Mixes der Kurzzeitfallpauschalen) führen. Im Rahmen der Weiterentwicklung haben die Vertragsparteien zu prüfen, wie viele und welche der über Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Fälle ambulant erbracht werden können sowie ob eine Überführung in den AOP-Katalog gemäß § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V sachgerecht ist. Des Weiteren haben die Vertragsparteien zu überprüfen, ob und inwieweit Fälle, die über Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, auch über die spezielle sektorengleiche Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG) abgerechnet werden können. Die Neuregelung sieht auch eine Evaluation der Einführung des neuen Vergütungsinstruments der Kurzzeitfallpauschalen vor. So haben die Vertragsparteien dem BMG alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31.12.2030, einen gemeinsamen Evaluationsbericht über die Auswirkungen der Kurzzeitfallpauschalen auf die Versorgung vorzulegen; das InEK hat hierfür die erforderlichen Auswertungen vorzunehmen.

B) Stellungnahme

Die Weiterentwicklung des DRG-Systems und die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen als neues Vergütungsinstrument für kurzstationäre Fälle mit dem Ziel, die Ambulantisierung in diesem Bereich weiter voranzutreiben, wird ausdrücklich begrüßt. Denn im Bereich der Kurzliegerfälle von Krankenhäusern mit einer Verweildauer bis zu drei Kalendertagen besteht weiterhin ein großes Ambulantisierungspotenzial. Im Jahr 2024 gab es ca. 6,1 Mio. vollstationäre Fälle in diesem Verweildauersegment. Im bisherigen DRG-System werden diese Fälle mit den aDRG derzeit noch hoch vergütet. Gleichzeitig legen diverse wissenschaftliche Studien zum Ambulantisierungspotenzial in Deutschland nahe, dass mit zunehmendem technologischem Fortschritt eine weitere Reduzierung der Verweildauer möglich ist und Behandlungsfälle im Kurzliegerbereich zunehmend ambulant behandelt werden können. Eine sofortige Überführung von Kurzliegerfällen in die Vergütungsregelung der Hybrid-DRG nach § 115f SGB V scheitert jedoch derzeit meist an der sektorengleichen Vergütung und

Abrechnungsmöglichkeit für Krankenhäuser und vertragsärztliche Leistungserbringer. Viele dieser Behandlungsfälle benötigen derzeit noch die besonderen Strukturen von Krankenhäusern. Es ist fraglich, ob es derzeit bereits ein sektorengleiches Fall- und Leistungsäquivalent zu diesen Behandlungsfällen im vertragsärztlichen Bereich gibt. Um dennoch eine sukzessive Verweildauerreduzierung und Ambulantisierung von Kurzliegerfällen von Krankenhäusern zu incentivieren, können die neu einzuführenden Kurzzeitfallpauschalen eine geeignete Weiterentwicklung des DRG-Systems darstellen. Insofern wird der gesetzte Rahmen der Neuregelung von kurzstationären Behandlungsfällen mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen ausdrücklich begrüßt. Die pauschale Vergütung der Kurzliegerfälle unabhängig der tatsächlichen Verweildauer und der bewusste Verzicht auf eine untere Grenzverweildauer stellen eine wirksame Förderung der weiteren Ambulantisierung im Bereich der Kurzliegerfälle dar. Damit wird seitens des Gesetzgebers ein deutlicher Anreiz zur Verweildauerkürzung gesetzt.

Voraussetzung für eine tatsächliche finanzielle Entlastung der GKV durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen ist die konsequente Weitergabe von Effizienzgewinnen und Kostensenkungen an die Versichertengemeinschaft und eine Verhinderung von Fallzahlausweitungen. Nur wenn die durch verkürzte Verweildauern und optimierte Behandlungsprozesse erzielten Einsparungen nicht einseitig bei den Krankenhäusern verbleiben und die Krankenhäuser nicht unsachgemäß den Bereich der Kurzzeitfallpauschalen ausweiten über den Umfang ihrer bisherigen Kurzliegerfälle hinaus, können die angestrebten Steuerungswirkungen und Einspareffekte für die GKV wirksam werden. Vor diesem Hintergrund wird ausdrücklich begrüßt, dass gemäß der vorgesehenen Neuregelung sowohl die Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen als auch deren Gesamt-Case-Mix im Rahmen einer dynamischen Kalkulation abzusenken sind. Dies stellt sicher, dass die Vergütungssystematik an tatsächliche Kostenentwicklungen angepasst wird und strukturelle Effizienzgewinne nicht zu dauerhaft überhöhten Vergütungen führen. Der Gesetzgeber hebt in seiner Begründung zutreffend hervor, dass durch Verweildauerkürzungen entstehende Kostensenkungen an die Versichertengemeinschaft weiterzugeben sind. Diese Klarstellung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes essenziell für die zielgerichtete und wirksame Umsetzung der Kurzzeitfallpauschalen. Daher sollte dieser zentrale Grundsatz auch verbindlich im Gesetz selbst verankert werden, um eine konsequente Umsetzung sicherzustellen. Zur Vermeidung von Fehlanreizen bedarf es daher einer Klarstellung zur Normierung in Satz 5. In diesem Zusammenhang ist es nur folgerichtig und sachgerecht, dass die Kurzzeitfallpauschalen nach Absatz 2a (neu) von der Aufstellung der Entgelte nach § 17b KHG gemäß der Anlage 1 KHEntgG auf Krankenhausebene umfasst sind. Hier bedarf es im Gesetzentwurf noch einer klarstellenden Ergänzung in § 4 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG, dass die Kurzzeitfallpauschalen auch Bestandteil des auf Krankenhausebene zu vereinbarenden Erlösbudgets sind (vgl. Änderungsvorschlag zu § 4 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG).

Ein weiterer positiver Aspekt der Neuregelung ist die vorgesehene jährliche Überprüfung und Überführung von ambulantiserten Behandlungsfällen, die über die neuen Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, in den AOP-Katalog gemäß § 115b SGB V. Denn mit sinkender Verweildauer und steigendem Ambulantisierungsgrad der Fälle müssen diese konsequent in eine ambulante Vergütung überführt werden. Andernfalls würden diese Fälle im Kurzliegersegment der Krankenhäuser zementiert werden. Auch der Prüfauftrag zur Frage, ob und inwieweit Behandlungsfälle auch über Hybrid-DRGs gemäß § 115f SGB V vergütet werden können (dies schließt dann die Leistungserbringung durch vertragsärztliche Leistungserbringer mit ein) erscheint sachgerecht. Insgesamt bedarf es vor dem

Hintergrund der Einführung dieses neuen Vergütungsinstrumentes dringend einer systematischen, zielgerichteten Neuordnung des ambulant-stationären Grenzbereichs, um Abgrenzungsprobleme zwischen der Vielzahl der bereits bestehenden Vergütungsregelungen zu reduzieren und neue Abgrenzungsprobleme zu vermeiden. Die rasche Einführung der Kurzzeitfallpauschalen bereits mit Wirkung für das Jahr 2028 stellt eine zeitlich herausfordernde Aufgabe für die Vertragsparteien dar, ist aber vor dem Hintergrund der notwendigen weiteren Stärkung der Ambulantisierung sowie der in § 115f SGB V vorgesehenen Änderungen sachgerecht.

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

C) Änderungsvorschlag

§ 17b Absatz 2a Satz 5 wird wie folgt ergänzt:

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

§ 4 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG wird wie folgt geändert:

„Das von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 zu vereinbarende Erlösbudget umfasst für voll- und teilstationäre Leistungen **sowie für Behandlungsfälle, die mit Kurzzeitfallpauschalen nach § 17b Absatz 2a KHG vergütet werden**, die Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, in den Jahren 2026 und 2027 jeweils einschließlich der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen, und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.“

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe c) – § 17b Absatz 3 Satz 4 (Einführung DRG-Entgeltsystem)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Neuregelung sieht in Folge der Neueinführung von Kurzzeitfallpauschalen nach Absatz 2a (neu) eine Erweiterung des Auftrags an das InEK nach Absatz 3 Satz 4 vor. So hat das InEK das Kalkulationskonzept nach Absatz 3 Satz 4 anzupassen, sofern sich aufgrund der Kalkulation der Kurzzeitfallpauschalen Anpassungsbedarf am Kalkulationskonzept der aG-DRG-Fallpauschalen ergibt.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht und wird begrüßt. Die neu einzuführenden Kurzzeitfallpauschalen sind im Gesetzentwurf als Bestandteil des DRG-Vergütungssystems angelegt und müssen als solcher auch bei im Kalkulationskonzept der aG-DRG berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe d) – § 17b Absatz 7 Satz 2 (neu) (Einführung DRG-Entgeltsystem)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt; sie beendet bürokratische Aufwände. Das Einsparvolumen wird GKV-seitig auf ca. 460 Mio. Euro bis 2027 beziffert.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3 Buchstabe b) – § 17c Absatz 2 Satz 9 (neu) (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Änderung werden der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) damit beauftragt, im Rahmen der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfV) zu prüfen, wie der Falldialog zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern künftig durch geeignete Maßnahmen noch stärker als bisher zum Einsatz kommen kann. Die Vertragsparteien haben ihre Prüfung bis zum 30.06.2027 abzuschließen.

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2 sollte wie folgt ergänzt werden:

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

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Folgeänderung resultiert aus der Aufhebung von § 9 Absatz 1 Nummer 5 KHEntgG. Künftig vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene nur noch einen einzigen Veränderungswert. Diese Vereinbarung erfolgt nach den Vorschriften des § 9 Absatz 1b KHEntgG. Dieser Wert gilt zukünftig als Obergrenze für den Anstieg des Gesamtbetrags.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wird die Maßnahme begrüßt. Sie ist ein Instrument zur Begrenzung der aktuellen Ausgabensteigerungen von 10 bis 12 Prozent im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung. Da jedoch weiterhin eine Reihe von Ausnahmen zugelassen werden, kann das zentrale Ziel des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes nicht erreicht werden.

Rund 75 Prozent der Kosten in der Psychiatrie und Psychosomatik entfallen auf Personal. Ausnahmeregelungen in diesem Bereich wirken sich daher unmittelbar und in erheblichem Umfang auf das Gesamtbudget aus. Die bestehende Regelung eröffnet Krankenhäusern die Möglichkeit, im Rahmen der Budgetverhandlungen sehr hohe Personalausstattungen geltend zu machen und dadurch Budgetsteigerungen deutlich oberhalb der festgelegten Obergrenzen zu vereinbaren. Dieser zusätzliche Personalbedarf resultiert aus den strukturellen Defiziten der bettenorientierten Krankenhausbehandlung.

Es ist notwendig, die überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik durch weitere Maßnahmen zu dämpfen. Gemäß den Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit soll eine Vergütung von Personalstellen über das Maß der PPP-RL hinaus künftig nur noch bei nachgewiesenem Mehrbedarf möglich sein. Dies kann durch die Streichung der Ausnahme nach Satz 4 Nummer 5 im § 3 Absatz 3 erreicht werden. Ohne diese Einschränkung drohen weiterhin unverhältnismäßige Budgetsteigerungen, die die Solidargemeinschaft unnötig belasten.

C) Änderungsvorschlag

In § 3 Absatz 3 ist in Satz 5 die Formulierung „~~Tatbestände nach Satz 4 Nummer 5 oder 7~~“ durch „**Tatbestand nach Satz 4 Nummer 7**“ ersetzt.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bisher vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort, ob und inwieweit der Gesamtbetrag bei unbesetzten Stellen abzusenken ist. Diese Regelung (Satz 8) wird bis einschließlich 2026 befristet. Ab dem Vereinbarungsjahr 2027 wird die Absenkung verpflichtend: Mittel für nicht besetzte Stellen oder zweckentfremdete Gelder müssen im nächstmöglichen Zeitraum ausgeglichen und der Gesamtbetrag entsprechend gekürzt werden (Satz 9). Konkret bedeutet dies: Ergibt der bis zum 31.03.2028 vorzulegende Nachweis für das Jahr 2027 Fehlbesetzungen oder zweckfremde Verwendung, ist die Kürzung zwingend in der darauffolgenden Vereinbarung umzusetzen.

B) Stellungnahme

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

Die Neuregelung muss jedoch bereits für das Vereinbarungsjahr 2026 umgesetzt werden. Die bisher vorgesehene Einführung ab dem Vereinbarungsjahr 2027 führt Fehlanreizen und zusätzlichen Mehrausgaben. Krankenhäuser machen in den aktuell noch laufenden Budgetverhandlungen für 2026 zusätzliche Stellenbesetzungen geltend, für die es keine Rückzahlungsverpflichtung gibt. Selbst wenn die Nachweise, die bis 31.03.2027 vorzulegen sind, eine Fehlbesetzung oder zweckfremde Verwendung nachweisen, gibt es für diese keine Verpflichtung für eine Rückzahlung. Die mit der Maßnahme geplanten Einsparungen werden damit frühestens 2028 wirksam und können bei der Beitragssatzermittlung nicht wie vorgesehen bereits 2027 berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

Die relevanten Bezugszeiträume in den vorgesehenen Änderungen sind um ein Jahr zu verschieben. Dazu ist das Jahr „2026“ durch „2025“ und das Jahr „2027“ durch „2026“ zu ersetzen.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird, wie für somatische Krankenhäuser auch, auf eine anteilige Finanzierung in Höhe von 50 Prozent reduziert. Eine anteilige Tarifrefinanzierung in Höhe von 50 Prozent wird durch eine Anhebung des Gesamtbetrags um 37,5 Prozent der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen umgesetzt.

B) Stellungnahme

Die Regelung sieht vor, dass die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wie für somatische Krankenhäuser auch, auf eine anteilige Finanzierung in Höhe von 50 Prozent reduziert wird.

Die Regelung ist abzulehnen. Vor dem Hintergrund der mit dem Gesetzesvorhaben verankerten Ziele Beitragsstabilität, Ausgabenbegrenzung und Vermeidung struktureller Überfinanzierung ist die vollständige Streichung der der Tarifratenrefinanzierung notwendig.

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

C) Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung von § 3 Absatz 4.

Vergleiche auch die entsprechenden Änderungsvorschläge zu Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) (§ 9 Absatz 1b KHEntgG).

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Praxistauglichkeit des bislang wenig genutzten leistungsbezogenen Vergleichs zu erhöhen, wird dieser um Kostendaten ergänzt. Damit wird dem Transparenzgedanken, der mit dem leistungsbezogenen Vergleich verbunden ist, Rechnung getragen. Der leistungsbezogene Vergleich soll die Vertragsparteien vor Ort dabei unterstützen, eine leistungsgerechte Vergütung zu vereinbaren. Durch den leistungsbezogenen Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung oder andere krankenhausespezifische Aspekte zurückzuführen sind.

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Parallel zur Somatik sollen auch in der Psychiatrie die gesonderten Zuschläge für die Erstbefüllung der ePA ab 2027 entfallen. Durch zunehmende technische Automatisierung und die Möglichkeit der Delegation entfällt der spezifische Mehraufwand für Ärzte. Ab 2027 wird die ePA-Dokumentation daher als Bestandteil der Regelleistung betrachtet und nicht mehr separat vergütet.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Zuschläge wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt.

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Vergleiche Stellungnahme zur Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Fehlers.

B) Stellungnahme

keine

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung)

§ 23 (Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 11 Absatz 5 - Leistungsarten

A) Neuregelungsbedarf

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. Dies gilt auch in Fällen des § 12a SGB VII. Diese Regelung sieht einen Ausschluss für Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen vor, wenn ein Versicherungsfall nach § 7 SGB VII im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung vorliegt. In diesem Zusammenhang ergeben sich vermehrt Fragen aus der Praxis der Krankenkassen, wie mit Leistungsansprüchen von freiwillig versicherten Beamtinnen und Beamten umzugehen ist, die während ihrer Tätigkeit einen Dienstunfall erleiden. Bisher wurde aufgrund einer rechtlichen Einschätzung des damaligen Bundesversicherungsamtes (BVA) aus dem Jahr 1997 eine analoge Anwendung des § 11 Abs. 5 SGB V bei Dienstunfällen von Beamtinnen und Beamten ausgeschlossen. Das BVA führte dazu aus, dass es bewusster gesetzgeberischer Wille gewesen sei, eine Ausweitung dieser Vorschrift auf die Anwendung eines Dienstunfalls auszuschließen. Demnach sei davon auszugehen, dass die freiwillig gesetzlich krankenversicherten Beamtinnen und Beamten im Falle eines Dienstunfalls grundsätzlich wählen können, ob sie ihren Dienstherrn oder die Krankenkasse für die notwendigen Leistungen in Anspruch nehmen können. Ein einschränkendes Kriterium für diese Wahlmöglichkeit läge nur dann vor, wenn gemäß § 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V der Anspruch auf Leistungen zu Lasten der GKV ruht, weil den Betroffenen Heilfürsorge nach dienstrechtlichen Vorschriften tatsächlich gewährt wird.

Da Beamtinnen und Beamte nicht von der allgemeinen und arbeitgeberfinanzierten gesetzlichen Unfallversicherung nach dem SGB VII umfasst und geschützt sind, wurde zu diesem Zweck die Dienstunfallfürsorge dem Versicherungsrecht der gesetzlichen Unfallversicherung nachgebildet. Für die Kostentragung bei Dienstunfällen ist daher nicht die Beihilfe bzw. private Krankenversicherung zuständig, sondern vielmehr die Dienstunfallfürsorge des Dienstherrn. Die allgemeinen Fürsorgepflichten des Dienstherrn ergeben sich für die verschiedenen Beamtengruppen aus zahlreichen gesetzlichen Regelungen auf Bundes- bzw. Landesebene, wie z. B. aus dem Bundesbeamtengesetz, dem Beamtenversorgungs- und Landesbeamtenversorgungsgesetz.

Auch vor dem Hintergrund, dass mittlerweile zahlreiche Länder ihren Beamtinnen und Beamten die pauschale Beihilfe anbieten, die für die Hälfte der monatlichen Kosten einer Krankheitsvollversicherung aufkommt – unabhängig davon ob privat oder gesetzlich – und damit zunehmend die Möglichkeit einräumen, sich in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig zu versichern, ist es im Interesse einer konsistenten und einheitlichen Zuständigkeitsabgrenzung erforderlich, im SGB V Regelungen zu treffen, nach denen bei freiwillig versicherten Beamtinnen und Beamten die Kosten im Falle eines Dienstunfalls alleinig vom Bund und den Ländern im Rahmen der eigens dafür vorgesehenen Dienstunfallfürsorge übernommen werden.

B) Änderungsvorschlag

§ 11 Absatz 5 SGB V wird wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung **oder infolge eines Dienstunfalls im Rahmen der Dienstunfallfürsorge** zu erbringen sind. Dies gilt auch in Fällen des § 12a SGB VII.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 37 Absatz 2 – Häusliche Krankenpflege

A) Neuregelungsbedarf

Mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) wurde in § 37 Abs. 1 SGB V geregelt, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten auch in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen nach § 92c SGB XI erbracht werden können. Der entsprechende Leistungsort wurde dort explizit ergänzt.

Es handelt sich offensichtlich um ein redaktionelles Versehen des Gesetzgebers, dass diese Anpassung nicht zeitgleich in § 37 Abs. 2 SGB V für die sogenannte Sicherungspflege (Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung) vorgenommen wurde. Ohne diese Ergänzung bleibt unklar, ob die Erbringung von Leistungen der Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 an diesem Leistungsort rechtlich möglich ist. Die vorgeschlagene Ergänzung stellt die notwendige Harmonisierung der beiden Absätze her.

B) Änderungsvorschlag

§ 37 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Wohnformen,“ die Angabe „gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches,“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 49 – Ruhen des Krankengeldes

A) Neuregelungsbedarf

Die Vorschrift des § 49 Absatz 1 Nummer 3a SGB V bestimmt, dass der Anspruch auf Krankengeld ruht, soweit er auf der Erkrankung eines Kindes beruht, das für die Versicherte oder den Versicherten Anspruch auf Versorgungskrankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung (§ 47 Absatz 10 SGB XIV) oder Krankengeld der Soldatenentschädigung hat.

Die Regelung erfasst Konstellationen, in denen sowohl das Kind selbst (für den Elternteil) Ansprüche nach § 47 Absatz 10 SGB XIV als auch der das Kind betreuende Elternteil einen Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V oder Krankengeld nach § 44b SGB V hat. Im Bereich der Soldatenentschädigung gibt es derzeit keine Norm, die einen Kinderkrankengeldanspruch vorsieht, sodass die Ruhensregelung mangels eines Grundanspruchs insoweit nicht greift. Da vor Einführung des SEG ein solcher Anspruch bestand, deutet dies auf ein mögliches gesetzgeberisches Versehen hin.

Eine Anwendung der Ruhensregelung hätte zur Folge, dass sich die Anspruchsdauer auf ein Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 und 2a SGB V reduziert, sofern zusätzlich ein Kinderkrankengeldanspruch nach § 47 Absatz 10 SGB XIV besteht. Dies steht im Widerspruch zum Sinn und Zweck der besonderen Kinderkrankengeldansprüche des SGB XIV. Leistungen der Sozialen Entschädigung nach dem SGB XIV sind auf besondere Bedarfe ausgerichtet, vergleichbar mit Leistungen bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten nach dem SGB VII. Für das Zusammentreffen von Ansprüchen nach dem SGB VII mit Kinderkrankengeld sieht § 11 Absatz 5 SGB V eine ausdrückliche Ausschlussregelung vor. Eine vergleichbare Regelung für das SGB XIV fehlt. Dennoch ergibt sich aus der staatlichen Fürsorgepflicht gegenüber Geschädigten ein Vorrang der Leistungsansprüche nach § 47 Absatz 10 SGB XIV gegenüber dem allgemeinen Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V. Einem Elternteil, der sein aufgrund anerkannter Schädigungsfolgen erkranktes Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen muss und deshalb der Arbeit fernbleibt, sollte ein Kinderkrankengeldanspruch nach § 47 Absatz 10 SGB XIV gewährt werden, ohne dass dies die Anspruchsdauer auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 und 2a SGB V reduziert. Die vorrangige Zielsetzung dieser spezialgesetzlichen Leistung muss klar im Vordergrund stehen und eine Abgrenzung vom allgemeinen Kinderkrankengeldanspruch nach § 45 SGB V erfolgen.

Eine Anwendung der Ruhensregelung erscheint auch nicht sachgerecht, wenn die besonderen Kinderkrankengeldansprüche nach dem SGB XIV mit dem Anspruch auf Krankengeld nach § 44b SGB V (Begleitung von Menschen mit Behinderung bei stationärer Krankenhausbehandlung) zusammentreffen. Sofern die Ansprüche aufgrund einer Begleitung eines geschädigten Kindes bei stationärer Behandlung mit Behinderung entstehen, sollte dem Anspruch nach § 47 Absatz 10 SGB XIV ebenfalls Vorrang eingeräumt werden.

Die Ruhensregelung des § 49 Absatz 1 Nummer 3a SGB V betrifft nicht die eigenen Krankengeldansprüche nach §§ 44 und 44a SGB V. Eine Vor- und Nachrangigkeit der Ansprüche lässt sich auch ohne Ruhensvorgaben herleiten und ist analog zum Zusammentreffen eines eigenen

Krankengeldanspruchs nach §§ 44 oder 44a SGB V mit einem Kinderkrankengeldanspruch nach § 45 SGB V zu bewerten.

Aus den vorgenannten Gründen erscheint eine Streichung des § 49 Absatz 1 Nummer 3a SGB V angezeigt. Ergänzend sollte in §§ 45 und 44b SGB V klargestellt werden, dass der jeweilige Anspruch ausgeschlossen ist, sofern Ansprüche nach § 47 Absatz 10 SGB XIV bestehen. Damit wird sichergestellt, dass Eltern geschädigter Kinder nicht schlechter gestellt werden als andere Eltern, indem der Anspruch nach § 47 Absatz 10 SGB XIV nicht auf die Anspruchsdauer des Kinderkrankengeldes nach § 45 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 und 2a SGB V angerechnet wird. Dies entspricht der sozialpolitischen Zielsetzung der besonderen Unterstützung von Familien mit Kindern unter Berücksichtigung der spezialgesetzlichen Entschädigungsansprüche nach dem SGB XIV. Zugleich wird die Gleichbehandlung mit Ansprüchen auf Kinderverletztengeld nach § 45 SGB VII hergestellt.

B) Änderungsvorschläge

In § 44b Absatz 1 SGB V wird folgender Satz 4 angefügt:

„Ein Anspruch nach Satz 1 ist ausgeschlossen, sofern Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach § 47 Absatz 10 Vierzehntes Buch haben.“

In § 45 Absatz 1 SGB V wird folgender Satz 3 angefügt:

„Ein Anspruch nach Satz 1 ist ausgeschlossen, sofern Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach § 47 Absatz 10 Vierzehntes Buch haben.“

§ 45 Absatz 1a Satz 4 SGB V wird wie folgt gefasst (Änderungen sind unterstrichen dargestellt):

„Absatz 1 Satz 3, § 10 Absatz 4 und § 44 Absatz 2 gelten für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend.“

§ 45 Absatz 4 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst (Änderungen sind unterstrichen dargestellt):

„Absatz 1 Satz 2 und 3, Absatz 3 und die §§ 47 und 47b gelten entsprechend.“

§ 49 Absatz 1 Nummer 3a SGB V wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 2a – Anpassung der Bewertung von Katarakt-Operationen und Intravitrealen Injektionen

A) Neuregelungsbedarf

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

Die Kalkulation der Katarakt-OPs ist aufgrund des technischen Fortschritts und der nicht mehr bestehenden Notwendigkeit zur weiteren Ambulantisierung nicht mehr sachgerecht. Aufgrund der zu hohen Vergütung lassen sich starke Fehlentwicklungen beobachten, die negative Auswirkungen auf die Versorgung und die Versorgungsstrukturen haben. Wie die Kommission ausführt, betrifft dies sowohl das Auseinanderdriften der Honorare von konservativ tätigen Augenärzten gegenüber ihren operativ tätigen Kollegen als auch die zunehmende Attraktivität für Finanzinvestoren, was bereits gebietsweise zu monopolartigen Strukturen führt. Diese Fehlentwicklungen führen zu einer starken Mengenausweitung. Aus Sicht des GKV-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. Im Sinne der Transparenz sollte darüber hinaus eine Sachkostenpauschale für Linsen und Verbrauchsmaterialien in den einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen werden.

Bei intravitrealen Injektionen werden regelmäßig im Abstand einiger Wochen Medikamente ins Auge injiziert, um den Verlauf bestimmter Netzhauterkrankungen zu verlangsamen. Mehr als die Hälfte aller Augen-OPs sind intravitreale Injektionen. Wie auch bei den Katarakt OPs entsprechen die kalkulatorisch angenommenen Zeiten sowie die räumliche und technische Ausstattung nicht der Versorgungsrealität. Bei intravitrealen Injektionen ist ebenfalls eine Absenkung der Bewertungen um 40 % daher sachgerecht.

Die Absenkung der Vergütungen bei Katarakt-OPs und intravitrealen Injektionen hat keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung und führt zu einer Korrektur der historisch bedingten Schiefelage in Bezug die Relation verschiedener Leistungsbewertungen und korrigiert Fehlanreize in der Versorgung. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden.

B) Änderungsvorschlag

Dem § 87 Absatz 2a werden folgende Sätze angefügt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt mit Wirkung zum 1. Januar 2027 die Absenkung der Bewertungen der intravitrealen Medikamenteneingaben und der intraocularen Eingriffe bei Katarakt sowie die zugehörigen Leistungen für Anästhesie und Narkosemanagement im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen um 40 Prozent. Darüber hinaus

beschließt der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Januar 2027 die Aufnahme einer Sachkostenpauschale zur Erstattung der Sachkosten für die Linsen und der Verbrauchsmaterialien in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Neuregelungsbedarf

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

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

B) Änderungsvorschlag

Dem § 87 Absatz 2a werden folgende Sätze angefügt:

„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung enthalten. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist in Höhe des durch die Absenkung entstehenden Leistungsbedarfs finanzwirksam anzupassen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 2a – Streichung gesonderter Hygienezuschläge

A) Neuregelungsbedarf

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

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

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

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

B) Änderungsvorschlag

Dem § 87 Absatz 2a werden folgende Sätze angefügt:

„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Hygienezuschläge enthalten. Die Hygienezuschläge im Zusammenhang mit ambulanten Operationen sind davon unberührt. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist in Höhe des durch die Absenkung entstehenden Leistungsbedarfs finanzwirksam anzupassen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 4 – Rücknahme der Änderung zu den KV-spezifischen Veränderungsdaten der MGK

A) Neuregelungsbedarf

Die Finanzkommission Gesundheit hat in ihrem Bericht festgestellt, dass es sich bei der mit dem TSVG mit Wirkung ab dem Jahr 2028 vorgesehenen Streichung der demografischen Veränderungsrate als Grundlage für die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Veränderungsdaten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen um eine nicht sachgerechte Erhöhung der MGK-Veränderungsdaten handelt. Der GKV-Spitzenverband stimmt der Kommission zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Demnach sollte die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Veränderungsdaten wie bisher dauerhaft im Regelfall als Mittelwert zwischen den Daten der demografischen und der diagnosebezogenen Veränderungsrate erfolgen. Denn die demografische Rate ist unabhängig von Kodierung oder Abrechnungsanreizen und bildet somit objektiv die altersbedingte Morbiditätsentwicklung ab. Im Gegensatz dazu lässt sich bei der diagnosebezogenen Veränderungsrate nicht vollständig ausschließen, dass ein Teil der beobachteten Morbiditätsentwicklung durch Änderungen im Kodierverhalten oder durch Abrechnungsanreize beeinflusst wird, was zu einer Über- oder Unterschätzung der Veränderung des tatsächlichen morbiditätsbezogenen Behandlungsbedarfs führen könnte.

Die ab dem Jahr 2028 vorgesehenen Streichung hat bisher keine Auswirkungen auf die Versorgung entfaltet. Vor diesem Hintergrund sind auch durch die vorgesehene Rücknahme keine Auswirkungen auf die bestehende Versorgung zu erwarten.

B) Änderungsvorschlag

§ 87a Absatz 4 Satz 5 SGB V wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 92b Absatz 2 – Innovationsfonds

A) Neuregelungsbedarf

Zweitmeinungen nach § 27b SGB V sind für mengenanfällige Eingriffe, d. h. solche, bei denen die Gefahr einer nicht angemessenen Indikationsstellung besteht, vorgesehen. Medizinische Leitlinien, insbesondere evidenzbasierte S3-Leitlinien, können dem entgegenwirken. Sie 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)

§ 116b – Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und des Erlaubnisvorbehalts in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

A) Neuregelungsbedarf

Der Regierungsentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verfolgt das Ziel, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung an die Einnahmenentwicklung zu knüpfen. Dementsprechend wird die zulässige Ausgabenentwicklung einer Vielzahl von Leistungsbereichen der Grundlohnsummenbindung unterworfen. Dies betrifft beispielsweise über die Neuregelung in §120 SGB V auch ambulante Einrichtungen an Krankenhäusern. Der vorliegende Vorschlag erweitert diesen Grundsatz konsequent auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gemäß §116b SGB V. Damit soll sowohl dem dynamischen Ausgabenwachstum begegnet werden als auch die insbesondere für Krankenhäuser bestehende Möglichkeit einer strategischen Umgehung der Ausgabenbegrenzungsmechanismen bei anderen ambulanten Betätigungsfeldern zu begegnen. Dabei soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass sich allein durch die Neuaufnahme von weiteren Indikationen in die ASV einen Mengen- und Ausgabenanstieg ergeben kann, indem solche Leistungen für einen festen Zeitraum von der Mengenbegrenzungsregelung ausgenommen werden. Die Umsetzung der Geltung des §71 Abs. 1 bis 3 SGB V obliegt den Vertragspartnern der Abrechnungsvereinbarung gemäß §116b Abs. 6 Satz 12 SGB V.

Ferner soll mit der Einführung des Erlaubnisvorbehalts in der ASV dem Ziel des Gesetzentwurfs Rechnung getragen werden, dass Ausgaben für Versicherte einen nachweislichen Nutzen haben sollen. Die ASV ist der einzige Leistungsbereich in der ambulanten Versorgung, in der der Verbotsvorbehalt des stationären Versorgungsbereichs gilt. Dies ist insbesondere mit Hinblick auf die spezielle sektorengleiche Vergütung nach §115f SAGB V („Hybrid-DRGs“) bemerkenswert, wo neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ausdrücklich ausgeschlossen worden sind. Damit werden in der ASV Methoden angewendet, die in der ambulanten Versorgung nicht erprobt bzw. der Nutzen nicht überprüft worden ist. Diese Sonderstellung der ASV ist weder hinreichend begründet noch ist ein Nutzen für die Versicherten erkennbar.

B) Änderungsvorschlag

a) In §116b Abs. 1 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach §135 Abs. 1 eine Entscheidung getroffen hat.“

b) In §116b Abs. 6 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Angabe „§71 Abs. 1 bis 3 SGB V gilt entsprechend.“ eingefügt.

c) In §116b Abs. 6 Satz 12 wird folgender Satz 13 angefügt:

„Die Abrechnungsvereinbarung nach Satz 12 hat erstmals mit Wirkung zum 1. Januar 2028 Regelungen vorzusehen, die die Geltung des §71 Abs. 1 bis 3 SGB V sicherstellen; dabei sind Leistungen im

Zusammenhang mit Erkrankungen auszunehmen, zu denen der Beschluss des G-BA zur Aufnahme in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung jeweils weniger als zwei Jahre zurückliegt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Neuregelungsbedarf

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

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

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

B) Änderungsvorschlag

In § 139e SGB V wird Absatz 4 gestrichen.

§ 134 wird wie folgt angepasst:

Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

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

Absatz 2a wird gestrichen.

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

In der DiGAV wird § 17 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 137n – Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus

A) Neuregelungsbedarf

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde die Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus (§ 137n) eingeführt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene richten im Einvernehmen mit dem BMG eine Kommission ein, die Empfehlungen zur Personalbemessung von anderen als den in den §§ 137k und 137m genannten Gesundheitsberufen erarbeitet. Sinn und Zweck von Personalbemessung ist es, belastbare Kennzahlen zu generieren und mögliche Defizite auszugleichen. In Anbetracht der Krankenhausstrukturreform, welche mit Leistungsverlagerungen auch einen flexiblen Personaleinsatz bedingt, sollte von einer Ausweitung der Personalbemessung auf weitere Gesundheitsberufe abgesehen werden. Weitere spezifische Personalvorgaben im Krankenhaus stellen eine Überregulierung dar, welche mit erheblichem Umsetzungsaufwand, einer hohen Bürokratielast und einer fraglichen Zielerreichung einhergehen. Vielmehr ist es notwendig, dem Klinikmanagement im konkreten Personaleinsatz mehr Handlungsspielraum zu geben, um die Möglichkeiten und Synergien für die interdisziplinäre Zusammenarbeit entlang der Versorgungspfade der Patientinnen und Patienten effizient zu nutzen.

B) Änderungsvorschlag

§ 137n wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 242 Absatz 1 Satz 4 – Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot

A) Neuregelungsbedarf

§ 242 Absatz 1 Satz 4 verbietet einer Krankenkasse, ihren Zusatzbeitragssatz anzuheben, solange ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse ihre nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 sowie der zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile bereitgehaltenen Geldmittel nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 das 0,5-fache des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten.

Das Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot ist nicht erforderlich, um eine dauerhafte Überschreitung der Vermögensobergrenze gesichert ausschließen zu können. Seit dem Inkrafttreten des GKV-VEG dürfen Krankenkassen die gesetzliche Vermögensobergrenze nicht mehr überschreiten (bis dahin Kann-Vorschrift). Nach Ablauf der in § 260 Abs. 2a SGB V genannten Frist, nach der die überschüssigen Vermögensanteile durch die Krankenkasse innerhalb von zwei Haushaltsjahren selbst abzubauen sind, müssen verbleibende Vermögensüberschüsse nach § 260 Absatz 4 an den Gesundheitsfonds abgeführt werden. Die zuständige Aufsichtsbehörde legt dabei die konkrete Höhe fest und meldet sie an den Gesundheitsfonds.

Das Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot ist insoweit nicht nur verzichtbar, es kann sogar die Finanzstabilität von Krankenkassen gefährden, wie die praktische Erfahrung im Jahr 2024 zeigt. Maßgeblich für die Haushaltsplanung und die damit einhergehende Zusatzbeitragssatzkalkulation ist gemäß dieser Vorschrift die Finanzstatistik KV 45 für das dritte Quartal des laufenden Jahres. Ausweislich der KV 45 III. Quartal 2023 überschritten in der GKV insgesamt 9 Krankenkassen die gesetzlich vorgeschriebene Vermögensobergrenze, sodass für diese Krankenkassen im Rahmen der Haushaltsplanung 2024 für den 01.01.2024 ein Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot galt. Da infolge des Verbots einer absehbar dynamischen Ausgabenentwicklung auch nicht anteilig durch moderate Anpassungen des Zusatzbeitragssatzes entgegengewirkt werden konnte, führte dies aufgrund einer sogar noch über den Erwartungen liegenden Ausgabenentwicklung in der Folge dazu, dass zum 31.12.2024 insgesamt 8 der 9 betreffenden Krankenkassen die gesetzlich vorgeschriebene Mindestrücklage unterschritten hatten und eine Krankenkasse sogar bilanziell überschuldet war, obwohl sie ein Jahr zuvor dem Gesetz nach als „zu vermögend“ eingestuft wurden. Das Anhebungsverbot hatte somit im Ergebnis zu einer potenziellen Gefährdung der Leistungsfähigkeit dieser Krankenkassen geführt. Die ohnehin verzichtbare Regelung sollte daher gestrichen werden.

B) Änderungsvorschlag

In § 242 Absatz 1 wird Satz 4 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 260 Absatz 2 Satz 1 – Betriebsmittel, hier: Obergrenze der Finanzreserve der Krankenkassen

A) Neuregelungsbedarf

Ursächlich für die zuvor noch nie dagewesene hohe Zahl unterjähriger Zusatzbeitragssatzanhebungen in den letzten beiden Jahren (40 im Jahr 2024 und 22 im Jahr 2025) sowie für die Anhebungen – zumeist um mehrere Zehntel Beitragssatzpunkte – bei der überwiegenden Zahl der Krankenkassen zum 1. Januar 2025 und zum 1. Januar 2026 sind zu geringe Finanzreserven, um unerwartet hohe Ausgabensteigerungen (oder starke Einnahmenschwankungen) durch Rücklagen auffangen zu können.

Im Jahr 2021 mussten die Krankenkassen 8 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds abführen, weitere 2,5 Mrd. Euro im Jahr 2023. Befördert wurde der Abbau von Finanzreserven außerdem durch die gesetzlich vorgegebenen Absenkungen der Obergrenze der Finanzreserven auf 100 % einer Monatsausgabe nach Haushaltsplan der jeweiligen Krankenkasse im Jahr 2019, auf 80 % im Jahr 2021 sowie zuletzt auf 50 % einer Monatsausgabe im Jahr 2023. Zudem schreibt das Gesetz vor, dass diejenigen Finanzmittel, die nach zwei Jahren noch die (abgesenkte) Obergrenze überschreiten, an den Gesundheitsfonds abgeführt werden müssen. Im Jahr 2020 wurde ferner die Höhe der gesetzlichen Mindestrücklage von 25 % auf 20 % einer Monatsausgabe herabgesetzt.

Im Ergebnis betrug die Finanzreserve der Krankenkassen (ohne landwirtschaftliche Krankenkasse) zum Jahresende 2023 durchschnittlich 32 % einer Monatsausgabe. Am 31.12.2024 lag die durchschnittliche Finanzreserve der Krankenkassen nach unerwartet hohen Ausgabensteigerungen mit 5,7 % einer Monatsausgabe weit unterhalb der gesetzlichen Mindestrücklage. Zahlreiche Krankenkassen wiesen negative Finanzreserven aus. Die weit überwiegende Zahl der Krankenkassen war somit gezwungen einen mehr als ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatz zu erheben, um leistungsfähig zu bleiben und den gesetzlichen Vorgaben zum Aufbau der Mindestrücklage zu entsprechen. Ende 2025 lag die Finanzreserve von 58 der – seinerzeit noch – 93 Krankenkassen unterhalb der gesetzlichen Mindestrücklage.

Der Vermögensspielraum von aktuell 30 % bei einer Mindestrücklage von 20 % und einer Obergrenze von 50 % einer Monatsausgabe kann nach den im Finanzcontrolling und Risikomanagement des GKV-Spitzenverbandes gewonnenen Erfahrungen nicht sicherstellen, dass unterjährige Einnahmen- und Ausgabenschwankungen hinreichend ausgeglichen werden können. Wie Befragungen wiederholt gezeigt haben, bevorzugen die Mitglieder der Krankenkassen stabile Beitragssätze. Neben einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik bedarf es ausreichender Finanzreserven, um nicht nur auf der Ebene der GKV als Ganzes, sondern auch auf der Ebene der Einzelkasse, die gewünschte Stabilität sicherzustellen. Krankenkassen, die etwa mit einer Finanzreserve von 35 % einer Monatsausgabe im mittleren Bereich des aktuellen Vermögensspielraums liegen, müssen auf durchaus ‚normale‘ Schwankungsbreiten ihrer Einnahmen oder Ausgaben in Höhe von 20 % einer Monatsausgabe bei einem entsprechenden Einnahmenüberschuss mit einer Absenkung des Zusatzbeitragssatzes bzw. bei einem analogen Ausgabenüberschuss mit einer Anhebung reagieren, weil sie die vorgegebenen Grenzen des Vermögensspielraums überschreiten.

Die stufenweise Absenkung der Vermögensobergrenze hat, nicht wie vom Gesetzgeber erwartet, zu einer Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze, sondern zu einer Risikoverschärfung und zu häufigeren Zusatzbeitragssatzänderungen geführt. Ausweislich der endgültigen Finanzergebnisse (KJ 1) für das Jahr 2024 unterschritten 70 % der Krankenkassen die Mindestrücklage, die Hälfte davon wies ein negatives Vermögen aus. Zwar hat sich mit den teilweise über einem Beitragssatzpunkt liegenden Zusatzbeitragssatzanhebungen der letzten beiden Jahre die Gefährdungssituation etwas entspannt. Ein zu geringer Vermögensspielraum schränkt jedoch die Möglichkeiten im Risikomanagement der Krankenkassen zur Vermeidung einer Insolvenz bzw. Schließung einer Krankenkasse ein:

- GKV-typische Einnahmen- und Ausgabenschwankungen können überwiegend nur durch Zusatzbeitragssatzanpassungen kompensiert werden.
- Eigene Sanierungen sind wegen fehlender Mittel für Investitionen nur eingeschränkt möglich.
- Freiwillige Vereinigungen sind wegen fehlender Finanzstabilität von potenziellen Vereinigungspartnern deutlich erschwert.
- Für erforderliche Finanzhilfen, z. B. zum Erhalt der Leistungsfähigkeit einer größeren Krankenkasse oder mehrerer Krankenkassen gleichzeitig, sind im GKV-System nicht genügend Mittel verfügbar.

Es wird deshalb dringend empfohlen, die gesetzliche Obergrenze der zulässigen Finanzreserve nach § 261 Abs. 2 Satz 1 von gegenwärtig 50 % einer Monatsausgabe auf 100 % anzuheben, um neben der angestrebten durchschnittlich stabilen Zusatzbeitragssätze auch die finanzielle Stabilität der GKV mit Blick auf kassenindividuelle Einnahmen- und Ausgabenschwankungen insgesamt zu erhöhen.

B) Änderungsvorschlag

In § 260 Absatz 2 Satz 1 wird die Zahl ,50' durch die Zahl ,100' ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 266, 268 und 269 – Berücksichtigung Teilkrankengeld analog zum Krankengeld nach § 44

A) Neuregelungsbedarf

Mit der Einführung des Teilkrankengeldes im Rahmen des neuen § 44d bedarf es der Aufnahme der neuen Krankengeldleistung in den Regelungen zum Risikostrukturausgleich, um deren Berücksichtigung gleichartig zu den Leistungsausgaben nach § 44 SGB V klarzustellen. Dazu ist der Verweis auf den § 44d in Analogie zu § 44 in den §§ 266, 268 und § 269 SGB V aufzunehmen.

B) Änderungsvorschlag

In § 266 Absatz 11 letzter Satz werden nach der Paragrafennummer 44 ein Komma und die Paragrafennummer ,44d' eingefügt.

In § 268 Absatz 2 werden nach der Paragrafennummer 44 ein Komma und die Paragrafennummer ,44d' eingefügt.

In § 269 Absatz 1 wird jeweils ,§ 44' durch ,§§ 44 und 44d' ersetzt.

In § 269 Absatz 5 Satz 1 Nummer 5 wird ,§ 44' durch ,§§ 44 und 44d' ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275 – Begutachtung und Beratung

A) Neuregelungsbedarf

Mit § 275 Absatz 1b Satz 9 SGB V hat der Gesetzgeber eine spezifische Löschvorgabe für versichertenbezogene Daten eingeführt, die Krankenkassen im Vorfeld einer möglichen Beauftragung des Medizinischen Dienstes bei Arbeitsunfähigkeit erheben. Die Vorschrift verfolgt das Ziel, eine zweckgebundene Datenverarbeitung sicherzustellen und eine über den Entscheidungszweck hinausgehende Vorhaltung sensibler Gesundheitsdaten zu vermeiden.

In der praktischen Anwendung zeigt sich jedoch, dass die strikte Anknüpfung der Löschpflicht allein an den Entscheidungszeitpunkt über die Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten führt, wenn diese Daten zugleich für andere gesetzlich zugewiesene Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind. Dies betrifft insbesondere die Prüfung der Dauer des Krankengeldanspruchs nach § 48 SGB V, bei der Arbeitsunfähigkeitszeiten und zugrunde liegende Diagnosen – einschließlich Vorerkrankungen – maßgeblich sind.

Dies gilt in besonderer Weise für Angaben, die ausschließlich im Rahmen ärztlicher Anfragen nach § 275 Absatz 1b SGB V, insbesondere mittels Muster 52, übermittelt werden. Enthalten diese Angaben Diagnosen oder medizinische Sachverhalte, die der Krankenkasse zuvor nicht bekannt waren, können sie für die spätere Blockfristenberechnung nach § 48 Absatz 2 SGB V unabdingbar sein. Die Prüfung nach § 48 SGB V erfolgt regelmäßig erst anlassbezogen zu einem deutlich späteren Zeitpunkt, etwa bei Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit oder im Rahmen der Beurteilung der Höchstanspruchsdauer.

Würden die entsprechenden Unterlagen allein aufgrund des Wegfalls des ursprünglichen Prüfzwecks nach § 275 Absatz 1b SGB V gelöscht, bestünde die Gefahr, dass der Krankenkasse für die rechtmäßige Leistungsentscheidung entscheidungserhebliche Informationen nicht mehr zur Verfügung stehen. Dies kann zu fehlerhaften Blockfristenberechnungen führen und sowohl zu einer rechtswidrigen Verkürzung des Krankengeldanspruchs zulasten der Versicherten als auch zu ungerechtfertigten Leistungsgewährungen. Darüber hinaus führt die Löschung von Angaben des Musters 52 gemäß § 275 Abs. 1b Satz 9 SGB V vermehrt zu Schwierigkeiten in der Widerspruchsbearbeitung

Die dargestellte Problematik wird auch durch die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger geteilt. In ihrer Arbeitstagung vom 12. bis 13. November 2025 stimmen diese ausweislich der Protokollierung zu TOP 09 darin überein, dass „die zum Zweck der Entscheidung über die Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit erhobenen und verarbeiteten Daten, soweit diese für die Prüfung und Nachweisführung des Anspruchs auf Krankengeld (Blockfristenberechnung) notwendig sind, nicht unmittelbar zu löschen sind“. Nach Auffassung der Aufsichtsbehörden können diese Informationen auch über den Zeitpunkt der Beauftragung bzw. der Begutachtung hinaus aufbewahrt werden, um Arbeitsunfähigkeitszeiten für eine gegebenenfalls später vorzunehmende Blockfristenberechnung heranzuziehen.

Diese einheitliche aufsichtsrechtliche Bewertung verdeutlicht, dass eine ausschließlich am Wortlaut des § 275 Absatz 1b Satz 9 SGB V orientierte Auslegung dem systematischen Zusammenhang des

Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gerecht wird. Gleichwohl fehlt bislang eine ausdrückliche gesetzliche Klarstellung, die diese Auslegung absichert und eine bundeseinheitliche, rechtssichere Umsetzung gewährleistet.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine gesetzgeberische Präzisierung erforderlich, die klarstellt, dass die Löschpflicht nach § 275 Absatz 1b Satz 9 SGB V dort ihre Grenze findet, wo die erhobenen Daten für die Erfüllung anderer gesetzlicher Aufgaben der Krankenkassen – insbesondere für die rechtmäßige Anwendung des § 48 SGB V in Verbindung mit § 284 Absatz 1 Nummer 4 SGB V – weiterhin benötigt werden.

Daneben ist eine weitere klarstellende Anpassung in § 275 Abs. 1b Satz 2 SGB V erforderlich. Nach dieser Regelung dürfen die Krankenkassen für die Feststellung, ob eine Einschaltung des Medizinischen Dienstes erforderlich ist, bei den Versicherten nur folgende Angaben erheben:

1. Angaben dazu, ob eine Wiederaufnahme der Arbeit absehbar ist und gegebenenfalls zu welchem Zeitpunkt eine Wiederaufnahme der Arbeit voraussichtlich erfolgt, und
2. Angaben zu konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen.

Dies führt bei ausschließlicher Orientierung am Gesetzeswortlaut dazu, dass die Krankenkassen nur bei in Beschäftigung stehenden Versicherten die vorgenannten Angaben im Zusammenhang mit der Wiederaufnahme der Arbeit erheben dürfen. Bei Versicherten im Leistungsbezug nach dem SGB III sind die Angaben über den Zeitpunkt, zu dem voraussichtlich die Verfügbarkeit für die Arbeitsvermittlung wieder besteht in gleicher Weise für die mögliche Beauftragung des Medizinischen Dienstes relevant. Da in der Praxis insoweit Rechtsunsicherheit besteht, wird eine Klarstellung im Gesetz angeregt.

B) Änderungsvorschläge

In § 275 Absatz 1b SGB V werden folgende Änderungen vorgenommen:

- a) Satz 2 wird wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Sollte die Verarbeitung bereits bei den Krankenkassen vorhandener Daten für den Zweck nach Satz 1 nicht ausreichen, dürfen die Krankenkassen abweichend von Satz 1 zu dem dort bezeichneten Zweck bei den Versicherten nur folgende versichertenbezogene Angaben im jeweils erforderlichen Umfang erheben und verarbeiten:

1. Angaben dazu, ob eine Wiederaufnahme der Arbeit **oder die Wiederherstellung der Verfügbarkeit nach dem Dritten Buch** absehbar ist und gegebenenfalls zu welchem Zeitpunkt eine Wiederaufnahme der Arbeit voraussichtlich erfolgt **oder die Verfügbarkeit nach dem Dritten Buch wieder vorliegt**, und
2. Angaben zu konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit **oder der Wiederherstellung der Verfügbarkeit nach dem Dritten Buch** entgegenstehen.“

Nach Satz 9 wird folgender Satz 10 angefügt:

„Die Löschpflicht nach Satz 1 besteht nicht, soweit und solange die Daten zur Prüfung, Feststellung oder Nachweisführung des Anspruchs auf Krankengeld nach § 48 erforderlich sind.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275c Absatz 6 Nummer 1 – Aufnahme der tagesbezogenen Pflegeentgelte in den zulässigen Prüfumfang

A) Neuregelungsbedarf

Die FinanzKommission Gesundheit hat unter Punkt 6.6.3 (Reformempfehlung 27) ihres ersten Berichtes empfohlen, die Pflegepersonalkosten wieder in das DRG-System einzugliedern. Die Pflegeentgelte wären somit wieder Bestandteil des Rechnungsprüfumfanges geworden. Die FinanzKommission Gesundheit führt aus: „Die Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System ab 2027 kommt ab 2028 faktisch einer Integration dieser Kosten in das Vorhaltebudget gleich.“ Da der Reformvorschlag nicht konsequent umgesetzt wird, ist eine entsprechende gesetzliche Anpassung durch Streichung der Regelung des § 275c Abs. 6 Nummer 1 vorzunehmen.

Sollte diese nicht umgesetzt werden, besteht für die GKV ein Wettbewerbsnachteil gegenüber der PKV fort, die eine volle Prüfung der Pflegeentgelte durchführen darf. Das durch diese Regelung entgehende Erstattungsvolumen ist finanziell erheblich und kann zusammen mit dem bestehenden Nachteil der GKV gegenüber der PKV infolge der Prüfquote eine wettbewerbsrelevante Größenordnung erreichen, da die privaten Krankenversicherungen ihre Prüf- und Korrekturmöglichkeiten weiterhin weitgehend uneingeschränkt wahrnehmen können.

Zudem würde durch die Anpassung auch ein Wettbewerbsnachteil der psychiatrischen Krankenhäuser bzw. psychiatrischen Fachabteilungen gegenüber den somatischen Krankenhäusern bzw. somatischen Fachabteilungen aufgehoben werden. Dort erfolgt weiterhin eine Kürzung der Pflegekosten, wenn im Rahmen der Abrechnungsprüfung Behandlungstage auf Basis eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes gekürzt werden, da die Pflegekosten in den tagesbezogenen Vergütungen enthalten sind.

B) Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 6 Nummer 1 SGB V wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 304 – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse

A) Neuregelungsbedarf

§ 304 Abs. 1 Nr. 1 SGB V regelt, dass die nach § 292 SGB V von den Krankenkassen gespeicherten Angaben über die Leistungsvoraussetzungen nach spätestens 10 Jahren zu löschen sind. Eine gesetzliche Regelung, nach der Arbeitsunfähigkeitsdaten von dieser absoluten Lösungsfrist ausgenommen wären, gibt es nicht. Folglich dürfen gemäß § 304 Abs. 1 Nr. 1 SGB V formal auch die von den Krankenkassen rechtmäßig gespeicherten Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen für höchstens 10 Jahre aufbewahrt werden.

Dem entgegen steht, dass die Krankenkassen für die rechtmäßige Erfüllung ihrer Aufgabe nach § 48 SGB V ggf. auch Kenntnis über länger zurückliegende Arbeitsunfähigkeitszeiträume benötigen. Um sicherzustellen, dass die Krankenkassen bei der Feststellung der Dauer des Anspruchs auf Krankengeld nach § 48 SGB V alle relevanten Arbeitsunfähigkeitszeiten berücksichtigen können, ist es grundsätzlich erforderlich, dass die Krankenkassen die Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen ihrer mit Anspruch auf Krankengeld Versicherten für die Dauer des Erwerbslebens aufbewahren. Maßgeblich für die korrekte Ermittlung der Blockfristen nach § 48 Abs. 2 SGB V ist nach derzeitiger Rechtslage der erstmalige Eintritt von Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit; dieser kann mehr als 10 Jahre zurückliegen. Eine aufgrund unvollständiger Daten nicht korrekt ermittelte Blockfrist kann eine rechtswidrige Verkürzung des Krankengeldanspruchs und damit eine Verletzung schutzwürdiger Interessen der Versicherten zur Folge haben. Aufgrund der relativen Lösungsfrist des § 84 Abs. 2 SGB X sind die genannten Daten daher so lange aufzubewahren, wie dies erforderlich ist, um eine rechtmäßige Feststellung der Dauer des Anspruchs auf Krankengeld nach § 48 SGB V sicherzustellen.

Diese einander entgegenstehenden gesetzlichen Anforderungen führen zu Rechtsunsicherheit in der Praxis, sodass eine gesetzliche Klarstellung erforderlich ist.

Als Lösung infrage käme grundsätzlich entweder eine gesetzliche Eingrenzung der zur Feststellung der Dauer des Krankengeldes nach § 48 SGB V heranzuziehenden Arbeitsunfähigkeitszeiten auf solche, die nicht länger als 10 Jahre zurückliegen, oder eine über die in § 304 Abs. 1 Nr. 1 SGB V festgelegte Lösungsfrist hinausgehende gesetzliche Befugnis zur Speicherung der betreffenden Daten, soweit dies für die Ermittlung der Dauer des Krankengeldanspruchs nach § 48 SGB V erforderlich ist. Da eine Umsetzung der erstgenannten Lösungsvariante eine weitergehende inhaltliche Änderung der Anspruchsvoraussetzungen implizieren würde und keine Hinweise darauf vorliegen, dass dies gesetzgeberisch intendiert ist, wird im Sinne der zweiten Lösungsmöglichkeit folgende Änderung vorgeschlagen:

B) Änderungsvorschlag

§ 304 Abs. 1 SGB V wird wie folgt geändert:

Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 1 haben Krankenkassen die rechtmäßig gespeicherten Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen sowie die damit verbundenen Anspruchszeiten auf Krankengeld aufzubewahren, soweit und solange diese zum Zweck der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Feststellung der Dauer des Anspruchs auf Krankengeld nach § 48 benötigt werden.“

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

Streichung zusätzlicher, nicht kriteriengestützter Fördertatbestände

A) Neuregelungsbedarf

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

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

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

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

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

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

B) Änderungsvorschlag

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

Hierzu ist eine Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie des Krankenhausentgeltgesetzes erforderlich:

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

- a. § 39 (Förderbeträge für bestimmte Leistungsbereiche) wird vollständig gestrichen.
- b. In den §§ 39 ff. werden sämtliche Verweise auf zusätzliche Fördermittel für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie auf Förderungen für Hochschulkliniken gestrichen, soweit diese außerhalb der Vorhaltebudgets gewährt werden.

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

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

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

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

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

Folgeänderungen/Klarstellung

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

Über die Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit hinaus spricht sich der GKV-Spitzenverband zudem für die Streichung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG aus. Diese Aufgaben gehen über die in der Regelversorgung vorgesehene Zusammenarbeit der Krankenhäuser hinaus, lassen jedoch keine eindeutige Abgrenzung zu den bestehenden Zentrumsregelungen des G-BA erkennen.

Sollte es bei den zusätzlichen Fördertatbeständen bleiben und die vorgeschlagene Aufhebung nicht vorgenommen werden, ist eine zeitnahe wissenschaftliche Evaluation der Effekte erforderlich. Nur bei einem soliden Nachweis positiver Effekte dürfen die Zuschläge weiterhin bereitgestellt werden.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes), Änderung des Pflegeberufegesetzes sowie Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung

Sicherung von Ausbildungszuschlägen im Rahmen von Krankenhausinsolvenzen

A) Neuregelungsbedarf

In vielen Bundesländern werden die Ausbildungskosten nach § 17a Absatz 1 KHG über ein Umlageverfahren finanziert. Dabei werden bei allen Krankenhäusern im Bundesland Ausbildungszuschläge erhoben, die an einen Ausgleichsfonds abgeführt und an die ausbildenden Krankenhäuser im Bundesland ausgezahlt werden. Die Mittel sind zweckgebunden für die Ausbildung zu verwenden.

Im Fall einer Krankenhausinsolvenz besteht die Gefahr, dass die in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge nicht an den Ausgleichsfonds abgeführt werden, sondern in der Insolvenzmasse aufgehen und somit zweckentfremdet werden. Um die zweckentsprechende Mittelverwendung auch im Rahmen einer Insolvenz sicherzustellen, sollten die Beteiligten auf Landesebene in den Verfahrensregelungen im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds sicherstellen, dass während des Insolvenzverfahrens die vom Krankenhaus in Rechnung zu stellenden Zuschläge, die an den Ausgleichsfonds abzuführenden Zahlungen sowie die bei einem ausbildenden Krankenhaus aus dem Ausgleichsfonds auszahlenden Raten ausgesetzt werden.

Das gleiche Problem besteht beim Umlageverfahren nach dem Pflegeberufegesetz. Auch hier sollten deshalb in den Verfahrensregelungen auf Landesebene Regelungen für den Insolvenzfall aufgenommen werden.

Die Wiederaufnahme aller Zahlungsströme nach Beendigung des Insolvenzverfahrens sowie ein Ausgleich etwaiger Differenzen aufgrund der Aussetzung der Zahlungen, können ebenfalls in den Verfahrensregelungen bestimmt werden. Hierzu bedarf es keiner Erweiterung der Rechtsgrundlage, da beispielsweise der Ausgleich der Differenz zwischen den abgerechneten Zuschlägen eines Krankenhauses und den an den Fonds abgeführten Mitteln bereits heute in den Verfahrensregelungen vieler Länder enthalten ist.

B) Änderungsvorschlag

Folgende Änderungen werden vorgeschlagen:

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

In § 17a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 KHG wird vor dem Punkt am Ende folgender Satzteil eingefügt: „sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellenden Zuschläge, der nach Absatz 6 Satz 4 an den Ausgleichsfonds abzuführenden Zahlungen und der aus dem Ausgleichsfonds nach Satz 5 zu zahlenden monatlichen Raten, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers eines Krankenhauses gestellt wurde“

Pflegeberufegesetz (PflBG)

In § 33 Absatz 6 Satz 2 PflBG wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und der folgende Satzteil eingefügt: „sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellenden Zuschläge, wenn ein Antrag

auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers einer Einrichtung nach § 7 Absatz 1 gestellt wurde“

Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV)

Die Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) wird wie folgt geändert:

In § 15 wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt:

„Wurde durch einen Träger der praktischen Ausbildung ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen gestellt, setzt die zuständige Stelle die Zahlung der Ausgleichszuweisungen ab Antragstellung aus.“

In § 19 Absatz 1 werden vor dem Komma die Wörter **„oder als Träger einer Einrichtung nach § 7 Absatz 1 PflBG einen Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen stellt“** eingefügt.

Artikel 6 (Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung)

§§ 2, 4, 7 und 18 – Berücksichtigung Teilkrankengeld analog Krankengeld nach § 44 SGB V

A) Neuregelungsbedarf

Mit der Einführung des Teilkrankengeldes im Rahmen des neuen § 44d bedarf es der Aufnahme der neuen Krankengeldleistung in den Regelungen zum Risikostrukturausgleich, um deren Berücksichtigung gleichartig zu den Leistungsausgaben nach § 44 SGB V klarzustellen. Dazu ist der Verweis auf den § 44d in Analogie zu § 44 in den §§ 2, 4, 7 und 18 RSAV aufzunehmen.

B) Änderungsvorschlag

In § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 wird nach der Paragrafennummer 44 ,oder § 44d' eingefügt.

In § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden nach der Paragrafennummer 44 ein Komma und die Paragrafennummer ,44d' eingefügt.

In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 werden nach der Paragrafennummer 44 ein Komma und die Paragrafennummer ,44d' eingefügt.

In § 18 Absatz 1 Satz 2 wird nach der Paragrafennummer 44 ,oder § 44d' eingefügt.

Artikel 7 (neu) (Änderung der Insolvenzordnung)

Nationale Umsetzung der Richtlinie (EU) 2026/799 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30.03.2026 zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts

A) Neuregelungsbedarf

Nach derzeit geltender Rechtslage sind die Sozialversicherungsträger in Deutschland in Insolvenzverfahren den einfachen Insolvenzgläubigern gleichgestellt. Dies führt dazu, dass bereits gezahlte Sozialversicherungsbeiträge im Wege der Insolvenzanfechtung von Insolvenzverwaltern zurückgefordert und der Insolvenzmasse zugeführt werden können. Durch diese Insolvenzanfechtungen werden den Krankenkassen und den übrigen Sozialversicherungsträgern insgesamt jährlich Beitragsmittel in Höhe von mehreren 100 Mio. Euro zur Aufstockung der Insolvenzmasse entzogen.

Die langjährige Forderung der deutschen Sozialversicherung, dass Sozialversicherungsbeiträge, die von später insolventen Unternehmen gezahlt wurden, von der Anfechtung durch Insolvenzverwalter ausgenommen werden können, fand nun Eingang in die EU-Richtlinie zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts. Mit der Veröffentlichung der neuen EU-Insolvenz-Richtlinie im EU-Amtsblatt besteht nun die Möglichkeit, die in Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie formulierte Ausnahme in deutsches Recht umzusetzen.

B) Änderungsvorschlag

Die Richtlinie (EU) 2026/799 eröffnet die Möglichkeit, Zahlungen an Sozialversicherungsträger von der Insolvenzanfechtung auszunehmen oder bevorzugt zu behandeln und damit den Sozialversicherungsträgern zweckentsprechend zur Verfügung zu stellen. Dieser Gestaltungsspielraum muss genutzt werden, um die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme und somit die gesetzliche Krankenversicherung zu stabilisieren.