

## STELLUNGNAHME ZUM GKV-BEITRAGSSATZSTABILISIERUNGSGESETZ (BStabG)

STAND: 11.06.2026

**Stabile GKV-Financen sind nur dann zu erreichen, wenn solide gewirtschaftet wird und sachfremde staatliche Eingriffe unterbleiben und korrigiert werden.**

### Kernpunkte

- Das Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik ist der Schlüssel für stabile GKV-Financen. Es muss zukünftig über alle Leistungsbereiche hinweg wieder eingehalten werden und für eine angemessene Steigerung von Vergütungen und Preisen sorgen. Wichtig ist, auch bei der Entwicklung der Leistungsmenge zu wirksamen Steuerungsinstrumenten zurückzukehren.
- Es darf keine Haushaltssanierung des Bundes über die GKV und damit zulasten von Versicherten und Arbeitgebern geben. Kosten versicherungsfremder Leistungen, die die GKV im Auftrag des Staates übernimmt, müssen vollumfänglich aus Steuermitteln beglichen und die Beträge entsprechend der Ausgabenentwicklung dynamisiert werden. Kürzungen sind vollkommen unangemessen.
- Die Gesundheitskosten von Bürgergeldempfangenden müssen vollumfänglich aus Steuermitteln ausgeglichen werden. Laut Berechnungen der Finanzkommission Gesundheit (FKG) sind dafür monatlich über 400 Euro pro Versicherten nötig (insgesamt: zwölf Milliarden Euro jährlich). Mit den im Gesetzentwurf geplanten 250 Millionen Euro lassen sich die Betroffenen rechnerisch nur eine Woche lang kostendeckend versorgen.
- Angesichts der finanziellen Lage verbieten sich neue Belastungen der GKV. Schutzzäune für die pharmazeutische Industrie, die erheblich vom einzigartig schnellen und umfassenden Marktzugang neuer Arzneimittel in Deutschland profitiert, sind für die Standortattraktivität weder erforderlich noch sachgerecht. Wirtschaftsförderung ist keine Aufgabe der Beitragszahlenden.
- Abgaben auf gesundheitsrelevante Verbrauchsgüter wie zuckergesüßte Getränke oder Tabak können gesundheitsförderliches Verhalten unterstützen. Die Mittel müssen vollständig in das Gesundheitssystem fließen, um zur Verbesserung der Prävention eingesetzt zu werden.

Der vdek begrüßt das Ziel der Koalition, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Beitragssätze zu stabilisieren. Mit Blick auf das dynamische Ausgabenwachstum in den letzten Jahren und die stark gestiegenen Zusatzbeitragssätze ist dies dringend geboten. Die Ersatzkassen sind jedoch besorgt, dass dieses Ziel im BStabG und weiteren aktuellen Gesetzgebungsverfahren aus dem Blick gerät. Von den Vorschlägen der FKG mit einem Finanzvolumen von 42,3 Milliarden Euro für 2027 wurden in den Referentenentwurf noch Maßnahmen in Höhe von 19,6

Milliarden Euro aufgenommen. Im aktuellen Gesetzentwurf sind davon noch 16,3 Milliarden Euro übriggeblieben. Die Finanzierungslücke der GKV wird bestenfalls noch bis 2028 geschlossen. Die Vorschläge der FKG würden demgegenüber bis 2030 für ausgeglichene GKV-Financen sorgen. Damit würde Zeit gewonnen, bis die von der FKG avisierten Strukturformen politisch bewertet, umgesetzt und ausgabendämpfend wirken können.

Gegenwärtig drängt sich der Verdacht auf, dass die Brisanz der Situation vielerorts verdrängt wird. Das Ziel der Beitragsstabilität gerät gegenüber industriepolitischen Erwägungen in den Hintergrund. Mit der Abschaffung der Leitplanken für Erstattungsbeträge sowie des kostendämpfenden Kombinationsabschlags (Mehrausgaben: 210 Millionen Euro p. a.) oder dem im Zuge des Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetzes (ApoVWG) umgesetzten Verbot exklusiver Rabattverträge für Biosimilars (entgangene Einsparung: 2,7 Milliarden Euro) wird die pharmazeutische Industrie netto entlastet, statt einen Konsolidierungsbeitrag zu leisten. Auch Apotheken wird eine flächendeckende Anhebung des Packungsfixums ohne Rücksicht auf die Finanzlage zugesagt (Mehrausgaben: eine Milliarde Euro). Damit wird ihr Sparbeitrag im BStabG sogar überkompensiert. Mit dem gießkannenartigen Zuschlag geht noch nicht einmal eine gezielte Förderung der Apotheken in strukturschwachen Regionen einher. Und die Länder scheinen ausweislich ihrer Beratungen im Bundesrat das Ziel der Begrenzung der Ausgabendynamik generell nicht mitzutragen. Auch der Bund stiehlt sich aus der Verantwortung und priorisiert das Ziel der Konsolidierung des Bundeshaushalts zulasten der Beitragszahlenden. Die geplante Kürzung des Bundeszuschusses um 1,75 Milliarden Euro widerspricht zudem diametral den Vorschlägen FKG. Sie hatte eine Anhebung und regelhafte Dynamisierung entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen empfohlen, um die Kosten für versicherungsfremde Leistungen gerecht auf alle Schultern zu verteilen.

Wird diesem Trend nicht entschlossen entgegengewirkt, droht ein düsteres Szenario. Wie die FKG geht auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung von dynamisch steigenden GKV-Beiträgen aus. In seinem jüngsten Frühjahrsgutachten stellt er bis 2040 einen Anstieg des GKV-Beitragsatzes um 2,3 Prozentpunkte auf 19,8 Prozent in Aussicht. Dies würde die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft schwer belasten und die Gefahr einer Überforderung der Beitragszahlenden bergen.

### Änderungsbedarf im Gesetzgebungsverfahren

#### **Der Staat muss seine Rechnung für bestellte Leistungen begleichen**

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren muss an mehreren Stellen nachgesteuert werden. Neben allen Leistungsbereichen, den Krankenkassen, Versicherten und Arbeitgebern muss auch der Staat seinen Beitrag zur Konsolidierung leisten und von ihm bestellte Leistungen etwa für Familien oder Mutterschaft ausgleichen. Der Grundsatz, „wer bestellt, bezahlt“, muss auch für den Bund gelten. Der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen ist kein flexibler Haushaltsposten, der je nach Kassenlage beliebig angepasst werden kann, um Löcher zu stopfen.

Der sogenannte „Einstieg“ in die Finanzierung der Gesundheitskosten von Grundversicherungsempfängenden deckt gerade einmal zwei Prozent der tatsächlichen Deckungslücke von aktuell zwölf Milliarden Euro. Auch zukünftig ist kein Ausgleich abzusehen. Die systemwidrige und gegen die Verfassung verstoßende Belastung der Beitragszahlenden mit der Finanzierung der Kosten einer Gemeinschaftsaufgabe bleibt damit bestehen.

### **Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik muss ohne Ausnahmen umgesetzt werden**

Die FKG hat mit ihrem Ende März vorgelegten Bericht eindrucksvoll gezeigt, wie eine nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finzen durch die konsequente Begrenzung des Ausgabenanstiegs möglich ist. Die Ersatzkassen sprechen sich deshalb dafür aus, mit dem BStabG zahlreiche Vorschläge der FKG zügig umzusetzen. Insbesondere der Grundsatz zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik – umgesetzt durch die Grundlohnsummenbindung der Ausgaben in allen Versorgungsbereichen – ist ein zwingender Meilenstein für die nachhaltige Finanzierung. Ergänzend zu diesem Preisinstrument müssen Maßnahmen zur Begrenzung von Mengensteigerungen umgesetzt werden.

In der Vergangenheit hat die stetige Ausweitung von Sondertatbeständen das Wirtschaftlichkeitsprinzip der GKV derart untergraben, dass die Ausgaben unkontrolliert gewachsen sind. Unverständlicherweise wiederholt die Bundesregierung diesen Fehler nun mit den geplanten Ausnahmen vom dynamischen Herstellerabschlag für Arzneimittel. Prinzipiell ist der Abschlag ein richtiges Instrument, um Ausgabensteigerungen bei patentgeschützten Arzneimitteln zu begrenzen. Die geplante weitreichende Befreiung für Unternehmen, die teilweise in Deutschland forschen und produzieren, hebt ihn jedoch aus, bevor er überhaupt greifen kann. Statt den von der Finanzkommission erwarteten 2,3 Milliarden Euro, hält der vdek unter den im Gesetzentwurf enthaltenen Bedingungen nur noch ein Einsparvolumen von 800 Millionen Euro für realistisch. Ähnliches gilt für die im Gesetzentwurf wieder eingeführte Tarifierfinanzierung im Krankenhaus oberhalb der Grundlohnrate. Obwohl die Bundesregierung in ihrer eigenen Bestandsaufnahme richtigerweise die Ausgabendynamik als Kern des Finanzierungsproblems erkannt hat, schwächt sie das Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und privilegiert einzelne Versorgungsbereiche.

### **Schieflage bei der Lastenverteilung begradigen**

Damit wird zugleich die zur Akzeptanz des Gesetzes entscheidende Regelung, dass alle Beteiligten gleichermaßen einen fairen Konsolidierungsbeitrag leisten müssen, ohne Not infrage gestellt. Während in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung Einsparungen von 4–5 Prozent der dortigen Leistungsausgaben geplant sind, soll die Arzneimittelversorgung nur 3,2 Prozent ihres Ausgabenvolumens senken. Auch die Heilmittelerbringer werden mit 2,4 Prozent Kostendämpfung vergleichsweise geschont, obwohl die Ausgaben in diesem Bereich binnen fünf Jahren um fast zwei Drittel gestiegen sind. Dagegen sollen die Beitragszahlenden mehr als ein Viertel des gesamten Einsparvolumens schultern, obwohl ihre Zusatzbeiträge seit 2019

bereits kontinuierlich gestiegen sind. Durch die geplante Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze 2027 müssen sie in der Spitze fast neun Prozent höhere Beiträge bzw. 1.090 Euro mehr pro Jahr zahlen. Hier muss im parlamentarischen Verfahren im Sinne einer fairen Lastenverteilung nachgesteuert werden. So sollten z. B. Biosimilars, bei denen unsere europäischen Nachbarn Einsparungen in Milliardenhöhe erzielen, ohne Ausnahme in das System dynamischer Herstellerabschläge einbezogen werden, zumal wettbewerbliche Instrumente wie Rabattverträge im Zuge des ApoVWG erheblich beschränkt werden.

### **Keine Wirtschaftsförderung mit Beitragsmitteln**

Auch sachlich sind die geplanten Sonderregeln für pharmazeutische Unternehmen, die hierzulande forschen und produzieren, unbegründet. Zwischen der Preisgestaltung für Arzneimittel und der Standortentscheidung von global tätigen Unternehmen besteht kein Zusammenhang. Nicht umsonst erwartet die Finanzkommission durch die Einführung dynamischer Herstellerabschläge keine negativen Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung. Die Förderung klinischer Arzneimittelstudien und von Industriestandorten in Deutschland mag wirtschaftspolitisch wünschenswert sein. Dies über eine Befreiung vom dynamischen Herstellerabschlag zu finanzieren, zweckentfremdet jedoch Beitragsmittel für Standortförderung. Das ist ordnungspolitisch falsch und mit Blick auf die bereits hohe Belastung der Beitragszahlenden, die man zu entlasten vorgibt, fatal.

### **Für eine dauerhafte Stabilisierung muss nachgebessert werden**

Insgesamt ist das Gesetz durch die im Kabinettsentwurf entstandene Verwässerung finanziell auf Kante genäht. 2027 kann die erwartete Deckungslücke mit dem aktuellen Paket nur dann geschlossen werden, wenn sich die konjunkturelle Entwicklung nicht weiter eintrübt, die Ausgabendynamik in der GKV nicht weiter beschleunigt und die Einsparwirkungen auch tatsächlich im kalkulierten Umfang eintreten. Auch dürfen keine weiteren Abstriche im parlamentarischen Verfahren erfolgen.

Dass der Gesetzentwurf trotz der gegenüber dem Referentenentwurf zurückgenommenen Maßnahmen von einem weitestgehend unveränderten Einsparvolumen bei Leistungserbringern und Herstellern ausgeht, lässt erhebliche Zweifel an der Verlässlichkeit der Finanzschätzungen aufkommen. Der vdek fordert die Koalition auf, im parlamentarischen Verfahren eine angemessene Beteiligung aller Leistungsbereiche und des Staates an der Konsolidierung der GKV sicherzustellen und weitere Vorschläge der Finanzkommission zu ergänzen. Dazu gehören zum Beispiel

- die vollständige Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System (Maßnahme Nr. 27 der FKG)
- die Streichung zusätzlicher Fördertöpfe in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Units, spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sowie für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und Hochschulkliniken (Nr. 36)
- die Erhöhung des Herstellerrabatts für patentgeschützte Arzneimittel von sieben auf 14 Prozent (Nr. 37)
- die Wiedereinführung von Ausschreibungen für Hilfsmittel (Nr. 47)
- die Einführung eines einjährigen Preismoratoriums für Heilmittel (Nr. 24).

**Kommentierung im Detail**  
zum  
Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – BStabG)

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<b>Artikel 1   Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
3	§ 4 Abs. 5	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sollen sich künftig analog der Ausgabensteigerung anderer Leistungserbringer an der Grundlohnrate orientieren. Ausgenommen davon sind Ausgaben zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit und Informationstechnik und Aufwendungen für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahlen.</p> <p><b>Bewertung</b> Ausnahmen für Sondertatbestände wie die kritische Infrastruktur und die Sozialversicherungswahlen als Online-Wahlen sind richtig, sie sollten aber auf die gesamten Ausgaben für die Sozialwahlen als Wahlen mit Wahlhandlung ausgeweitet werden. Nur wenige Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenversicherung können sich bei ihrer Amtsausführung direkt auf das Votum der Wahlberechtigten berufen. Für die Ersatzkassen ist diese urdemokratische Legitimation seit Jahrzehnten ein wichtiger Bestandteil ihrer Arbeit für die Versicherten und ihres Selbstverständnisses.</p> <p>Die Durchführung der Sozialwahlen mit Wahlhandlung verursacht nicht unerhebliche Verwaltungskosten, wie zum Beispiel entstehende Portokosten. Diese sind häufig kaum durch Steuerungsmaßnahmen gestaltbar. Bei den vorangegangenen Sozialwahlen wurden daher mit gutem Grund die Kosten der Sozialwahlen mit Wahlhandlung jeweils</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>aus den damals bestehenden Verwaltungskostendeckelungen herausgenommen. Die Ausnahmeregelung sollte daher für die gesamten Kosten der Sozialversicherungswahlen als Wahl mit Wahlhandlung gelten.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>  Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt: „(5) Die Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse dürfen sich ab dem Haushaltsjahr 2027 gegenüber dem vorausgegangenen Haushaltsjahr jeweils nur nach Maßgabe der Entwicklung der Durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 je Versicherten erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik sowie für Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als <del>On-</del>line-Wahl mit Wahlhandlung entstehen.“</p>
4b)	§ 4a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>  In der Gesetzesbegründung wird konkretisiert, welche weiteren Konten der Halbierung der Werbeausgaben von Krankenkassen inbegriffen sind und damit sowohl die Basis als auch der einzusparende Betrag deutlich erhöht. Insbesondere wird die Aufwandsentschädigung für externe gewerblich vermittelnd tätige Dritte (Finanzdienstleister) einbezogen.</p> <p><b>Bewertung</b>  Eine Zuordnung der sachlichen Beratungs- und Aufklärungsleistungen externer Finanzdienstleister darf nicht pauschal den Aufwendungen zu Werbeaufwendungen zugeordnet werden. Sie sind vielmehr differenziert danach zu beurteilen, ob sie werblichen Charakter haben oder der qualifizierten Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten und Arbeitgebern dienen. In vielen Fällen erfüllen sie eine wichtige Informations- und Orientierungsfunktion für Versicherte, potenzielle Neukundinnen und Neukunden sowie Arbeitgeber. Insbesondere im Entscheidungsprozess zur Krankenkassenwahl haben sie die wichtige Funktion, Leistungsunterschiede, Beitragsfragen und individuelle Versorgungssituationen verständlich einzuordnen. Hervorzuheben sind Gruppen mit erhöhtem Beratungsbedarf: Beispielsweise Selbstständige, Berufseinsteiger:innen, Familien, Arbeitgeber oder Personen mit komplexeren Versicherungs- und Versorgungssituationen. Gerade bei diesen Zielgruppen ist eine qualifizierte persönliche Beratung häufig entscheidend, um die Unterschiede zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung verständlich und wirksam vermitteln zu können.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Um eine systemische Schieflage mit einem selektiv kalkulierenden Versicherungssystem gegenüber einem solidarisch finanzierten System zu verhindern, darf dieses in seiner vertrieblichen Handlungsfähigkeit, Sichtbarkeit und Wettbewerbsposition nicht weiter begrenzt werden. Während die private Krankenversicherung durch Prämien-gestaltung, Vertragsfreiheit und Risikoselektion strukturelle Wettbewerbsvorteile besitzt und durch zusätzliche Belastungen rund um Familienkonstellationen weiter an relativer Attraktivität gewinnen kann, würde die GKV in ihren Möglichkeiten zur aktiven Beratung, Ansprache und Mitgliedergewinnung weiter eingeschränkt. Dies würde nicht nur einzelne Krankenkassen, sondern den fairen Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen und gegenüber der privaten Krankenversicherung insgesamt schwächen.</p> <p>Unabhängig davon müsste die qualifizierte persönliche Beratung ansonsten zu deutlich höheren Kosten von hauptamtlichen Kassenmitarbeitenden erbracht werden und würde damit die GKV-Verwaltungskosten erhöhen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> In der Begründung zur Änderung von Absatz 4a Satz 1 Nr. 2 sind die Aufzählung des Kontos 7004 sowie die weitere Ausführung zu Konto 7004 (abschließender Satz) zu streichen. Eine Hinzurechnung der unter dem Konto 7004 gebuchten Ausgaben, die in den Wettbewerbsgrenzen Rdz. 17 und 35a als Aufwandsentschädigung für externe vermittelnd tätige Dritte (Finanzdienstleister) bezeichnet werden, zu den in Summe begrenzten Werbeausgaben ist weiterhin nicht sachgerecht.</p>
8	§ 11 Abs. 6 Satz 4	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die Möglichkeit der Krankenkassen, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen als zusätzliche Satzungsleistungen anzubieten, wird mit § 11 Absatz 6 Satz 4 (neu) gestrichen.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Änderung wird begrüßt. Die Satzungsleistungen werden zum 1.1.2027 ausgeschlossen, der reguläre Leistungsanspruch gem. § 31 SGB V erlischt mit Inkrafttreten des Gesetzes. Dies sollte zeitgleich erfolgen.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Änderungsvorschlag</b> Keiner</p>
9	§ 25 Abs. 4	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird aufgefordert, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten auf der Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse zu überprüfen und ggf. anzupassen und inhaltlich weiterzuentwickeln. Dabei sollen insbesondere auch spezifische Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen und geschlechtsbezogene Unterschiede im Hinblick auf das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zusammenhängender Erkrankungen berücksichtigt werden. Ferner wird der G-BA aufgefordert, das Hautkrebs-screening anhand des aktuellen medizinischen Wissensstands sowie der möglichen Screeningintervalle zu überprüfen und ggf. in ein risikobasiertes Hautkrebs-Screening zu überführen.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Neuregelung wird begrüßt. Alle Früherkennungsuntersuchungen sollten nur auf Basis verlässlicher Evidenz eingeführt und regelmäßig auf Aktualität geprüft werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Keiner.</p>
10	§ 27b	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Es wird ein zwingendes Zweitmeinungsverfahren für vom G-BA festgelegte planbare Eingriffe definiert. Absatz 3 regelt den Vergütungswegfall bei fehlendem Nachweis der eingeholten Zweitmeinung.</p> <p><b>Bewertung</b> Wenn gemäß Abs. 3 die Vergütung der Leistung ohne eingeholte Zweitmeinung entfallen soll, dann muss der Kostenträger davon Kenntnis haben. Unberechtigte Abrechnungen können sonst nicht beanstandet werden. In der Gesetzesbegründung ist festgehalten, dass der G-BA das Nähere zum Nachweis gegenüber dem Kostenträger regeln darf. Mindestens dieser Passus gehört in den konkreten Gesetzestext und nicht nur in die Begründung.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Änderungsvorschlag</b>            Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt geändert und neue Sätze 2 und 3 eingefügt:            ...wenn dem Arzt oder der Einrichtung sowie dem Kostenträger vor dem Eingriff kein Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung vorliegt. Der G-BA regelt das Nähere zum Nachweis gegenüber dem Kostenträger. Die Übermittlung des Nachweises im Rahmen der Abrechnung regeln die Vertragspartner nach § 301 Abs. 3 SGB V.</p>
11a)	§ 28 Abs. 2 Satz 6&7	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>            Mit der vorgeschlagenen Anpassung dürfen kieferorthopädische Leistungen ab Inkrafttreten des Gesetzes nur noch von Fachzahnärzt:innen für Kieferorthopädie durchgeführt werden.</p> <p><b>Bewertung</b>            Der Reformvorschlag der Finanzkommission Gesundheit wird aufgegriffen. Mit dem Vorschlag wird unterstellt, dass vermeintliche Qualitätsdefizite mit der Behandlung durch Zahnärzte einhergehen. Derartig ausgeprägte Feststellungen haben die Fachebene in den zurückliegenden Jahren nicht erreicht. Inwieweit dieser Eingriff in die Berufsfreiheit als verhältnismäßig gilt, bleibt daher ggf. rechtlich zu prüfen. Ein direktes Einsparpotenzial ist nicht zu erkennen, da der Bedarf in den verbleibenden Praxen für Fachkieferorthopädie – ggf. sogar mit kostenintensiveren Apparaturen – durchzuführen ist. In bereits jetzt als “strukturschwach eingeordneten Regionen” wird zudem das existierende Risiko einer künftigen Unterversorgung erhöht.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>            Die Regelung sollte als struktureller Prüfauftrag in ein nachgelagertes Gesetzgebungsverfahren überführt werden.</p>
12b)	§ 31 Abs. 1a)	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>            Die neue Legaldefinition des Begriffes “Verbandmittel” sieht vor, dass künftig auch Produkte mit proteasemodulierender und antimikrobieller Wirkung als Verbandmittel eingestuft werden und damit grundsätzlich zulasten der GKV erstattungsfähig werden. Gleichzeitig entfällt die bislang bestehende Abgrenzung zu Verbandmitteln, die auf pharmakologischen, immunologischen und metabolischen Wirkungsweisen beruhte. Darüber hinaus wird die Übergangsfrist zur Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit der sonstigen Produkte zur Wundbehandlung (sPW)</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>ersatzlos gestrichen. Im Vergleich zum RefE wird dem G-BA wieder der gesetzliche Auftrag übertragen das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln und sPW zu regeln.</p> <p><b>Bewertung</b>  Die vorgesehene Erweiterung der Verbandmitteldefinition wird abgelehnt. Durch die Ausweitung des Verbandmittelbegriffes auf Produkte mit proteasemodulierender und antimikrobieller Wirkung werden Produkte in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen, die ihren Nutzen – anders als bisher – künftig nicht mehr gesondert nachweisen müssen. Dies widerspricht dem Grundsatz einer evidenzbasierten Versorgung.</p> <p>Die nähere Abgrenzung zwischen Verbandmitteln und sPW soll mit dem KabE weiterhin durch den G-BA erfolgen. Durch den gleichzeitigen Wegfall der bisherigen Differenzierung gegenüber Produkten mit pharmakologischer, immunologischer und metabolischer Wirkweise fehlen im Gesetz jedoch klare Vorgaben dazu, welche Produkte unter die Verbandmitteldefinition fallen und wo deren Grenzen liegen.</p> <p>Somit führt die vorgesehene Erweiterung zu erheblichen Abgrenzungs- und Auslegungsunsicherheiten. Mangels verbindlicher gesetzlicher Kriterien drohen rechtliche Unsicherheiten sowie eine uneinheitliche Selbstkategorisierung der Produkte durch die Hersteller. In der Folge besteht die Gefahr, dass Produkte, die ihrem Charakter nach als sPW einzuordnen wären, von Herstellern als Verbandmittel deklariert werden, obwohl für sie kein ausreichender wissenschaftlich nachgewiesener Nutzen vorliegt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>  Streichung der Regelung. § 31 Absatz 1a Satz 5 wird gestrichen, die Sätze 6 bis 9 werden die Sätze 5 bis 8.</p>
Nr. 14a) bb)	§ 35a Abs. 1 Satz 3 Nr. 7	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>  Die Verpflichtung pharmazeutischer Unternehmer zur Angabe der Anzahl der Prüfungsteilnehmenden in Deutschland im Dossier zur Nutzenbewertung soll gestrichen werden.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Bewertung</b>  Die Angabe der Prüfungsteilnehmenden aus Deutschland dient aktuell der Umsetzung der Ausnahme von den Leitplanken nach § 130b Absatz 3 SGB V, und sollte sich förderlich auf die Attraktivität Deutschlands als Industriestandort auswirken. Der Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege hat in seinem Gutachten 2025 darauf hingewiesen, dass kein Zusammenhang zwischen Standortpolitik und einer Preisregulierung im Rahmen des AM-NOG Verfahrens zeigen lässt und empfahl, die Ausnahmeregelung von den Leitplanken wieder aufzuheben. Vor diesem Hintergrund wird eine Streichung begrüßt. Allerdings erfolgt sie hier lediglich, da sie sich durch die Aufhebung der Leitplankenregelung erübrigt.</p> <p>Die Streichung der Leitplankenregelung in § 130b SGB V wird abgelehnt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>  Beibehaltung der Leitplankenregelung § 130b Abs. 3 Sätze 2–6 SGB V.</p>
Nr. 14b)	§ 35a Abs. 1d)	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>  Die Regelung soll gestrichen werden, dass der G-BA auf Antrag eines/ mehrerer pharmazeutischer Unternehmer (pU) feststellt, dass bei der Kombination von Arzneimitteln ein mindestens beträchtlicher Zusatznutzen zu erwarten ist. In diesem Fall würde der Kombinationsabschlag gem. § 130e SGB V [aktuelle Fassung] entfallen. Die Antragstellung kann nur nachgelagert zur bereits bestehenden Nutzenbewertung des G-BA für das Einzelpräparat erfolgen, wenn klar ist, dass es eine Kombinationsmöglichkeit mit einem/mehreren weiteren Arzneimitteln gibt.</p> <p><b>Bewertung</b>  Die Änderung steht im Zusammenhang mit der Streichung des Kombinationsabschlags und ist daher nachvollziehbar. Die Prüfung muss immer nachgelagert zur eigentlichen Nutzenbewertung des jeweiligen Arzneimittels erfolgen, da der Kombinationseinsatz ggf. zu einer neuen Bewertung des Zusatznutzens führen würde. In diesem Falle wäre es angebrachter, die Prüfung des Zusatznutzens bei einem Kombinationseinsatz in Gänze nach dem regulären Nutzenbewertungsverfahren durchzuführen als über das derzeitige “Kurzverfahren”.  Da aber der Entfall des Kombinationsabschlags abgelehnt wird, wird auch diese Änderung abgelehnt, auch wenn die Regelung in der jetzt noch gültigen Ausgestaltung ungeeignet erscheint.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Änderungsvorschlag</b> Streichung.</p>
Nr. 14c)	§ 35a Abs. 3 Satz 4-6	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die Streichung von Satz 4 ist eine Folgeänderung durch die geplante Streichung von § 130e SGB V (vgl. Nr. 50). Mit der Streichung der Sätze 5 und 6 entfällt die Kennzeichnung von Studien, die mindestens 5 % Studienpopulation in Deutschland nachweisen. Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Abschaffung der Leitplankenregelung.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Streichung von Satz 4 wird abgelehnt, da auch der ersatzlose Entfall von § 130e SGB V abgelehnt wird. Zu Satz 5 und 6 siehe Kommentierung unter Nr. 49 cc)</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Beibehaltung von Satz 4</p>
15	§ 36	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Das Festbetragssystem für Hilfsmittel wird grundlegend neu geregelt und soll künftig verbindlicher, transparenter und stärker gesteuert werden. Hersteller und Leistungserbringer sind verpflichtet, umfangreiche Preis- und Kostendaten bereitzustellen; andernfalls kann der GKV-Spitzenverband fehlende Angaben schätzen. Dieser legt zudem ein verbindliches Verfahren zur Berechnung, Überprüfung und Umsetzung der Festbeträge fest. Die Festbeträge werden regelmäßig, mindestens alle drei Jahre und bei hoher Inflation auch früher, überprüft. Künftig dienen sie als Leitplanken für Preisverhandlungen mit begrenzten Spielräumen und klaren Begründungspflichten. Ziel der Reform ist eine bessere Kostenkontrolle und höhere Transparenz im System.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Es bleibt abzuwarten, ob die vorgesehenen neuen Informations- und Berechnungswege bei Festbeträgen tatsächlich langfristig zu Einsparungen führen, da der Abschluss von Vertragspreisen unterhalb der Festbeträge erfahrungsgemäß kaum möglich ist. Vor dem Hintergrund, dass die letzte Neuberechnung im Jahr 2020 erfolgte, ist zunächst eher von einem deutlichen Kostenanstieg im Sinne eines Nachholeffekts auszugehen. Positiv ist jedoch zu bewerten, dass die Ausgestaltung als „Soll“-Regelung dem GKV-Spitzenverband einen gewissen Handlungsspielraum einräumt.</p> <p>Kritisch ist, dass Festbeträge – anders als Vertragspreise, die eine aufzahlungsfreie Versorgung sicherstellen – in der Praxis häufig zu privaten Aufzahlungen durch die Versicherten führen und damit das Ziel einer sozial ausgewogenen Versorgung beeinträchtigen können. Zur Ausgestaltung der Festbetragsregelung im Einzelnen und um unbestimmte Rechtsbegriffe zu vermeiden, wird nachfolgender Änderungsvorschlag unterbreitet:</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b></p> <p>Abs. 1 Satz 1: Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt geeignete Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden können.</p> <p>Abs. 2 Satz 4: Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann von den Herstellern und Leistungserbringern oder deren Verbänden zur Festsetzung nach Satz 1 insbesondere Nachweise über die Bezugsquellen, die tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise, die produktspezifischen Umsatz- und Absatzzahlen, Kalkulationszuschläge sowie die Stundenverrechnungssätze oder Gemeinkostenzuschlagssätze einschließlich der zugrunde gelegten Kosten und Arbeitszeiten verlangen.</p> <p>Abs. 2 Satz 7: Soweit einzelne Berechnungsparameter im Rahmen der Informationen und Auskünfte nach Satz 3 bis 5 nicht gemäß den Vorgaben der Verfahrensordnung nach Absatz 3 übermittelt werden, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Parameter auf der vorliegenden Datengrundlage durch Schätzung festlegen; Einzelheiten sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln.</p> <p>Abs. 4 Satz 6: Grundlage für die Kalkulation sind weiter die nach Absatz 2 zu erbringenden Auskünfte.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
16a)	§ 44 Abs. 2 Satz 4 ff.	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b></p> <p>Wahlerklärungen nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V, mit denen hauptberuflich Selbstständige bestimmen können, dass ihre Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeld umfassen soll, sollen grundsätzlich erst nach einer Wartezeit von drei Monaten wirksam werden. Hierdurch sollen Missbrauchspotenziale aufgrund der Möglichkeit einer strategischen Abgabe der Wahlerklärung bei bereits absehbarer Arbeitsunfähigkeit beseitigt werden.</p> <p>Ausgenommen von der Wartezeitregelung sind Personen, die erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse begründen sowie GKV-versicherte Personen, deren bisheriger Anspruch auf Krankengeld aufgrund eines Statuswechsels ohne die Abgabe einer Wahlerklärung nicht mehr bestehen würde (Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit nach abhängiger Beschäftigung mit Krankengeldanspruch). Eine weitere Ausnahme besteht, wenn bereits vor Ablauf der Wartezeit Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Unfalls eintritt. In diesem Fall soll ein Anspruch auf Krankengeld ab dem ersten Tag der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit bestehen. Durch die Ausnahmeregelungen soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass in diesen Fällen typischerweise kein gesteigertes Risiko für eine selektive Inanspruchnahme besteht und nicht gerechtfertigte Belastungen vermieden werden.</p> <p><b>Bewertung</b></p> <p>Die angestrebte Vermeidung von „Zweckabschlüssen“, mit denen individuelle Kostenrisiken aufgrund einer absehbaren Arbeitsunfähigkeit durch die Abgabe einer Wahlerklärung gezielt auf die Versichertengemeinschaft verlagert werden, wird aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit ausdrücklich befürwortet. Die hierzu vorgesehene Einführung einer dreimonatigen Wartezeit für die Inanspruchnahme von Optionskrankengeld ist sinnvoll.</p> <p>Für eine rechtssichere Umsetzung und zur Sicherstellung eines konsistenten Verfahrens sollten jedoch einige Anpassungen der vorgesehenen Formulierung erfolgen. So scheinen an mehreren Stellen sprachliche Präzisierungen zur sachgerechten Differenzierung zwischen dem Wirksamwerden einer Wahlerklärung (ab diesem Zeitpunkt umfasst die Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeld) und dem Entstehen eines Anspruchs auf Krankengeld (hierzu muss zusätzlich Arbeitsunfähigkeit vorliegen) erforderlich.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Darüber hinaus erscheint es sachgemäß, die Regelung in Satz 4, nach der bei erstmaliger Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft sowie bei Verlust des bisherigen Krankengeldanspruchs aufgrund eines Wechsels des Versicherungsstatus keine Wartezeit bestehen soll, zu ergänzen, sodass dies auch für Krankenkassenwechsel gilt, wenn bei der alten Krankenkasse eine Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld bestand. Zudem sollte die bislang bestehende Möglichkeit, dass das Mitglied einen späteren Zeitpunkt für das Wirksamwerden der Wahlerklärung bestimmen kann, erhalten bleiben.</p> <p>In Satz 5 sollte eine Ergänzung erfolgen, sodass die nicht von der Ausnahmeregelung des Satz 4 umfassten Wahlerklärungen nach Ablauf der dreimonatigen Wartefrist zum Beginn des jeweils nächsten Kalendermonats wirksam werden, da ein einheitliches Verfahren im Einklang mit den bestehenden Krankengeldwahltarifen nach § 53 Abs. 6 SGB V zusätzliche Verwaltungsaufwände vermeiden würde.</p> <p>In Satz 6 wäre es zur Verdeutlichung des Gemeinten sinnvoll, ergänzend klarzustellen, dass die vorgesehene Regelung auch bei Vorliegen einer stationären Behandlung gilt. Schließlich sind eine stationäre Behandlung auf Kosten der Krankenkasse und eine (vertragsärztlich festgestellte) Arbeitsunfähigkeit, entsprechend der in § 44 Abs. 1 SGB V festgelegten Rechtsfolgen, auch hinsichtlich des Wirksamwerdens der Wahlerklärung gleichzustellen. Zur Vermeidung von Fehlinterpretationen sollte zudem eine Präzisierung der Formulierung erfolgen, um klarzustellen, dass nicht von der Regelung des Satz 4 umfasste Wahlerklärungen grds. zu dem in Satz 5 festgelegten Zeitpunkt, aber frühestens nach dem Ende einer zwischenzeitlich ggf. eingetretenen Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung, wirken. Das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit oder einer stationären Behandlung kann also ggf. zu einem späteren Wirksamwerden der Wahlerklärung führen, aber nicht zu einem früheren.</p> <p>Die weitergehende Ausnahmeregelung in Satz 7 ist zu streichen, da diese nicht sachgerecht ist. Schließlich ist es sachlich nicht begründbar, Versicherte, die während der Wartezeit aufgrund eines Unfalls arbeitsunfähig werden, gegenüber Versicherten, die während der Wartezeit aufgrund einer sonstigen Erkrankung arbeitsunfähig werden, besser zu stellen. Denn eine unfallunabhängige Erkrankung kann ebenso unvorhersehbar eintreten wie ein Unfall. Sowohl im Fall einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit als auch im Fall einer durch eine sonstige Erkrankung begründeten Arbeitsunfähigkeit würde aufgrund von Satz 4 eine finanzielle Absicherung in Form eines</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Krankengeldanspruchs bestehen, wenn zum Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft bzw. der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis eine Wahlerklärung abgegeben wird.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Absatz 2 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:</p> <p>“Wenn Versicherte erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung begründen oder unmittelbar vor Abgabe der Wahlerklärung mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren und der Anspruch auf Krankengeld aufgrund eines Wechsels der Krankenkasse oder des Versichertenstatus, insbesondere durch Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit, entfällt, wirkt die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 mit Beginn der Mitgliedschaft oder der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, sofern die Wahlerklärung der Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach Begründung der Mitgliedschaft oder nach Eintritt des Statuswechsels zugeht; es sei denn das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt. Für andere Versicherte, die eine Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 abgeben, wird die Wahlerklärung nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten nach Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse zum Beginn des folgenden Kalendermonats wirksam. Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit oder einer stationären Behandlung auf Kosten der Krankenkasse zu oder tritt eine Arbeitsunfähigkeit oder eine stationäre Behandlung auf Kosten der Krankenkasse während der in Satz 5 genannten Wartezeit ein, wirkt die Wahlerklärung jedoch nicht vor dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung folgt.“</p>
16b)	§ 44 Abs. 4	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Mit der Neufassung des § 44 Absatz 4 SGB V wird das für die Durchführung einer individuellen Beratung zu Leistungen und Unterstützungsangeboten zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit derzeit bestehende Erfordernis einer schriftlichen bzw. elektronischen Einwilligung durch ein Widerspruchsrecht („Opt-out“) ersetzt. Dabei werden die Krankenkassen verpflichtet, die Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Widerspruchsrecht zu informieren. Zudem werden der Zweck und die möglichen Inhalte der Beratung konkretisiert, die zulässigen Kommunikationswege festgelegt und die Rechtsfolgen einer Ausübung des Widerspruchs geregelt.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Bewertung</b>  Die vorgesehene Anpassung ist sinnvoll, damit arbeitsunfähige Versicherte ohne zusätzliche bürokratische Aufwände eine individuelle Beratung zu Leistungen und Unterstützungsangeboten zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erhalten können. Durch den Abbau der bisherigen bürokratischen Hürde werden voraussichtlich mehr Versicherte und frühzeitiger von ihrem Anspruch auf Unterstützung durch die Krankenkasse Gebrauch machen und von am individuellen Bedarf ausgerichteten Hilfestellungen zur Überwindung ihrer Erkrankung profitieren, z. B. bei der Suche nach geeigneten Leistungen und/oder passenden Leistungserbringern. Gleichzeitig wird durch die ergänzenden Vorgaben für die Kontaktaufnahme der Krankenkasse den sozialdatenschutzrechtlichen Anforderungen umfassend Rechnung getragen und eine hohe Transparenz gegenüber den Versicherten gewährleistet.</p> <p>Dabei ist zu berücksichtigen, dass die vorgesehene Erleichterung des Zugangs zu einer individuellen Beratung nach § 44 Abs. 4 SGB V nichts daran ändert, dass die Durchführung einer Beratung nach § 44 Abs. 4 SGB V auch weiterhin von einer möglichen Prüfung, ob eine Einschaltung des Medizinischen Dienstes nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V erforderlich ist, zu trennen ist. D. h., dass die Datenerhebungsbefugnisse nach § 275 Abs. 1b SGB V für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V von einer Ausübung des Widerspruchsrechts nach § 44 Abs. 4 Satz 4 SGB V (neu) auch nicht berührt werden können. Die vorgesehene Formulierung der Rechtsfolgen einer Ausübung des Widerspruchsrechts in § 44 Abs. 4 Satz 5 SGB V könnte von Versicherten jedoch ggf. abweichend interpretiert werden und sollte daher präzisiert werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>  Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:</p> <p>„(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf Versicherte bei bevorstehendem Bezug oder Bezug von Krankengeld zur Beratung, zur Prüfung von Leistungsansprüchen sowie zur Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Sicherung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit kontaktieren. Die Kontaktaufnahme kann schriftlich, elektronisch oder telefonisch erfolgen. Die Versicherten sind bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Recht zu informieren, der weiteren Kontaktaufnahme zu widersprechen. Im Falle eines Widerspruchs ist eine weitere Kontaktaufnahme nach</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Satz 2 und 3 unzulässig. Der Widerspruch kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“
17	§ 44 c/d	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>            Mit der Einführung der Möglichkeit zur ärztlichen Feststellung einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit in Höhe von 25, 50 oder 75 % der wöchentlichen Arbeitszeit sowie eines neuen Anspruchs auf ein entsprechendes Teilkrankengeld sollen arbeitsunfähig erkrankte Versicherte die Möglichkeit einer frühzeitigen und flexiblen Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, indem sie ihre berufliche Tätigkeit während der Teilarbeitsunfähigkeit in begrenztem Umfang fortführen. Hierdurch soll der Wiedereinstieg ins Berufsleben erleichtert und längere vollständige Erwerbsausfälle vermieden werden und der Kontakt zum Arbeitsplatz erhalten bleiben. Für den tatsächlich geleisteten Arbeitsumfang erfolgt eine Entgeltzahlung durch den Arbeitgeber, ergänzend soll anteiliges Krankengeld gewährt werden.</p> <p><b>Bewertung</b>            Das Ziel, die schrittweise Rückkehr von arbeitsunfähig erkrankten Versicherten an ihren Arbeitsplatz zu fördern und attraktiver zu machen, um die Chancen einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erhöhen, ist insbesondere mit Blick auf die zunehmende Bedeutung chronischer Erkrankungen ausdrücklich zu begrüßen. Um dieses Ziel zu erreichen, empfiehlt der vdek jedoch, auf die Einführung einer eigenständigen Teilarbeitsunfähigkeit zu verzichten und stattdessen das bereits etablierte Verfahren der Stufenweisen Wiedereingliederung (SWE) nach § 74 SGB V zielgerichtet weiterzuentwickeln. Dies wäre ressourcenschonender, praxisnäher und ohne Einbußen bei den finanziellen Wirkungen zur Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung realisierbar.</p> <p>Konkret sollen die im Rahmen einer SWE geleisteten Arbeitsstunden künftig vergütet werden, wobei das erzielte Teilarbeitsentgelt gemäß § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V auf das Krankengeld anzurechnen wäre. Damit entfielen die Notwendigkeit einer neuen Entgeltersatzleistungsart (Teilkrankengeld) sowie der damit verbundene erhebliche Implementierungsaufwand. Zusätzlich sollte die ärztliche SWE-Bescheinigung künftig über das eAU-Verfahren nach § 295 Abs. 1 SGB V übermittelt und vom Arbeitgeber nach § 109 SGB IV abgerufen werden können – analog zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Verfahrensvereinfachungen.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit überzeugen demgegenüber nicht. Erstens fehlt eine sinnvolle Abgrenzung der Teilarbeitsunfähigkeit zum bestehenden Verfahren der SWE: In beiden Fällen ist medizinisch zu beurteilen, ob während einer vorliegenden Arbeitsunfähigkeit eine teilweise Arbeitsaufnahme möglich ist. Der einzige wesentliche Unterschied – die Vergütungspflicht im Rahmen der Teilarbeitsunfähigkeit gegenüber der Unentgeltlichkeit der SWE – wäre mit der vorgeschlagenen SWE-Weiterentwicklung obsolet. Zweitens wirft das Verfahren erhebliche praktische Probleme auf: Widerspricht der Arbeitgeber der Teilarbeitsunfähigkeit, wird die ärztliche Bescheinigung rückwirkend in eine volle Arbeitsunfähigkeit umgewandelt – eine systemfremde Konstruktion, die zudem voraussetzt, dass Krankenkassen zwingend zeitnah Kenntnis über die Ablehnung des Arbeitgebers benötigen würden, ohne dass hierfür ein praktikables Verfahren vorgesehen ist. Drittens wäre eine Umsetzung vor dem 01.01.2028 ausgeschlossen, sodass im Jahr 2027 erhebliche Aufwendungen anfallen, ohne dass Einsparungen bereits erzielt würden.</p> <p>Eine gezielte Weiterentwicklung der SWE erreicht gleichermaßen die gesetzgeberischen Ziele, löst die Abgrenzungsfrage, vermeidet parallele Strukturen und technische Sonderkonstruktionen und ermöglicht eine frühzeitigere Umsetzung – bei gleichen oder verbesserten Akzeptanzchancen bei Ärzt:innen, Versicherten und Arbeitgebern.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> siehe obenstehende Bewertung</p>
18	§ 47 Abs. 2a	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b></p> <p>In Fällen, in denen das Beschäftigungsverhältnis während Arbeitsunfähigkeit endet, soll die Höhe des Krankengeldes ab diesem Zeitpunkt auf das Niveau des darauffolgenden Arbeitslosengeldes angeglichen werden. Hierdurch soll die sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung von Versicherten im Krankengeldbezug ohne Beschäftigung beseitigt werden: Während Versicherte, deren Beschäftigungsverhältnis bereits vor der Arbeitsunfähigkeit geendet hat, gemäß § 47b SGB V Krankengeld in Höhe des zuletzt bezogenen Arbeitslosengeldes erhalten, wird das Krankengeld für Versicherte, deren Beschäftigungsverhältnis während des Arbeitsunfähigkeit endet, bislang auch nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses aus dem zuletzt erzielten Arbeitsentgelt berechnet.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Bewertung</b></p> <p>Die Begrenzung der Höhe des Krankengeldes nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses auf die Höhe des Arbeitslosengeldes ist grundsätzlich sachgerecht und sinnvoll, um Versicherte ohne Beschäftigung hinsichtlich der Höhe ihres Anspruchs auf Krankengeld gleichzustellen – unabhängig davon, ob das Beschäftigungsende vor oder während der Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Hierdurch werden Fehlanreize bei absehbarer Arbeitslosigkeit verringert und eine sachgerechte Abgrenzung zwischen den Sozialversicherungssystemen gestärkt. Dabei ist es zweckmäßig, dass die Berechnung des entsprechend angepassten Krankengeldes nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses durch die Krankenkasse anhand der im neuen § 47 Abs. 2a SGB V vorgesehenen vereinfachten Berechnungsvorschrift erfolgt, da eine Festlegung des Krankengeldes exakt in Höhe des sich voraussichtlich anschließenden Arbeitslosengeldes nicht möglich ist, bevor die Bundesagentur für Arbeit den Anspruch auf Arbeitslosengeld feststellt und die Höhe des Arbeitslosengeldes berechnet. In dem Regelungstext zu § 47 Abs. 2a SGB V ist jedoch eine Präzisierung der Formulierung erforderlich, da die Regelung nicht nur anzuwenden ist, wenn zum Zeitpunkt des Beschäftigungsendes ein Anspruch auf Krankengeld wegen Arbeitsunfähigkeit besteht, sondern ebenso, wenn zu diesem Zeitpunkt ein Anspruch auf Krankengeld wegen einer stationären Behandlung zulasten der Krankenkasse besteht. Zudem erscheint es sinnvoll, analog zu § 47 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die Berechnung des Nettoarbeitsentgelts durch einen Verweis auf Absatz 2 zu konkretisieren.</p> <p>Für die Umsetzung der geänderten Krankengeldberechnung ab dem Zeitpunkt des Endes des Beschäftigungsverhältnisses ist es zudem zwingend erforderlich, dass die Krankenkasse regelhaft rechtzeitig Kenntnis über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses erhält. Eine entsprechende Mitteilungspflicht der Arbeitgeber besteht bislang nicht; die Übermittlung der DEÜV-Meldung über das Ende einer versicherungspflichtigen Beschäftigung kann bis zu sechs Wochen nach dem Beschäftigungsende erfolgen. Zur Umsetzung der vorgesehenen Regelung wäre es daher zwingend erforderlich, die Arbeitgeber gesetzlich zu verpflichten, der Krankenkasse (z. B. im Rahmen des Datenaustauschs Entgeltsersatzleistungen) kurzfristig mitzuteilen, wenn das Beschäftigungsverhältnis endet.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b></p> <p>Nach § 47 Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:</p> <p>„(2a) Endet ein Beschäftigungsverhältnis, während ein Anspruch auf Krankengeld besteht, beträgt das Krankengeld vom Tage nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses an abweichend von Absatz 1 60 Prozent des</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechneten Nettoarbeitsentgeltes. Der Betrag erhöht sich auf 67 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes, sofern der Versicherte oder der Ehe- oder Lebenspartner mindestens ein Kind im Sinne des § 32 des Einkommensteuergesetzes hat.“</p>
20	§ 50	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>  Die Regelung zum Ausschluss des Krankengeldes beim Bezug einer Altersrente wird ergänzt, sodass der Anspruch auf Krankengeld auch dann endet, wenn anstelle der Vollrente wegen Alters eine Teilrente wegen Alters in Höhe von mehr als 2/3 der Vollrente gewählt wird. Hierdurch sollen unerwünschte Mitnahmeeffekte, die infolge des Flexirentengesetzes zusammen mit der Aufhebung der Hinzuverdienstgrenzen für Altersrenten im Rahmen des 8. SGB IV-Änderungsgesetzes entstanden sind, ausgeschlossen werden.</p> <p><b>Bewertung</b>  Die Umsetzung der vom vdek mehrfach formulierten Forderung ist sachgerecht und ausdrücklich zu befürworten. Mit der Ergänzung des § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V wird eine infolge des Flexirentengesetzes entstandene Regelungslücke, die es ermöglicht, die Regelungen zum Ausschluss des Krankengeldes durch die Wahl einer Teilrente in Wunschkhöhe, die nur marginal niedriger ist als die Vollrente wegen Alters, zu umgehen, geschlossen und systemwidrige Mitnahmeeffekte vermieden.</p> <p>Dabei erscheint es aus Gründen der Konsistenz sinnvoll, den Wortlaut der vorgesehenen Regelung geringfügig zu modifizieren und an die Formulierung des § 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI anzugleichen. Andernfalls würde eine Teilrente in Höhe von (exakt) 2/3 der Vollrente im Rahmen des § 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI anders beurteilt als im Rahmen des § 50 Abs. 1 SGB V. Dies erscheint nicht sachgerecht, da mit beiden Regelungen ein Ausschluss derjenigen Teilrentner:innen erfolgen soll, bei denen aufgrund der Höhe der Teilrente davon ausgegangen werden kann, dass sie sich überwiegend aus dem Erwerbsleben zurückgezogen haben.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>  Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		„1. Rente wegen voller Erwerbsminderung, Teilrente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,“
21	§ 51	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>  Die Frist für Krankengeldbezieher:innen, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, zur Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wird von zehn auf vier Wochen verkürzt, da die bisherige Frist häufig zu erheblichen Verzögerungen bei der Einleitung rehabilitativer Maßnahmen zur Wiederherstellung oder dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit führt. Mit der Angleichung der Frist an die entsprechende Regelung im SGB III soll insbesondere eine frühere Wiedereingliederung in das Erwerbsleben gefördert werden.</p> <p><b>Bewertung</b>  Die Fristverkürzung ist sachgerecht und ausdrücklich zu befürworten, um Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, zügiger in eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation bzw. Versicherte, die die Voraussetzungen für den Bezug einer Regelaltersrente erfüllen, früher in den Rentenbezug zu überführen. Durch eine beschleunigte Einleitung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation können Arbeitsunfähigkeitszeiten verkürzt und die Krankengeldausgaben entsprechend gesenkt werden, da eine frühzeitige Versorgung den Rehabilitationserfolg erhöht und eine frühere Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit ermöglicht.</p> <p>In der Praxis kann aufgrund von Wartezeiten aber auch durch eine zügige Beantragung und Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation häufig nicht sichergestellt werden, dass die bewilligte Rehabilitationsmaßnahme zeitnah angetreten werden kann. Zusätzlich zu der vorgesehenen Fristverkürzung für die Antragstellung sind daher weitere Maßnahmen erforderlich, um tatsächlich eine beschleunigte Versorgung der Krankengeldbezieher:innen, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erreichen.</p> <p>Hierzu sollten verbindliche Vorgaben für die priorisierte bzw. zeitnahe Versorgung von Krankengeldbezieher:innen, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, mit Leistungen zur medizinischen</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Rehabilitation im SGB VI verankert werden. Dabei sollte auch geprüft werden, wie bei einer vorliegenden Einschränkung des Dispositionsrechts nach § 51 Abs. 1 SGB V das Wunsch- und Wahlrecht nach § 15 SGB VI bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet modifiziert werden kann, um zu vermeiden, dass der Regelungszweck des § 51 Abs. 1 SGB V durch die Wahl einer Rehabilitationseinrichtung mit langer Wartezeit verfehlt wird.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> ergänzender Regelungsbedarf siehe obenstehende Bewertung</p>
23	§ 61	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die Zuzahlungsbeträge werden erhöht. Es wird eine Dynamisierung eingeführt.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Erhöhung der Zuzahlung anhand des Kaufkraftverlustes seit 2004 ist nachvollziehbar und in der vorgeschlagenen Höhe maßvoll. Bei der vorgesehenen Dynamisierung zum 01. Januar eines Kalenderjahres sollte eine Rundung auf feste Stufen (z.B. 50 Cent) erfolgen, um den Bargeldeinzug in Praxen und Krankenhäusern nicht zu erschweren.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> § 61 S. 7 (neu) wird wie folgt gefasst: Zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres erhöhen oder vermindern sich die in den Sätzen 1 bis 3 genannten Zuzahlungen, <u>kaufmännisch auf halbe Euro gerundet</u>, entsprechend der durchschnittlichen Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3.</p>
25b)	§ 71 Abs. 3 Satz 3/4	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 wird die für den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gem. § 71 die verwendete Grundlohnrate um einen Prozentpunkt gemindert. Zusätzlich wird für die Jahre 2028 und 2029 bei der Ermittlung der Grundlohnrate nach § 71 SGB V die außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro im Jahr 2027 nicht berücksichtigt.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Bewertung</b>  Die Regelung wird begrüßt. Nach Schätzung des BMG wird erwartet, dass die Grundlohnrate 2027 bis 2029 deutlich höher liegen wird als die Einnahmen. Dadurch würden die Ausgaben mit Begrenzung durch die Grundlohnrate stärker steigen als die Einnahmen. Um dies zu verhindern und die Beitragssatzstabilität in den nächsten Jahren zu gewährleisten, wird die Grundlohnrate in den Jahren 2027 bis 2029 um einen Prozentpunkt gemindert.</p> <p>Zusätzlich wird festgelegt, dass die außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in 2027 bei der Grundlohnrate nach § 71 SGB V für die Jahre 2027 bis 2029 nicht berücksichtigt wird, um die außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und die Wiedereinführung der Grundlohnrate als Obergrenze der Ausgaben nicht gegenseitig zu konterkarieren.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>  Ergänzender Hinweis zu den Änderungen am § 71 SGB V:  In § 71 <b>Abs. 1</b> Satz 2 bleiben aktuell die Ausnahmen von dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität für gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen oder für Leistungen der DMPs bestehen. Zur konsequenten Umsetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sowie ergänzend zu nachfolgenden Änderungen sollte auch die Streichung der verbleibenden Ausnahmen nach Abs. 1 Satz 2 vorgenommen werden und für die genannten Leistungen ebenfalls eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik gelten.</p>
27a)	§ 73b Abs. 5	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>  Es wird geregelt, dass für die Vergütungsentwicklung der HZV-Verträge der Grundsatz der Beitragssatzstabilität Anwendung findet. Für den Zeitraum 2027–2029 wird die Veränderungsrate als Verhandlungsobergrenze um einen Prozentpunkt abgesenkt. Vergütungsanpassungen sind damit an die Veränderungsrate gebunden und nach oben begrenzt. Zudem werden bei steigenden Teilnehmerzahlen Abschläge auf die Vergütung vorgesehen, um Ausgabensteigerungen zu begrenzen. Die Höhe der jeweiligen Abschläge und das Verfahren sind zwischen den Vertragspartnern bis März 2027 zu vereinbaren.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Bewertung</b>  Die Zielsetzung, Ausgaben in der HZV zu begrenzen und den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu wahren, ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Ersatzkassen weisen seit Jahren darauf hin, dass HZV-Verträge mit zusätzlichen Ausgaben einhergehen. Gleichzeitig ist ein deutlicher Zuwachs der Teilnehmendenzahlen festzustellen. Vor diesem Hintergrund stellen Abschlagsregelungen zwar einen Schritt in die richtige Richtung dar, allerdings fehlt es an verbindlichen Vorgaben zur konkreten Höhe und Ausgestaltung dieser Abschläge. Zudem ist wenig nachvollziehbar, weshalb in einem künftigen Primärversorgungssystem am Kontrahierungszwang festgehalten werden soll. Konsequenterweise ist dieser abzuschaffen. Auswertungen der Ersatzkassen zeigen, dass die bestehenden HZV-Verträge weder Kosteneinsparungen bewirken noch die erwarteten positiven Versorgungseffekte für die Versicherungsgemeinschaft erzielen. Sollte dennoch am Kontrahierungszwang festgehalten werden, ist zwingend eine Vergütungsbegrenzung in der HZV erforderlich. Zur Einhaltung der Beitragssatzstabilität, sollten daher die Ausgaben der HZV nicht die der hausärztlichen Regelversorgung überschreiten. Mehrausgaben sollten nur dann zulässig sein, sofern sie durch nachgewiesene Einsparungen an anderer Stelle vollständig refinanziert werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>  <b>Abschaffung des Kontrahierungszwangs:</b>  § 73b Abs. 1 SGB V wird wie folgt gefasst: „Die Krankenkassen können ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anbieten.“  § 73b Abs. 4 SGB V wird wie folgt gefasst:  a) Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Krankenkassen können allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge schließen mit  1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,  2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,  3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,  4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>ermächtigt haben.“</p> <p>b) Die Sätze 2 bis 5 werden gestrichen. c) In Satz 7 werden die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.</p> <p>§ 73b Abs. 4a und 5a SGB V werden gestrichen.</p> <p><b>alternativ Begrenzung des Vergütungsniveaus:</b> Nach Satz 1 werden die Folgenden Sätze eingefügt: „§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert nicht den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überschreitet; der sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebende Fallwert ist dabei um Vergütungsanteile für Leistungen zu bereinigen, die nicht Gegenstand des Vertrages nach Absatz 4 sind. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auch erfüllt, wenn die Vergütung je Versicherten nicht den Bereinigungsbetrag je Versicherten, der auf Grund des Verfahrens Absatz 7 Satz 2 ermittelt wird, überschreitet. Die in den Sätzen 3 und 4 genannten Werte können überschritten werden, wenn vertraglich sichergestellt wird, dass diese Mehraufwendungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden.“</p>
30a)	§ 85 Abs. 2d	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die verschärfte Ausrichtung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gem. § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V wird für die Veränderung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz in die Normregelung überführt. Die von dieser Verschärfung ausgenommenen Leistungsbereiche bleiben wie unter den Bedingungen des GKV-FinStG unverändert.</p> <p><b>Bewertung</b> Die stärkere Orientierung an realen Beitragsmehreinnahmen bei der Veränderung der zahnärztlichen Vergütungen entspricht einer klassischen Ersatzkassenforderung für den zahnärztlichen Vergütungsbereich und wird begrüßt.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Änderungsvorschlag</b> Keiner.</p>
30b)	§ 85 Abs. 3 Satz 2	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die begrenzende Regelung unter 30a) für die Punktwerte wird konsequenterweise in b) auf die Gesamtvergütungsobergrenze übertragen. Auch hier bleiben die bislang von Begrenzungen ausgenommenen Leistungsbereiche für besondere Personengruppen ausgenommen.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Übertragung der verschärften Ausrichtung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch auf die Gesamtvergütungen ist konsequent und hat zur Folge, dass bei stärkerem prozentualen Leistungsmengenanstieg – als die Grundlohnrate – neben den Einsparungen aus 30a) weitere Einsparungen regional durch Überschreitungssituationen erzielt werden können. Die von der Begrenzung ausgenommenen Regelungsbereiche dienen im wesentlichen präventiven Zielen. Die Ausnahme hat wie bislang zur Folge, dass Leistungen für die definierten Bereiche und Personengruppen unbegrenzt erbracht und abgerechnet werden können.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Keiner.</p>
31a) und c)	§ 87 Abs. 1 Satz 13/14 sowie § 87 Abs. 2a	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die gesetzliche Regelung, wonach für Vertrags(zahn-)ärzte eine gesonderte Vergütung für die erstmalige sowie für weitere Befüllungen der ePA vorzusehen ist, wird gestrichen.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Nutzung der ePA ist Bestandteil der ärztlichen Dokumentation. Sie hilft, die Therapieentscheidungen des (Zahn-)Arztes abzusichern und erleichtert Prozesse in der Praxisorganisation. Mehraufwände waren bereits seit dem Inkrafttreten in die Praxisabläufe nicht erkennbar. Darüber hinaus können diese Aufgaben auch delegiert und</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
	Satz 25/26	<p>zukünftig auch verstärkt automatisiert werden. Die Neuregelung ist somit vor dem Hintergrund der Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit folgerichtig und wird begrüßt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Keiner.</p>
31b)	§ 87 Abs. 1d	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Durch die in § 87 Abs. 1d und Absatz 2h SGB V aufgenommenen Regelungen werden KZBV und GKV-SV verpflichtet, den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) im Bereich der kieferorthopädischen Behandlung grundlegend bis zum 31.12.2027 zu überarbeiten und Leistungskomplexe einzuführen, die eine Bewertung unabhängig von der Behandlungsdauer vorsehen. Darüber hinaus werden die Vertragsparteien aufgefordert, Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität kieferorthopädischer Behandlungen zu regeln.</p> <p><b>Bewertung</b> Der Umsetzungsauftrag ist als umfassender struktureller Schritt für eine Reformierung des KFO-Bereichs und damit auch des Leistungsanspruchs des Versicherten im Zusammenhang mit dem Prüfauftrag in Nr. 36 zur Überprüfung der KFO-Richtlinie im G-BA zu sehen. Der Vorschlag aus der Finanzkommission unterstellt in der heutigen Systematik Anteile an Unwirtschaftlichkeiten und kann durchaus geordnet aufgenommen werden.</p> <p>Soweit allerdings real durch die Komplexbildung Einsparungen erzielt werden sollen, muss zwingend zunächst der Auftrag nach Nr. 36 abgeschlossen sein mit dem Ergebnis eines neuen angepassten Leistungsumfangs, der im Vergleich zum heutigen Leistungsumfang geringer ausfällt und wissenschaftlich geteilt wird. Die zu bildenden Leistungskomplexe entfalten ansonsten keine Finanzwirksamkeit und können im Ergebnis aufgrund des abweichenden Leistungsspiegels und Punktwertniveaus für die Krankenkassen finanziell unterschiedlich ausfallen.</p> <p>Eine angepasste Richtliniengrundlage nach Nr. 36 gewährleistet erst eine zukunftsfähige Umsetzbarkeit des in Nr. 31b) beschriebenen Auftrags unter Einhaltung des § 12 Abs. 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot). Die Frist für die vertraglichen Umsetzungsaufträge muss wegen eines nicht auszuschließenden Instanzenweges über den zahnärztlichen Bewertungsausschuss auf mind. 1 Jahr später als für den G-BA-Auftrag nach Nr. 36 gelegt werden.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Änderungsvorschlag</b> Insgesamt wird die Überführung dieses Umsetzungsauftrages in ein nachgelagertes Gesetzgebungsverfahren mit strukturellen Reformabsichten empfohlen.</p>
31d) aa) und e) aa)	§ 87 Abs. 2b Satz 3 sowie Abs. 2c Satz 3/4	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Streichung der mit dem TSVG und dem FinStG eingeführten bzw. angepassten Terminvermittlungszuschläge für Haus- und Fachärzte.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Abschaffung der Zuschläge für die Terminvermittlung entspricht einer langjährigen Forderung der GKV. Der Evaluationsbericht belegt, dass diese Zuschläge keinerlei positiven Effekt auf Wartezeiten oder Versorgungsqualität haben. Ihre Streichung verschlechtert die Versorgung daher nicht, sondern beendet eine fehlgeleitete Vergütungssystematik. Denn die zusätzlichen Vergütungen sind nicht von erbrachten ärztlichen Leistungen abhängig, sondern allein von Begleitumständen wie Zeitpunkt oder Art der Terminvergabe und setzen damit falsche finanzielle Anreize.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Keiner.</p>
31e) bb)	§ 87 Abs. 2c Satz 8	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Streichung des Zuschlags zur Kurzzeittherapie für psychotherapeutische Leistungen</p> <p><b>Bewertung</b> Die Regelung entspricht den Forderungen der GKV und dem Vorschlag der Finanzkommission. Negative Auswirkungen auf die Versorgung sind nicht zu erwarten. So haben die Zuschläge bisher Anreize gesetzt, Versicherte mit eher leichten Erkrankungen zu behandeln, da hier die Therapie erwartungsgemäß auch schneller beendet werden konnte. Diese Schlechterstellung von Versicherten wird mit schwereren Erkrankungen nun beendet.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Änderungsvorschlag</b> Keiner.</p>
31f) und 32a)	§ 87 Abs. 2g Satz 2 sowie § 87a Abs. 2 Satz 1	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Klarstellung, dass die Anpassung des (vertragsärztlichen) Orientierungswertes an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gekoppelt ist. Gleiches gilt auch für regionale Anpassungen des Orientierungswertes (regionale Punktwerte sowie Zuschläge für förderungswürdige Leistungen oder Leistungserbringer).</p> <p><b>Bewertung</b> Die Regelung entspricht den Forderungen der GKV und dem Vorschlag der Finanzkommission. Negative Auswirkungen auf die Versorgung sind nicht zu erwarten.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Keiner.</p>
32b)	§ 87a Abs. 3 Satz 3 ff.	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Überführung aller TSVG-Leistungsfälle in die MGV unter Beibehaltung der Verpflichtungen zur Durchführung von Terminvermittlungen sowie von offenen Sprechstunden. Zudem werden die Inhalte der Sätze 5 und 6 (EGV-Regelungen) in den neuen § 87d überführt.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Abschaffung der Förderung entspricht einer langjährigen Forderung der GKV, da diese nachweislich nicht zu den im TSVG genannten Versorgungsverbesserungen führt. Die Überführung (und Anpassung) der bisherigen EGV-Regelungen in den neuen § 87d ist eine logische Konsequenz der Einführung des § 87d, bedingt aber noch eine Folgeanpassung (s.u.).</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Als Folgeänderung der Streichung von § 87a Abs. 3 Satz 5 und 6 muss § 87a Abs. 5 Satz 7 angepasst werden, indem im letzten Satzteil die Worte "sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 und 6" ersetzt werden durch: "sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach § 87d". (vgl. den gleichlautenden Änderungsvorschlag zu § 87d)</p>
32c)	§ 87a Abs. 3b/c	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>            Korrektur des technischen Fehlers in den gesetzlichen Regelungen zur Entbudgetierung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt-MGV), indem die Systematik an diejenige bei der Hausarzt-MGV angeglichen wird. Zudem entfällt die bisherige Einschränkung der Kinderarzt-MGV auf Unter-18-Jährige.</p> <p>Für den Bereich sowohl der Kinderarzt- als auch der Hausarzt-MGV wird die Regelung zu den Ausgleichszahlungen erweitert: Sofern Ausgleichszahlungen der Krankenkassen im Rahmen von Kinderarzt- sowie Hausarzt-MGV zu tätigen sind, wird auf den Preis nach der Euro-Gebührenordnung ein Abschlag wegen allgemeiner Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen vorgenommen. Die Höhe des prozentualen Abschlages ist durch den Bewertungsausschuss festzulegen. Der Abschlag ist von den regionalen Gesamtvertragspartnern auf Mengenausweitungen anzuwenden.</p> <p><b>Bewertung</b>            Die Behebung des Methodenfehlers ist zwingend erforderlich, um die Überzahlung der Krankenkassen zu beenden. Die rund 140 Mio. Euro jährlich sind nicht erforderlich, um die erbrachten Leistungen vollständig zu vergüten.</p> <p>Die Aufhebung der Altersgrenze hat kaum finanzielle Auswirkungen und kann sachgerecht sein. Der Regelung kann daher zugestimmt werden.</p> <p>Die Regelung zur Fixkostendegression ist ebenfalls sachgerecht und entspricht der Forderung der GKV. Ab einer bestimmten Leistungsmengensteigerung sind die Fixkosten gedeckt. Eine Überkompensation der Kosten führt zu unsachgerechten Mehrausgaben für die Krankenkassen. Aufgrund der Komplexität und Verzahnung mit anderen Beschlüssen des Bewertungsausschusses zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, sollte der Bewertungsausschuss beauftragt werden, einheitliche Vorgaben zur Umsetzung beschließen.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Änderungsvorschlag</b>            Der Satz            “Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben sich auf ein Verfahren zu verständigen, nach dem die Kassenärztlichen Vereinigungen die Entwicklung der in Satz 1 genannten Leistungen und von deren Vergütungen gegenüber den Krankenkassen nachweisen.”</p> <p>wird ersetzt durch:            „Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen die vorgenommenen Berechnungen sowie die Entwicklung der in Satz 1 genannten Leistungen und von deren Vergütungen gegenüber den Krankenkassen sowie dem Bewertungsausschuss transparent nachzuweisen haben.“</p>
34	§ 87d	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>            Mit der Einführung des § 87d wird ein Verfahren zur Begrenzung von Ausgabenzuwächsen für Leistungen etabliert, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen vereinbaren jährlich (erstmalig bis zum 15. Februar 2027 für das Jahr 2027) jeweils Gesamtvergütungen für Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen, die auf Beschlüssen des G-BA beruhen, sowie für weitere vom Bewertungsausschuss beschlossene Leistungen.</p> <p><b>Bewertung</b>            Das Vorhaben, eine verbindliche Systematik zur Ausgabenbegrenzung für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu etablieren, wird ausdrücklich befürwortet. Die Neuregelung stellt eine essenzielle Maßnahme dar, um eine ungesteuerte und nicht bedarfsgerechte Ausweitung des Ausgabenvolumens entgegenzuwirken. Durch die Einführung einer Mengensteuerung für den Großteil der extrabudgetären Leistungen wird ein maßgeblicher Beitrag zur Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet.</p> <p>Durch die gesetzliche Neuregelung werden darüber hinaus bisherige, von den Empfehlungen des Bewertungsausschusses abweichende Ausdeckelungen auf regionaler Ebene ausgeschlossen. Ungedeckelte regionale Einzelleistungsvergütungen sind künftig ausschließlich durch die Anwendung verbindlicher, vom Bewertungsausschuss festzulegender Kriterien möglich. Dadurch kann weiterhin gezielt auf regionale Versorgungsbedarfe reagiert</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>werden. Gleichzeitig wird die bisherige, hochgradig intransparente Vielfalt an regionalen, ungesteuerten Sonderregelungen beendet. Diese Komplexität hat in der Vergangenheit nicht nur zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand geführt, sondern auch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses auf Bundesebene erschwert. Die verpflichtende jährliche Evaluation ist dabei ein notwendiges Instrument, um bloße Mitnahmeeffekte ohne Versorgungsverbesserungen – analog zu den Erfahrungen mit § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V – zu verhindern und wird daher ausdrücklich begrüßt.</p> <p>Ebenfalls befürwortet wird die Einführung eines Evaluationsverfahrens zu den Wirkungsweisen der Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1. Allerdings bedarf es einer Optimierung der Zuständigkeiten. Statt einer dezentralen Durchführung auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen sollte die Evaluation zentral beim Institut des Bewertungsausschusses angesiedelt werden.</p> <p>Eine zentrale Durchführung ist zwingende Voraussetzung für die methodische Vergleichbarkeit der Ergebnisse auf Bundesebene. Zudem bündelt eine Verlagerung zum Institut die notwendige wissenschaftliche Expertise effizient an einer Stelle. Dies entlastet die regionalen Strukturen von den methodischen Anforderungen und stellt eine wirtschaftliche sowie qualitativ konsistente Umsetzung der Analysen sicher.</p> <p>Darüber hinaus besteht Konkretisierungsbedarf bei der operativen Ausgestaltung der Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1. Spezifische Vorgaben zur kalkulatorischen Herleitung der Beträge sowie deren Aufteilung auf die Krankenkassen sind notwendig, um rechtssichere und bundeseinheitliche Umsetzungen zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang ist zudem eine Präzisierung der Fortschreibungsmechanismen geboten, wobei die im Gesetzentwurf genannten Veränderungen der Leistungen ausdrücklich als Abgrenzungsänderungen zu konkretisieren sind. Zudem sind weitergehende Transparenzpflichten notwendig, um die Wirkung der Maßnahmen beurteilen zu können.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>  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.“</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:            „Der Bewertungsausschuss beschließt konkrete Berechnungsvorgaben zur Festlegung sowie zur Fortschreibung der Gesamtvergütungen nach Absatz 1 Satz 1. Er beschließt zudem Vorgaben, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen die vorgenommenen Berechnungen gegenüber den Krankenkassen sowie dem Bewertungsausschuss transparent nachzuweisen haben.“</p> <p>In Absatz 3 wird Satz 2 durch den folgenden Satz ersetzt:            „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 31.12.2026 Vorgaben für eine auf der regionalen Euro-Gebührenordnung basierenden Mindestvergütung dieser Leistungen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich umzusetzen sind. Diese Vorgaben werden zudem regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst.“</p> <p>Im Zusammenhang mit der Regelung zur Aufteilung der Gesamtvergütungsvolumina nach Absatz 1 Satz 1 auf die einzelnen Krankenkassen (Verweis auf § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V) ist ggf. auch eine Erweiterung der bisherigen Regelung zu Datenübermittlungen (§ 87a Abs. 6) erforderlich.</p> <p>Absatz 5 wird ersetzt durch:            „Das Institut des Bewertungsausschusses analysiert nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards die Auswirkungen der Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 auf die Versorgung der Versicherten mit den davon betroffenen vertragsärztlichen Leistungen bundesweit sowie differenziert nach den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich bis zum 31. Dezember, erstmals bis zum 31. Dezember 2028. Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 übermitteln dem Institut die für die Analyse erforderlichen Daten. Das Institut veröffentlicht die Analyseergebnisse jährlich bis zum 31. Januar in geeigneter Form, erstmals bis zum 31. Januar 2029, und legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2029, einen zusammenfassenden Bericht vor.“</p> <p>Als Folgeänderung der Streichung von § 87a Abs. 3 Satz 5 und 6 und der Neuaufnahme von § 87d muss § 87a Abs. 5 Satz 7 angepasst werden indem im letzten Satzteil die Worte "sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 und 6" ersetzt werden</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		durch: "sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach § 87d".
37a)	§ 92a Abs. 1	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die aktuell bestehenden verschiedenen Förderverfahren des Innovationsfonds im Bereich der Neuen Versorgungsformen (kurze und lange Laufzeit sowie ein- und zweistufiges Verfahren) werden reduziert auf regelhaft ein Förderverfahren (einstufig lang).</p> <p><b>Bewertung</b> Diese Verschlinkung wird ausdrücklich begrüßt. Die aktuell bestehenden unterschiedlichen Förderverfahren sind wenig effizient, da sie Kapazitäten sowohl bei den Antragstellern als auch beim Förderer binden. Gleichzeitig gab es keine Steigerung der Antragsqualität. Das nunmehr vorgesehene einstufige Verfahren als Regelfall wurde bereits in den Jahren 2016 bis 2019 erfolgreich angewendet und hatte sich damals schon bewährt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Keiner.</p>
37c)	§ 92a Abs. 3/4	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die Fördersumme des Innovationsfonds wird dauerhaft von aktuell 200 Mio. auf nun 100 Mio. Euro jährlich abgesenkt. Die Finanzierung erfolgt zukünftig vollständig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und nicht mehr hälftig aus der Liquiditätsreserve und durch die Krankenkassen. Die Rücklagen des Fonds, d.h. nicht bewilligte sowie bewilligte, aber von den Projekten nicht vollständig verausgabte Mittel, werden in 2027 einmalig an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Bislang wurden diese Mittel übertragen. Zukünftig sollen die jährlich in einem Haushaltsjahr nicht verwendeten Mittel im jeweiligen Folgejahr an den Gesundheitsfonds zurückfließen.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Allein die aktuell bestehenden Rücklagen des Innovationfonds i.H.v. knapp 300 Mio. Euro zeigen, dass hier finanzieller Spielraum besteht. Seit Bestehen des Fonds sind zahlreiche Projekte gefördert worden, so dass mittlerweile auch eine gewisse Sättigung erreicht ist. Gleichzeitig wird durch</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>die Beibehaltung des Förderinstruments und einer jährlichen Fördersumme von 100 Mio. Euro sichergestellt, dass weiterhin innovative Versorgungsprojekte finanziell unterstützt werden können. Die Finanzierung des Innovationsfonds zu 100% aus der Liquiditätsreserve wird ebenfalls begrüßt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Keiner</p>
40 und 41	§ 111 Abs. 5 sowie § 111c Abs. 3	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Für die Verhandlungen der Vergütung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Mütter/Väter-Einrichtung wird die Veränderungsrate nach § 71 SGB V als Obergrenze für die Vergütungssteigerungen festgelegt.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Regelung wird begrüßt. Aufgrund der Streichung sind weitere redaktionelle Änderungen in §§ 111 sowie 111c SGB V vorzunehmen (s. u.).</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> § 111 Abs. 7 wird wie folgt geändert: a) In Satz 1 2. Aufzählungspunkt wird die Angabe "Satz 5" durch "Satz 4" ergänzt. b) Satz 1 3. Aufzählungspunkt wird gestrichen § 111c Abs. 5 wird wie folgt geändert: a) In Satz 1 2. Aufzählungspunkt wird die Angabe "Satz 5" durch "Satz 4" ergänzt. b) Satz 1 3. Aufzählungspunkt wird gestrichen</p>
42	§ 115f	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> 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.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Bewertung</b> Die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen wird negativ bewertet. Das Modell der Kurzzeitfallpauschalen beschreibt eine weitere Möglichkeit ambulant erbringbarer Leistungen im stationären Kontext Krankenhaus zu erbringen und auch abzurechnen. Es fehlt dieser Leistungsart eine klare Abgrenzungsmöglichkeit zum ambulanten Operieren, zu den Hybrid-DRG als auch der Anwendung der unteren Grenzverweildauer im DRG-System. Im Grundsatz wird die Zielsetzung der Öffnung der Sektorengrenze ambulant/stationär unterlaufen und zugunsten des stationären Sektors werden Leistungen mit ambulantem Erbringungspotential im stationären Sektor manifestiert. Es ist daher auch nicht sachgerecht die Kurzzeitfallpauschalen auf das Volumen der Hybrid-DRG anzurechnen</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Streichung der Regelung</p>
43b)	§ 120 Abs. 2 Satz 2	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Mit der Regelung wird klargestellt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch für die Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren gilt.</p> <p><b>Bewertung</b> Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt gemäß § 71 Abs. 1 S. 1 SGB V für Vereinbarungen über die Vergütungen nach dem SGB V. Darunter fallen auch Vergütungsvereinbarungen nach § 120 Abs. 2 SGB V, wie das Bundessozialgericht bereits mit Urteil vom 13.05.2015 (Az: B 6 KA 20/14 R in der Rz. 35) festgestellt hat.</p> <p>Davon unbenommen ist die Konkretisierung grundsätzlich zu begrüßen. Für eine wirksame Gewährleistung der Beitragssatzstabilität muss jedoch eine Regelung etabliert werden, die analog für den stationären Bereich eingeführt werden soll (vgl. Lfd. Nr. 6b zum KHEntgG). So sind die Ausgaben gemäß KV45-Statistik im Bereich der Hochschulambulanz nach § 117 SGB V von 2019 von 974 Millionen Euro auf über 1,4 Milliarden Euro in 2024 (ca. +48 Prozent) gestiegen. Im gleichen Zeitraum stiegen die Ausgaben für die Krankenhausbehandlung insgesamt um über 26 Prozent. Neben dem Wegfall der ehemals gesetzlich vorgesehenen Fallzahlbegrenzungen ist auch der zunehmend zu beobachtende Ausgleich von Versorgungsdefiziten aus dem niedergelassenen Bereich ein</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>entscheidender Faktor für die massiven Ausgabensteigerungen im Bereich der Hochschulambulanz. Die Inanspruchnahme einer Hochschulambulanz erfolgt derzeit unterschiedlich durch haus- oder fachärztliche Überweisung oder Selbststeinweisung. Für den Bereich nach § 117 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V (Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung) bedarf es daher einer stärkeren Steuerung des Zugangs, sodass nur diejenigen Patienten in einer Hochschulambulanz versorgt werden, die deren Expertise auch bedürfen. Eine fachärztliche Überweisungspflicht verhindert Selbstzuweisungen und Routinefälle in Hochschulambulanzen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>  Absatz 2 Satz 2 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Angabe „§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.“ eingefügt. Die folgenden Sätze werden nachfolgend ergänzt:</p> <p>“Abweichend von § 71 Absatz 2 darf die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung die sich bei Anwendung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes ergebende Veränderung der Vergütung nicht überschreiten.”</p> <p>§ 117 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:  “(1) Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie</li> <li>2. für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen, ermächtigt. In den Fällen von Satz 1 Nummer 2 kann die ambulante ärztliche Behandlung nur auf fachärztliche Überweisung eines Facharztes der jeweiligen Indikation entsprechend in Anspruch genommen werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren die Gruppe derjenigen Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Sie können zudem Ausnahmen von dem fachärztlichen Überweisungsgebot in den Fällen von Satz 1 Nummer 2 vereinbaren. Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das</li> </ol>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Ist ein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen, können Hochschulen oder Hochschulkliniken zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag Abweichendes von dem Vertrag nach Satz 3 regeln.“</p>
44	§ 125	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Mit der Regelung wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wieder eingeführt.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Wiedereinführung des Grundsatzes der Beitragsstabilität wird begrüßt. Problematisch ist jedoch, dass keine explizite Regelung getroffen wird, die das entstehende Spannungsverhältnis zwischen § 71 SGB V und den diversen Preisbildungsfaktoren, -parametern und -indizes des § 125 Abs. 3 SGB V auflöst. Um Auslegungsschwierigkeiten zu vermeiden, sollte eine Klarstellung erfolgen.</p> <p>In diesem Zusammenhang ist zusätzlich daraufhin zu weisen, dass auf das einjährige Preismoratorium für das Jahr 2027, welches die Finanzkommission als kurzfristige Maßnahme vorgeschlagen hat, verzichtet wird. Dieser Vorschlag sollte aber dringend aufgenommen werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> § 125 Absatz 3 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:</p> <p>„Bei den auszuhandelnden Preisen nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“ Für das Kalenderjahr 2027 gelten die zum 31.12.2026 vereinbarten Preise fort. Dies gilt auch für die Verträge nach § 125a SGB V.“</p> <p>Die Begründung zu Nummer 44 (§ 125) wird wie folgt geändert:</p> <p>„Als Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der GKV gilt § 71 künftig auch im Heilmittelbereich, so für die Verträge nach §§ 125, 125a. Bei ihren Vergütungsvereinbarungen haben die Vertragspartner vorrangig die in § 125</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Absatz 3 Satz 2 genannten Parametern zu beachten. Die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 stellt die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate sind damit ausgeschlossen. Zudem erfolgt für das Kalenderjahr 2027 keine Vergütungserhöhung. Es gelten die zum 31.12.2026 vereinbarten Vergütungssätze.“</p>
45	§ 125a	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>  Mit der Regelung sollen die Pauschalen, die mit der Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung, die über die Analyse des therapeutischen Bedarfs oder dietherapeutische Diagnostik hinausgehen in Verträgen nach § 125a SGB V ausgeschlossen werden.</p> <p><b>Bewertung</b>  Die vorgeschlagene Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie Fehlanreize im bestehenden Vergütungssystem adressiert. Pauschalen können – wie von der Finanzkommission dargelegt – zu Doppelvergütungen führen und die Wirtschaftlichkeit beeinträchtigen. Zudem können sie die Attraktivität bestimmter Verordnungsarten für Heilmittelerbringer verringern und so der aktuellen Mengenausweitung entgegenwirken. Auch stärkt die kritische Einordnung der Kosten der Blankoverordnung die Verhandlungsposition der Krankenkassen.</p> <p>Kritisch ist jedoch, dass die Regelung schwer verständlich und zu stark an bestehende Vertragsstrukturen angelehnt ist. Dadurch besteht die Gefahr, dass sie durch geringfügige Anpassungen umgangen wird. Daher sollte statt eines engen Verbots einzelner Pauschalen ein generelles Verbot versorgungs- oder bedarfsbezogener Pauschalen vorgesehen werden, um Umgehungsmöglichkeiten zu vermeiden und die Rechtssicherheit zu erhöhen. Aus systematischen Gründen empfiehlt es sich zudem, dieses Verbot in einem eigenständigen neuen Absatz 2a zu regeln, da Absatz 2 ausschließlich Vorgaben für Vertragsinhalte enthält.</p> <p>Der Gesetzentwurf enthält keine Anpassungen zur wirksamen Begrenzung von Mengenausweitungen in der Blankoversorgung. Zwar wurden vertraglich entsprechende Mechanismen vereinbart, diese haben sich jedoch als nicht zielführend erwiesen. Ursächlich hierfür sind insbesondere die zu eng gefassten Vorgaben des § 125a Abs. 2 Nr. 6 SGB V. Die Beschränkung auf eine einzelfallbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung verhindert eine</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>gesamtbezogene Betrachtung sowie die Bildung morbiditätsorientierter Durchschnittswerte. Dadurch bleibt eine systematische Steuerung der Leistungsmengen ausgeschlossen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>          „In den Verträgen nach Absatz 1 dürfen keine über die in den nach § 125 SGB V geschlossenen Verträge hinausgehenden Vergütungsbestandteile vereinbart werden. Insbesondere dürfen keine versorgungsbezogenen oder bedarfsbezogenen Pauschalen vereinbart werden. Entsprechende Regelungen sind unzulässig und unwirksam. Sofern Verträge nach Absatz 1 eine Pauschale im Sinne des Satzes 2 enthalten und eine Heilmittelversorgung, auf die sich die Pauschale bezieht, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits begonnen hat, wird die Vergütung der Pauschale durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen.“</p> <p>Änderung des § 125a Abs. 2 Nr. 6:          „Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung der Behandlungseinheiten je Versicherten, insbesondere für solche Ausweitungen, die weder morbiditätsbedingt sind noch auf therapeutischem Fortschritt oder Änderungen des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen; diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschläge vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten wird.“</p>
46a)	§ 127 Abs. 1	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>          Mit der Regelung wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität eingeführt.</p> <p><b>Bewertung</b>          Die Regelung für den Hilfsmittelbereich wird auch begrüßt. Die vorgesehene Verankerung der Beitragssatzstabilität führt faktisch zu einer Begrenzung von Vergütungssteigerungen auf die Höhe der Grundlohnsumme (GLS) bzw. auf GLS minus 1 % in den Jahren 2027 bis 2029. Aus Sicht der Stellungnahme ist zu erwarten, dass Leistungserbringer hierauf mit verstärkten Forderungen nach jährlichen Preisanpassungen bzw. Dynamisierungsklauseln reagieren werden, da bislang vielfach langfristig stabile Vergütungsvereinbarungen üblich waren. Ob die Anbindung an die GLS tatsächlich zu einer nachhaltigen Stabilisierung der Ausgabenentwicklung führt, bleibt dabei offen.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Für bestehende Verträge ist zudem davon auszugehen, dass Leistungserbringer Nachforderungen auf Basis der kumulierten Grundlohnsummensteigerungen seit Vertragsbeginn geltend machen könnten. Dies würde dem Ziel der Kostendämpfung entgegenstehen und sollte durch eine gesetzliche Klarstellung ausgeschlossen werden, wonach Preissteigerungen ausschließlich auf Grundlage der jeweiligen Vorjahres-GLS zulässig sind.</p> <p>Zudem ist mit Vorzieheffekten zu rechnen, da Leistungserbringer noch vor Inkrafttreten der Neuregelung bestehende Verträge kündigen oder neu verhandeln könnten, um Vergütungsanpassungen vorzuziehen. Zur Vermeidung dieser Effekte wird die Einführung eines Preismoratoriums bis mindestens zum 31.12.2026 bzw. bis zum Inkrafttreten der Neuregelung als erforderlich angesehen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>            (1b) Für Hilfsmittelversorgungen nach § 33, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 1 erfolgen und im Zeitraum ... [einzusetzen: 1. Januar 2027, es sei denn, das Gesetz tritt erst danach in Kraft, dann einzusetzen: Datum des auf – 31 – die Verkündung folgenden Tages] bis zum 31. Dezember 2028 begonnen haben, vermindert sich die vertraglich vereinbarte Vergütung um drei Prozent je Versorgung. Bis zum Inkrafttreten gelten die Vertragspreise unverändert weiter. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen zur Umsetzung der Regelungen nach Satz 1 ab.“</p>
46b)	§ 127 Abs. 1b	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>            Mit der Neuregelung wird für einen Übergangszeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2028 ein pauschaler Vergütungsabschlag von drei Prozent je Hilfsmittelversorgung eingeführt. Bereits begonnene Versorgungen vor dem Stichtag sind vom Abschlag nicht erfasst.</p> <p><b>Bewertung</b>            Die Vorschläge werden begrüßt. Insbesondere die Regelung zum Abschlag wurde auf Fachebene wiederholt gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit eingebracht und entspricht daher einem zentralen Anliegen der Kassen.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b> Keiner</p>
47a)	§ 130 Abs. 1	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Der gesetzliche Abschlag, den Apotheken den Krankenkassen im Gegenzug für eine zügige Bezahlung der Rechnung gewähren müssen, soll um 0,30 € erhöht werden.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Regelung wird als Beitrag der Apotheken zur Konsolidierung begrüßt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Keiner</p>
48a)	§ 130a Abs. 1b/c	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b></p> <p><b>Absatz 1b:</b> Mit der Regelung erhalten die Krankenkassen neben dem bisherigen Herstellerabschlag von 7 Prozent auf den ApU einen zusätzlichen Abschlag, der sich aus dem Abgleich von Soll- und Ist-Ausgaben errechnet. Bei der Berechnung der Sollausgaben wird die Einnahmeentwicklung als maßgebliches Kriterium einbezogen und damit folgt die Regelung dem grundsätzlichen Ziel der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Bis der Mechanismus greift, gilt ab 01.01.2027 bis zum 30.06.2027 ein fester zusätzlicher Abschlag von 3,5%, der danach durch den errechneten dynamischen Herstellerabschlag abgelöst wird. Bei dessen Berechnung fließt von Beginn an auch die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder ein. Je nach Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen kann der zusätzliche Abschlag auch bei 0% liegen. Allerdings sind zahlreiche Arzneimittelgruppen von der Regelung ausgenommen, wie z.B. Biosimilars, Arzneimittel mit Festbetrag, versorgungskritische Wirkstoffe, Kinder-Arzneimittel und Reserveantibiotika</p> <p><b>Absatz 1c:</b> Die Regelung soll es ermöglichen, dass pharmazeutische Hersteller für solche Arzneimittel eine Befreiung vom dynamischen Herstellerabschlag beantragen können, deren klinische Prüfungen oder deren Wirkstoffproduktion in</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>einem erheblichen Maße in Deutschland stattfindet. Die Befreiung muss beim BfArM beantragt werden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erteilt dem GKV-SV auf Antrag Auskunft zu erteilten Befreiungen und deren Geltungszeiträumen.</p> <p><b>Bewertung</b> Absatz 1 b) Grundsätzlich begrüßt der vdek die Maßnahme. Mit dem Entwurf wird dem Vorschlag der Finanzkommission gefolgt, allerdings mit einem halbierten Prozentsatz (statt 7 Prozent nur 3,5 Prozent). Um die angemessene Beteiligung der Pharmaindustrie an der Konsolidierung der GKV sicherzustellen, wäre der von der FKG vorgeschlagene Prozentsatz erforderlich. Die Ausnahmen für die genannten Arzneimittelgruppen werden abgelehnt. Es gibt bereits Ausnahmeregelungen für versorgungskritische AM, Kinder-AM sowie Reserveantibiotika, die deren besondere Rolle in der Versorgung Rechnung tragen sollen, wie Ausnahmen von der Festbetragsregelung, von Rabattverträgen oder eine Sonderstellung im AMNOG-Verfahren.</p> <p>Absatz 1 c) Die Regelung wird abgelehnt. Sie unterhöhlt zusätzlich zu den in Abs. 1 b geplanten Ausnahmen das Instrument eines dynamischen Abschlags. In der Gesetzesbegründung wird darauf verwiesen, dass es sich um eine Anschlussregelung zu dem nun entfallenden § 35a Abs. 3 Satz 5 und 6 handelt. Wie bereits der Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege in seinem Gutachten zu Arzneimittelpreisen 2025 analysiert hat, lässt sich kein Zusammenhang zwischen Arzneimittelpreisen und Standortentscheidungen pharmazeutischer Unternehmen nachweisen. Grundsätzlich wird das BfArM als geeignet angesehen, um eine Befreiung nach den geforderten Kriterien erteilen zu können, allerdings erscheint der Verwaltungsaufwand sehr hoch, wenn der GKV-SV erst nach Antragstellung beim BfArM erfährt, welche Befreiungen erteilt wurden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Absatz 1 b): Streichung in Abs. 1 b Satz 2 Nr. 2,4,5,6,7,8  Satz 4: „7%“ statt „3,5%“</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Absatz 1c): Streichung von Absatz 1c
48b)	§ 130a Abs. 2	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die Krankenkassen erhalten bei Impfstoffen mit Patent- oder Unterlagenschutz einen zusätzlichen Abschlag von 7 Prozent des Abgabepreises zum bereits bestehenden Grundabschlag. Dieser gilt auch dann, wenn durch den Referenzpreis kein Grundabschlag anfällt.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt, muss aber deutlich nachgeschärft werden. Damit sie Wirkung entfalten kann, braucht es ein Preismoratorium für Impfstoffe. Andernfalls kann der erhöhte Abschlag durch eine schlichte Preiserhöhung unterlaufen werden.</p> <p>Die Vorschläge der FKG (u. a. Erstattungsbetragsverhandlungen, Preis-Mengen-Vereinbarungen, Wiedereinführung von Rabattverträgen) finden keinerlei Berücksichtigung im KabE, werden aber als zwingend notwendig erachtet, um die ungebremste Ausgabenentwicklung zu begrenzen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Umsetzung der FKG-Vorschläge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preismoratorium</li> <li>- Herstellerabschlag analog zu allen anderen Arzneimitteln; unabhängig davon, ob es sich um Impfstoffe mit Patent- / Unterlagenschutz handelt, der Abschlag muss für alle Impfstoffe gelten</li> <li>- Ausschreibungsmöglichkeiten</li> </ul> <p>Preisverhandlungen gem. § 130b auch für Impfstoffe</p>
48c)	§ 130a Abs. 3a	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Verlängerung des Preismoratoriums auf 2030 (statt ansonsten Auslaufen Ende 2026). Mit der Regelung wird zudem das erweiterte Preismoratorium konkretisiert und so gestaltet, dass Umgehungsstrategien der pU verhindert werden.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Bewertung</b> Die Fortsetzung des Preismoratoriums wird begrüßt und schon deshalb erforderlich, weil nur damit sichergestellt ist, dass Erhöhungen von Abschlägen nicht durch reine Preiserhöhungen kompensiert werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Keiner</p>
48d)	§ 130a Abs. 3e	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Ab dem 01.01.2027 wird ein Preismoratorium für Verbandmittel und sPW eingeführt. Demnach erhalten Krankenkassen für diese Produkte einen Preisabschlag in Höhe von etwaigen Preiserhöhungen des Herstellers gegenüber dem Preisstand vom 01.01.2026. Dieser Abschlag wird bis zum 31.12.2030 gewährt. Der als Referenz herangezogene Preisstand vom 01.01.2026 wird dabei ab 01.07.2028 jährlich an die Inflation bzw. Verbraucherpreisindex angepasst. Für Produkte, die nach dem 1. Januar 2026 erstmals auf den Markt kommen, gilt der Preis bei Markteinführung als Referenz. Mit dem KabE wird zudem ein erweitertes Preismoratorium eingeführt. Bringt ein Hersteller ein neues Verbandmittel oder sPW auf den Markt, für das es bereits ein vergleichbares Produkt gibt, greift das Preismoratorium auf Basis des Preises je Wundflächeneinheit für das Vergleichsprodukt.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Einführung eines Preismoratoriums für Verbandmittel und sPW wird ausdrücklich begrüßt. Insbesondere vor dem Hintergrund der Erweiterung des Begriffes Verbandmittel ist die Einführung ein wichtiger Schritt zur Regulierung der Preise und Begrenzung der Ausgabendynamik. Kritisch bewertet wird, dass die Regelung erst mit zeitlichem Verzug greift. Hier wäre eine unmittelbare Wirksamkeit des Preismoratoriums ab dem 01.01.2026, spätestens mit In-Kraft-Treten des Gesetzes zu begrüßen.</p> <p>Auch die Einführung des erweiterten Preismoratoriums wird ausdrücklich begrüßt, da sie grundsätzlich geeignet ist, mögliche Umgehungsstrategien des Preismoratoriums durch Hersteller wirksam entgegenzutreten. Entscheidend wird jedoch sein, wie die Regelung in der Praxis ausgestaltet und umgesetzt wird, insbesondere im Hinblick auf die Kriterien zur Bestimmung der Vergleichbarkeit der herangezogenen Produkte.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Änderungsvorschlag</b> Unmittelbare Wirksamkeit des Preismoratoriums ab dem 01.01.2026 oder mit Inkrafttreten des Gesetzes, ohne zeitlichen Aufschub bis 2027. Streichung der Befristung.</p>
49a)	§ 130b Abs. 1a	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die Regelung sieht eine gesetzliche Auffanglösung für eine Preis-Mengen-Regelung vor, die zur Anwendung kommt, wenn die Vertragspartner, der GKV-Spitzenverband und ein pharmazeutischer Unternehmer, auf dem Verhandlungsweg nicht zu einer Lösung kommen. Die Regelung beinhaltet eine Rechenformel, Rabattsätze, die anzuwendende Datengrundlage sowie relevante Zeiträume.</p> <p><b>Bewertung</b> Die gesetzliche Auffanglösung stärkt die Verhandlungsmacht der GKV und wird begrüßt. Zudem entspricht eine Stärkung der Preis-Mengen-Regelung den Empfehlungen des Sachverständigenrates für Gesundheit sowie den Vorschlägen der Finanzkommission und wird vom vdek sehr positiv gesehen. Die Methode hat einen milden preis-regulierenden Effekt auf Arzneimittel mit geringen bis moderaten Umsätzen und ist geeignet, vor allem die Preise von sehr umsatzstarken Arzneimitteln zu regulieren.</p> <p>Als Datengrundlage sollen “die von Apotheken zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Bezugsgrößen” ermittelt werden. Damit bleiben relevante Mengen von Arzneimitteln unberücksichtigt, die im stationären Bereich angewendet werden. Weiterhin ist der Begriff “Apotheke” zu unscharf. Es ist nicht klar, ob damit auch Krankenhaus-apotheken und damit die Arzneimittelabgaben im Rahmen von Verträgen nach § 129a SGB V gemeint sind. Diese relevanten Mengen sollten durch eine Klarstellung mit einbezogen werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Klarstellung, dass auch die Abrechnungsdaten von Krankenhausapotheken mit einfließen sollen. Zudem sollten in das Mengen-Monitoring ebenfalls die Arzneimittelversorgungsdaten aus dem stationären Bereich mit einfließen.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
49c)	§ 130b Abs. 3	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz eingeführten „Leitplanken“ für die Verhandlung von Erstattungsbeiträgen sollen abgeschafft werden.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Abschaffung wird abgelehnt. Mit der Leitplankenregelung werden klare Vorgaben zur Höhe eines angemessenen Erstattungsbetrags in Abhängigkeit vom Ergebnis der frühen Nutzenbewertung festgelegt. So wird ein direkter und transparenter Bezug zum Ergebnis der Nutzenbewertung hergestellt, der bei fehlendem Nutzen eine Steigerung des Preisniveaus verhindern soll. Ohne diese Reglementierung besteht das Risiko, dass Arzneimittel auch bei fehlendem therapeutischen Zusatznutzen auf die hohen Preise der Vergleichstherapien referenzieren und damit eine weitere Ausgabensteigerung hervorrufen. Zudem schwächt die Abschaffung der Leitplanken das Instrument der Nutzenbewertung, da dadurch der Anreiz zur Erlangung eines Zusatznutzens reduziert werden könnte.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Streichung der Ersetzung</p>
50	§ 130e	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Der bisherige § 130e zum Kombinationsabschlag soll aufgehoben werden. Stattdessen soll künftig geregelt werden, dass Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, für bestimmte Gruppen mit patentgeschützten Wirkstoffen Rabattverträge auszuschreiben (sog. Vertragskatalog). Die rabattierten Wirkstoffe sollen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Verordnungsquoten und die Möglichkeit von Praxisbesonderheiten bessergestellt werden.</p> <p><b>Bewertung</b> <u>Streichung Kombinationsabschlag</u> Die ersatzlose Streichung des Kombinationsabschlags in der aktuell gültigen Fassung des § 130e wird abgelehnt. Die Therapiemöglichkeit, zwei Arzneimittel zu kombinieren, die zusammen keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen haben, stellt eine Belastung der GKV dar, ohne dass diese ansonsten in irgendeiner Art kompensiert werden könnte. Trotz des administrativen Aufwandes ist der Kombinationsabschlag i. H. v. 20 Prozent auf den Abgabepreis ein Mittel, um steigenden Kosten von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen vorzubeugen.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><u>Einführung eines "Vertragskataloges"</u> Die Regelung wird vom vdek befürwortet, denn ein Wettbewerb zwischen therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln, auch auf der Ebene mehrerer für ein Krankheitsbild zugelassener Arzneimittel, kann zu weiteren Einsparungen führen. Nicht nachvollziehbar ist allerdings die Beschränkung auf patentgeschützte Arzneimittel, denn gerade der Wettbewerb mit den deutlich günstigeren generischen Arzneimitteln bietet ein hohes Potential für Einsparungen. Auch die Einschränkung auf bestimmte Wirkstoffgruppen sowie deren Auswahl wird abgelehnt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Die Beschränkung auf patentgeschützte Wirkstoffe sowie auf bestimmte Wirkstoffgruppen sollte entfallen.</p>
52a) und 53a)	§ 132a Abs. 4 sowie § 132l Abs. 5	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die Vergütungssteigerungen in der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege werden künftig auf die Höhe der Grundlohnrate begrenzt.</p> <p><b>Bewertung</b> Die vorgesehenen Änderungen in §§ 132a und 132l SGB V sind im Grundsatz zu begrüßen, da sie einen wichtigen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) leisten und die Ausgabenentwicklung wieder stärker an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung rückbinden. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V stellt eine konsequente Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik dar.</p> <p>In den vergangenen Jahren hat die vollständige Tariffinanzierung dazu geführt, dass Vergütungssteigerungen in einzelnen Leistungsbereichen – insbesondere der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege – deutlich über der allgemeinen Lohnentwicklung lagen. Diese Dynamik hat die Finanzierungsbasis der GKV zunehmend belastet. Durch die Koppelung an die Grundlohnrate wird sichergestellt, dass die Ausgabenentwicklung wieder stärker mit den beitragspflichtigen Einnahmen korrespondiert. Dies ist mit Blick auf die langfristige Sicherung der Beitragssatzstabilität und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der GKV sachgerecht. In diesem</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Zusammenhang ist auch der Wegfall der verpflichtenden vollständigen Tarifrefinanzierung folgerichtig, da andernfalls die intendierte Ausgabenbegrenzung unterlaufen würde.</p> <p>Die vollständige Refinanzierung tariflicher Vergütungen unabhängig von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung führt langfristig zu einer strukturellen Überforderung des Systems. Insofern ist es legitim, eine Balance zwischen Vergütungssteigerungen, die weiterhin möglich sind, und Finanzierbarkeit herzustellen. Gleichwohl besteht ein Konflikt mit der im SGB XI verankerten Tariftreueregelung, welche die Pflegeeinrichtungen zur Zahlung tariflicher bzw. tarifähnlicher Entlohnungen oder zur Einhaltung „regional üblichen Entlohnungsniveau nach § 82c SGB XI“ verpflichtet.</p> <p>Die Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege (HKP) und/oder der Außerklinischen Intensivpflege (AKI) erbringen in der Regel auch Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI. Dies führt zu Herausforderungen in der Kalkulation. Es muss jedoch sichergestellt sein, dass Vergütungsanteile, die im Rahmen des SGB V nicht (mehr) refinanziert werden, nicht über Umwege den Pflegebedürftigen auferlegt werden. Diese Inkonsistenz verweist auf einen weitergehenden gesetzgeberischen Abstimmungsbedarf zwischen SGB V und SGB XI.</p> <p>Insbesondere die Tariftreueregelung in Verbindung mit der durchschnittlichen Lohnermittlung bedarf einer systematischen Weiterentwicklung, um Zielkonflikte zu vermeiden und eine tragfähige Gesamtarchitektur der Pflegefinanzierung sicherzustellen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Keiner.</p>
55a)	§ 134 Abs. 1	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die geplante Regelung sieht vor, dass Vereinbarungen über Vergütungsbeträge ab dem 1. Januar 2027 mengenbezogene Abschläge enthalten. Diese sollen bei einer jährlichen Abgabemenge von mindestens 3.000 DiGA mindestens 2 % und bei mindestens 100.000 DiGA mindestens 30 % betragen.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Bewertung</b> Die Einführung einer verpflichtenden degressiven Vergütung wird begrüßt. Dies ist aufgrund der hohen Skalierbarkeit von DiGA erforderlich. Die vorgeschlagenen Mengenabschläge greifen jedoch zu kurz. Angesichts der deutlich sinkenden Grenzkosten für DiGA-Hersteller sollten die Abschläge zum einen höher angesetzt werden. Zum anderen sollten sie nicht jahresbezogen, sondern kumulativ ausgestaltet sein, sodass sie mit fortschreitender Abgabemenge kontinuierlich wirksam werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> „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.“</p>
55b)	§ 134 Abs. 5	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die bisherige Kann-Vorgabe für die Regelung von Höchstbeträgen und Schwellenwerten in der Rahmenvereinbarung soll in eine Muss-Vorgabe geändert werden.</p> <p><b>Bewertung:</b> Die Schwellenwerte und Höchstbeträge sind in der DiGA-Rahmenvereinbarung bereits festgelegt. Allerdings werden die Höchstbeträge derzeit auf Basis der im Rahmen der Preisfreiheit teilweise deutlich überhöhten Herstellerpreise berechnet. Dadurch entfalten sie keine wirksame Begrenzung der Ausgaben der GKV. So wurde beispielsweise auch ein Herstellerpreis von 2.077,40 Euro durch die bestehenden Höchstbetragsregelungen nicht reduziert.</p> <p>Bereits die Finanzkommission kam in ihrem Bericht zu dem Ergebnis, dass die im Jahr 2022 eingeführten Höchstbeträge keinen nennenswerten Effekt erzielt haben und deshalb verhandelte Preise von Beginn an maßgeblich sein sollten. Diese liegen mit durchschnittlich 227 Euro rund 60 Prozent unter den durchschnittlichen Herstellerpreisen von 544 Euro.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Höchstbeträge sollten ausnahmslos auf Basis der verhandelten Preise beziehungsweise Vergütungsbeträge und nicht mehr auf Grundlage der Herstellerpreise ermittelt werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> In § 134 wird Absatz 5 wie folgt geändert:</p> <p>„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.“</p>
60	§ 221	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b></p> <p>a) Der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 14,5 Mrd. Euro soll ab 2027 dauerhaft um 2 Mrd. auf 12,5 Mrd. Euro gekürzt werden.</p> <p>b) Die ursprünglich vorgesehenen Rückzahlungstermine der Darlehen aus den Jahren 2023, 2026 und 2026 werden um sechs Jahre auf die Jahre 2035 bis 2039 verschoben.</p> <p><b>Bewertung</b></p> <p>a) Die Reduzierung des Bundeszuschusses zur Konsolidierung des Bundeshaushaltes ist nicht akzeptabel und wird strikt abgelehnt. Der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen ist seit fast 20 Jahren nicht mehr angehoben worden und gleicht die Kosten für die versicherungsfremden Leistungen längst nicht mehr aus. Statt einer Reduzierung müsste der Bundeszuschuss in Abhängigkeit der Entwicklung der Leistungsausgaben dynamisiert werden.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>b) Die vorgesehene Änderung bringt lediglich mehr Zeit, trägt aber nicht zur gewünschten Beitragssatzstabilität der GKV bei, da die Darlehen noch immer zurückgezahlt werden müssen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b></p> <p>a) Die Regelung wird gestrichen. Stattdessen soll der Bundeszuschuss jährlich entsprechend der Veränderungsrate der Leistungsausgaben dynamisiert werden.</p> <p>b) Die Darlehen sollten der GKV erlassen werden.</p>
62	§ 232a	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b></p> <p>Der für die Beziehenden von Grundsicherungsgeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 SGB II als Beitragsbemessungsgrundlage heranzuziehende fiktive Wert der beitragspflichtigen Einnahmen wird erhöht. Als beitragspflichtige Einnahmen dieses Personenkreises soll für das Jahr 2027 das 0,2234-fache der monatlichen Bezugsgröße gelten. Dieser Faktor soll bis zum Jahr 2031 in fünf Schritten erhöht werden. Ab dem Jahr 2031 soll als beitragspflichtige Einnahme das 0,2766-fache der monatlichen Bezugsgröße gelten.</p> <p>Das vom Bund getragene Beitragsaufkommen für die Beziehenden von Grundsicherung soll in den Jahren 2027 und 2028 jeweils um rund 250 Millionen und in den Jahren 2029, 2030 und 2031 um jeweils 500 Millionen steigen; ab dem Jahr 2031 sollen jährlich zwei Milliarden Euro mehr gegenüber dem Jahr 2026 durch den Bund gezahlt werden. Ein weiterer Anstieg ist nicht vorgesehen.</p> <p><b>Bewertung</b></p> <p>Der Einstieg in die kostendeckende Finanzierung der Gesundheitskosten von Beziehenden von Grundsicherungsgeld deckt 2027 gerade einmal zwei Prozent der tatsächlichen Deckungslücke von ca. 12 Mrd. Euro. Maximal sollen ab 2030 zusätzliche zwei Milliarden Euro pro Jahr fließen, die aber nur 16 Prozent der Deckungslücke ausmachen. Somit wird der Hauptteil der Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Empfänger:innen von Grundsicherungsgeld weiterhin den Mitgliedern der GKV und ihren Arbeitgebern angelastet. Diese systemwidrige und gegen die Verfassung verstoßende Belastung der Beitragszahlenden mit der Finanzierung der Kosten von gesamtgesellschaftlichen Leistungen ist eindeutig abzulehnen.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Änderungsvorschlag</b>            Es ist eine kostendeckende Finanzierung der Gesundheitskosten von Grundsicherungsgeldbeziehenden nach § 19 Absatz 1 Satz 1 SGB II durch den Bund als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sicherzustellen.</p>
63	§ 242b	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>            Es wird ein Beitragszuschlag für Mitglieder eingeführt, wenn sie einen bislang beitragsfrei über § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartner haben. Der Beitragszuschlag beträgt 2,5 % und wird auf den bereits zu entrichtenden Beitragssatz zur Krankenversicherung anhand der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhoben. Der Beitragszuschlag ist nicht zu erheben, wenn nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 mindestens ein Ausnahmetatbestand vorliegt.</p> <p><b>Bewertung</b>            Allgemein kann die Begrenzung der beitragsfreien Familienversicherung auf Personen mit Sorgeaufgaben mitgetragen werden, da sie einem veränderten Familien- und Gesellschaftsbild folgt und zu positiven Anreizen für eine Arbeitsaufnahme führen kann.</p> <p>Die geplante Erhebung eines Beitragszuschlags in Höhe von 2,5 Prozent auf die beitragspflichtigen Einnahmen führt dazu, dass der zu zahlende Beitrag als weiterer zukünftiger Bestandteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags nach § 28d Satz 1 SGB IV bei Arbeitgebern zu werten ist. In der Folge hätte der Arbeitgeber als Beitrags-schuldner im Sinne von § 28e Absatz 1 Satz 1 SGB IV diesen vom geschuldeten Arbeitsentgelt einzubehalten und an die Krankenkasse zu zahlen. Für sogenannte Firmenzahler (Arbeitnehmer, die ein Arbeitsentgelt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze erhalten) ist die Zahlung des Beitragszuschlags nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt. Der weit überwiegende Teil der Arbeitgeber meldet diese Arbeitnehmergruppe als Firmenzahler mit dem DEÜV-Verfahren an und dokumentiert damit, dass sie die Beiträge zur KV und PV zahlen und übernehmen wollen. Eine gesetzliche Grundlage existiert dafür bislang nicht. Daher ist es fraglich, ob die Arbeitgeber auch die Zahlung des Beitragszuschlags nach § 242b Absatz 1 Satz 1 SGB V – neu – übernehmen. Es bedarf es dringend einer gesetzlichen Klarstellung, wonach freiwillig in der GKV versicherte Arbeitnehmer hinsichtlich ihres Beitrags nach § 28d SGB IV den pflichtversicherten Arbeitnehmern gleichgestellt werden. Anderenfalls könnte von den Krankenkassen verlangt werden, den Beitragszuschlag nach § 242b Abs. 1 Satz 1 SGB V direkt vom Versicherten zu erheben.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Mit der gesetzlichen Klarstellung in § 28d SGB IV würde zudem auch sichergestellt werden, dass die DRV in Betriebsprüfungen für freiwillig versicherte Arbeitnehmer prüfen dürfte, ob der Beitragszuschlag vom Arbeitgeber korrekt erhoben und gezahlt wurde. Die Prüfung läge andernfalls bei den Krankenkassen, könnte aber faktisch nicht erfolgen, weil sie über keine Anlagen zum Beitragsnachweis verfügt. Die Prüfung durch die Krankenkassen vornehmen zu lassen, ist nicht verwaltungsökonomisch, so dass eine Einbindung in die Prüfung der DRV nach § 28p SGB IV sinnvoll ist.</p> <p>Diese Beitragsabführung besteht auch für die Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit und Zahlstellen. Ungünstig ist, dass in § 242b Abs. 2 Satz 3 von "kann" gesprochen wird. Damit obliegt es den beitragsabführenden Stellen, ob sie den Beitragsabschlag zusammen mit dem GSV-Beitrag bzw. KV-Beiträgen tatsächlich zahlen. Rechtsicher wäre das Wort "kann" durch das Wort "ist" zu ersetzen.</p> <p>Ob ein Beitragszuschlag zu zahlen ist, hängt davon ab, ob ein Ausnahmetatbestand nach § 242b Abs. 1 SGB V vorliegt. Dieser ist im Rahmen der Feststellung bzw. Bestandspflege zur Familienversicherung von der Krankenkasse zu ermitteln. Das Ergebnis ist den beitragsabführenden Stellen mitzuteilen. Ein entsprechend notwendiger Meldedialog wäre erst in den bestehenden Meldeverfahren zu etablieren.</p> <p>Die Möglichkeit von bilateralen Absprachen zwischen Mitglied und beitragsabführender Stelle erschwert es der Krankenkasse festzustellen, ob der Beitragszuschlag für Zeiten der Familienversicherung korrekt gezahlt wurde.</p> <p>Bei Beziehen von Grundsicherungsgeld ist zu beachten, dass der Bund Pauschalbeiträge zur KV zahlt. Daher ist es fraglich, ob tatsächlich ein Beitragszuschlag beim Mitglied zu erheben ist, wenn dieser selbst keine Beiträge zahlt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>  In § 242b Absatz 2 Satz 3 SGB V ist das Wort „kann“ durch „ist“ zu ersetzen:  „Dieser Anspruch ist von dem Dritten durch Abzug von der an das Mitglied zu erbringenden Geldleistung geltend [zu machen].“</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
66a)	§ 275c Abs. 2	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die Anzahl der durch die Krankenkassen prüfbaren Schlussrechnungen der Krankenhäuser soll erhöht werden.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Regelung wird in ihrer Zielsetzung ausdrücklich begrüßt. Durch die Einführung der gestuften Prüfquote im Jahr 2022 ist das Rückerstattungsvolumen der Einzelfallprüfung um ca. 50% gesunken. Zugleich zeigen die statistischen Auswertungen des GKV-Spitzenverbands, dass sich die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser im Sinne einer beanstandungsfreien Rechnungsstellung in den letzten Jahren in keiner Weise verbessert hat. Eine zahlenmäßige Ausweitung der Abrechnungsprüfung sollte also zu einer deutlichen wirtschaftlichen Entlastung der beitragszahlenden Solidargemeinschaft beitragen.</p> <p>Die vorgesehene gesetzliche Änderung ist aber insoweit zu beanstanden, als sie unnötigen Bürokratieaufwand verstetigt. Die Beibehaltung eines dreistufigen Prüfquotensystems bewirkt nach den Erkenntnissen der letzten Jahre keinen Effekt der Verbesserung der Abrechnungsqualität. Zugleich ist der Arbeitsaufwand für die Erstellung und Beachtung der Prüfquotengrenzen bei allen Beteiligten, also Krankenhäuser, Krankenkassen, GKV-Spitzenverband und Medizinischen Diensten, immens. Es sollte daher das gestufte Prüfquotensystem aufgegeben werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Streichung von § 275c Abs. 2, 4 SGB V (Prüfquote)</p> <p>Weitergehender Änderungsvorschlag: Streichung von § 275c Abs. 6 Nr. 3 SGB V und Klarstellung, dass die Ergebnisse der Einzelfallabrechnung auch bei der Berechnung des Vorhalteanteils Beachtung finden.</p>
69	§ 346	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Sowohl die verpflichtende Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung als auch die gesetzliche Vorgabe einer gesonderten Vergütung für die Befüllung der ePA im vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären Bereich sowie in Apotheken entfallen.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Bewertung</b>  Die Streichung der genannten Regelungen ist zu begrüßen. § 346 Absätze 3 und 5 dienten als Anreiz zur Nutzung der ePA, die seinerzeit als Opt-in-Lösung ausgestaltet war, sowie zur Unterstützung der Versicherten bei der Kontenaktivierung. Mit der Einführung der „ePA für alle“ im Opt-out-Modell ist eine Unterstützung bei der Kontenaktivierung jedoch entbehrlich geworden. Zudem ist die ePA inzwischen seit einem Jahr im Versorgungsalltag etabliert, sodass auch ein zusätzlicher Anreiz zur Erstbefüllung nicht mehr erforderlich erscheint. Darüber hinaus eröffnet eine breite Nutzung der ePA auch für die Leistungserbringenden selbst erhebliche Vorteile, insbesondere durch Effizienzgewinne in den Versorgungsprozessen.</p> <p>Die Streichung der speziellen Vergütungsregelung für Apotheken ist in der Konsequenz folgerichtig. In dem Zusammenhang ist jedoch auch § 129 Absatz 5h Nummer 4 SGB V ersatzlos aufzuheben.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>  In § 129 Absatz 5h wird Nummer 4 gestrichen.</p>
		<p><b>Artikel 3   Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</b></p>
<p>3a) und 3b)</p>	<p>§ 6a Abs. 2 sowie Abs. 2a</p>	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>  Das unbegrenzte Selbstkostendeckungsprinzip des Pflegebudgets wird ab 2027 abgeschafft. Daher sollen die Vereinbarung des Pflegebudgets auf Basis der Ist-Kosten des Vorjahres, der Ausgleich von abweichenden Kosten im Folgejahr sowie die Erhöhung des Pflegebudgets um 2,5 Prozent für pflegeentlastende Maßnahmen letztmalig 2026 angewendet werden.</p> <p>Ab 2027 darf das Pflegebudget maximal um den Veränderungswert ansteigen. Ausgangsgrundlage ist das vereinbarte Pflegebudget des Vorjahres ohne pflegeentlastende Maßnahmen. Überschreiten die tatsächlichen Kosten das Pflegebudget, werden die Mehrkosten nicht mehr ausgeglichen. Unterschreiten die tatsächlichen Kosten das Pflegebudget, so werden die Minderkosten ausgeglichen. Es gilt jedoch eine Ausnahme von der Begrenzung, wenn dies zur Einhaltung von Personalvorgaben aus Gesetzen und G-BA-Richtlinien erforderlich ist.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Bewertung</b></p> <p>Die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips ist aufgrund der damit verbundenen hohen Kostensteigerungen zu begrüßen. Jedoch bleibt die Maßnahme hinter der Empfehlung der Finanzkommission zurück. Die Finanzkommission hat die Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in die DRG empfohlen. Dieser Empfehlung sollte unbedingt gefolgt werden, da die Fehlanreize bei einer bloßen Deckelung des Pflegebudgets erhalten bleiben.</p> <p>Das Pflegebudget verhindert eine bedarfsgerechte Verteilung des Personals zwischen den Krankenhäusern, insbesondere bei einer Leistungskonzentration im Rahmen der Krankenhausreform. Auch wurde Personal aus der Altenpflege an die Krankenhäuser verlagert, was den Personalmangel in der Altenpflege verschärft. Bei der Wiedereingliederung ist zu beachten, dass in den Pflegebudgets Kosten enthalten sind, die die Krankenhäuser aus dem DRG-Bereich umgebucht haben. Daher ist es wichtig, dass vor der Wiedereingliederung eine Bereinigung der Pflegebudgets vorgenommen wird, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden. Der von der Finanzkommission darüber hinaus empfohlene Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung des Pflegeanteils in den DRG muss diese Bereinigung dauerhaft ergänzen, damit es nicht zu einer finanziell bedingten Entlassung des Pflegepersonals kommt.</p> <p>Die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung des Pflegebudgets ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Jedoch verhindert die Ausnahmeregelung eine effektive Begrenzung, da sie zu weit gefasst ist und im Prinzip von jedem Krankenhaus geltend gemacht werden kann. Die Ausnahmeregelung sollte daher gestrichen werden. Darüber hinaus sollte die Begrenzung des Pflegebudgets anhand des tatsächlichen Bedarfs festgelegt werden. Nach der vorgesehenen Regelung können Krankenhäuser über das Pflegebudget mehr Personal finanzieren als notwendig, was zur o. g. Fehlverteilung des Personals beiträgt.</p> <p>Ein weiteres großes Problem besteht dahingehend, dass das vereinbarte Pflegebudget des Vorjahres als Ausgangsgrundlage für die Begrenzung auf den Veränderungswert vorgesehen ist. Diese Regelung führt in den aktuellen Budgetverhandlungen zu enormen Forderungen der Krankenhäuser nach einer Erhöhung der Pflegebudgets 2026. Die Krankenhäuser versuchen somit, die Ausgangsgrundlage für 2027 strategisch zu erhöhen, um die angestrebte Deckelung der Pflegebudget langfristig auszuhebeln. Falls die Pflegepersonalkosten nicht wieder in die</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>DRG eingegliedert werden, sollte die Ausgangsgrundlage für 2027 daher zumindest nur auf die tatsächlich angefallenen Kosten 2026 beschränkt werden.</p> <p>Da das Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft wird, entfällt folgerichtig der Ausgleich von Mehrkosten. Zu begrüßen ist, dass der Ausgleich von Minderkosten erhalten bleibt, da ansonsten nicht besetzte Stellen finanziert werden würden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>  Falls die Pflegepersonalkosten nicht wieder in die DRG eingegliedert werden, sollte zumindest in Absatz 2a nach Satz 2 folgender Satz eingefügt werden:  „Sofern die tatsächlichen Kosten die vereinbarten Kosten unterschreiten, ist abweichend von den Sätzen 1 und 2 die Ausgangsgrundlage für das Pflegebudget ab 2027 entsprechend abzusenken.“</p>
3c	§ 6a Abs. 4	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>  Regelung zur frühzeitigen unterjährigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen beim Pflegepersonal durch eine unterjährige Erhöhung des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwertes</p> <p><b>Bewertung</b>  Die zusätzliche Finanzierung einer Tarifraterhöhung wird abgelehnt. Eine Streichung ist notwendig, um die Ausgabensteigerungen adäquat zu begrenzen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>  Streichung des § 6a Absatz 4 Satz 5 und 6.</p>
5	§ 8	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>  Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b Absatz 2a Satz 1 KHG werden in Ergänzung zum Ambulanten Operieren (AOP) und zu den Hybrid-DRG neu eingefügt. Eine Berechnung dieser Kurzzeitfallpauschalen ist ausgeschlossen, wenn die Leistung im AOP-Katalog enthalten ist. Näheres dazu haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz s Satz 1 KHG zu regeln.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Bewertung</b> Mit der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen wird eine weitere Abrechnungsmöglichkeit geschaffen, durch die Abgrenzungsprobleme zum ambulanten Operieren, zu den Hybrid-DRG als auch zu der Anwendung der unteren Grenzverweildauer im DRG-System verschärft werden. Der Nutzen der Kurzzeitfallpauschalen für die Ambulantisierung ist hingegen fraglich.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Die Regelung ist zu streichen.</p> <p>Sollte der § 17b Abs. 2a SGB V beibehalten werden, wird hilfsweise die nachfolgende Änderung vorgeschlagen: „(5a) Die Berechnung der Kurzzeitpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten ist oder nach § 115f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Abrechnung gebracht werden kann. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“</p>
6a)	§ 9 Abs. 1	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die Selbstverwaltung prüft bis 30.06.2027 eine Ausweitung der bisherigen Regelungen zur Fallzusammenführung.</p> <p><b>Bewertung</b> Der Vorschlag der Finanzkommission war zu weitreichend (30 Tage pauschal, unabhängig von Krankenhaus und MDC). Anstelle der nun formulierten Prüfung durch die Selbstverwaltung nach "wirtschaftlichem und medizinischem Gebot" sollten die Selbstverwaltungspartner zur gemeinsamen Vereinbarung "verpflichtet" werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> "... sowie bis zum 30. Juni 2027 wirtschaftlich und medizinisch vertretbare Erweiterungen der Regelungen zur Fallzusammenführung.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
6b)	§ 9 Abs. 1b	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die Meistbegünstigungsklausel wird gestrichen. Zukünftig stellt die Grundlohnrate die Obergrenze für Preissteigerungen im Krankenhausbereich dar. Sofern der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, entspricht die Obergrenze dem Orientierungswert.</p> <p><b>Bewertung</b> Mit der Änderung wird die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik im Krankenhausbereich umgesetzt. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der Ersatzkassen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Keiner.</p>
7d)	§ 10 Abs. 5	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Die vollständige Tarifrefinanzierung oberhalb des Veränderungswerts wird auf eine hälftige Tarifrefinanzierung für alle Berufsgruppen gekürzt. Die Änderung soll bereits ab 2026 greifen.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung ist unbedingt notwendig, da ansonsten die konsequente Umsetzung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Krankenhausbereich verhindert wird. Mit der Kürzung auf die hälftige Tarifrefinanzierung wird diese Problematik zwar reduziert, bleibt aber weiterhin bestehen.</p> <p>Derzeit erhalten die Krankenhäuser zusätzliche Mittel, wenn die Tarifsteigerungen den Veränderungswert überschreiten. Dies stellt aus Sicht des vdek eine Doppelfinanzierung dar. Die Tarifsteigerungen sind bereits im Orientierungswert enthalten, da dieser sämtliche Personalkostensteigerungen abbildet. Zudem hebt die volle Tarifrefinanzierung die ökonomische Verantwortung für Tarifabschlüsse komplett aus und ermöglicht, dass Tarifsteigerungen einfach an die Krankenkassen durchgereicht werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Die Regelung ist zu streichen.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<b>Artikel 4   Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b>
2b)	§ 17b Abs. 2a	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>            Mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen sollen die Regelungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) und § 115b SGB V (Ambulantes Operieren) ergänzt werden. Es wird als Instrument zur Förderung von Verweildauerverkürzung und Ambulantisierung bei stationären Krankenhausbehandlungen im Kurzliegerbereich eingeführt. Vorgesehen ist, dass Kurzzeitfallpauschalen stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen umfassen. Unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer, werden die Fälle innerhalb dieses Rahmens einheitlich vergütet.</p> <p>Die Vertragsparteien prüfen jährlich, wie viele und welche Fälle der Kurzzeitfallpauschalen ambulant erbracht werden und ob sie sachgerecht in den AOP-Katalog verschoben werden können. Sie vereinbaren ferner, ob und inwieweit für Kurzzeitfallpauschalen-Fälle wahlweise Hybrid-DRG abgerechnet werden können.</p> <p><b>Bewertung</b>            Grundsätzlich wird das Bestreben nach Ambulantisierung unterstützt. Die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen resultiert jedoch in einer weiteren Verkomplizierung der Leistungsmöglichkeiten und verschärft bestehende Abgrenzungsprobleme zwischen den Leistungsbereichen.</p> <p>Fraglich ist, ob die mit den Kurzzeitfallpauschalen verbundenen Wirtschaftlichkeitspotenziale kurzfristig realisiert werden können. Einsparungen erscheinen perspektivisch zwar möglich, hängen aber ganz maßgeblich von der konkreten Ausgestaltung der Kalkulation ab. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die zugrunde gelegten initialen Fallkosten der Kalkulationshäuser, um die Effekte nachträglicher Rechnungskorrekturen und -kürzungen zu bereinigen sind. Diese Korrekturmöglichkeiten bestehen bedingt durch die Prüfquoten nicht in allen Fällen und sollten daher sachgerecht in der Kostenermittlung hochgerechnet und abgebildet werden.</p> <p>Darüber hinaus wird mit den Kurzzeitfallpauschalen ein zusätzliches Vergütungs- und Abrechnungsregime geschaffen, für das eigenständige Regelungen zu Abrechnung, Abgrenzung und Prüfung vereinbart werden müssen. Dies birgt das Risiko eines erhöhten administrativen Aufwands seitens der Vertragsparteien und zusätzlicher</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Schnittstellenprobleme. Unabhängig davon sollte sichergestellt werden, dass die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen nicht dazu führt, ambulantisierbare Leistungen vorübergehend im stationären Vergütungssystem zu verankern. Die Einzelfallprüfung der mit Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Fälle auf ihr ambulantes Potenzial sowie die Überführung geeigneter Fallkonstellationen in bestehende ambulante Vergütungsstrukturen müssen daher weiterhin gewährleistet bleiben.</p> <p>Anstelle der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen sollten die Weiterentwicklung der Hybrid-DRG nach § 115f SGB V und die Ausweitung des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V stehen. Die Evaluation der Hybrid-DRG in Hinblick auf die Auswahl der Leistungen, der Konzeption der Vergütung – inklusive der Konvergenz der Preise in Richtung des ambulanten Operierens – und der Entwicklung des Ambulantisierungsgrades sollte abgewartet werden. Aufbauend auf den Ergebnissen der Evaluation ist eine zielgerichtete Weiterentwicklung vorzusehen, um Fehlentwicklungen entgegenzuwirken.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Die Regelung ist zu streichen.</p>
3b)	§ 17c Abs. 2	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Der am Beginn des Prüfverfahrens liegende Falldialog zwischen Krankenhaus und prüfender Krankenkasse soll gestärkt werden.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Stärkung des Falldialogs liegt im ausdrücklichen Interesse der Ersatzkassen. Der Prüfauftrag an die Vertragsparteien wird daher begrüßt. Allerdings lässt sich bereits jetzt ein deutliches Potenzial zur frühen und bürokratiearmen Beilegung von Prüffällen realisieren, indem die Übermittlung medizinischer Fallunterlagen im partnerschaftlichen Austausch des Falldialogs datenschutzkonform ermöglicht wird.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Änderungsvorschlag</b>            § 17c Abs. 2 sollte wie folgt ergänzt werden:            “Die Krankenhäuser und Krankenkassen sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für das Verfahren gemäß Satz 2 Nummer 3 im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.”</p>
		<p><b>Artikel 5   Änderung der Bundespflegesatzverordnung</b></p>
1 a) aa)	§ 3 Abs. 3 Satz 5	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>            Folgeänderung aus der Aufhebung von § 9 Absatz 1 Nr. 5 KHEntgG. Künftig vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene nur noch einen einzigen Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1 b Satz 2 und 3 KHEntgG.</p> <p><b>Bewertung</b>            Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt. Sie kann dazu beitragen, die dynamische Ausgabenentwicklung im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zu dämpfen. Zur effektiven Begrenzung von Budgetsteigerungen, die im Endergebnis die Beitragszahler belasten, ist zusätzlich den Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit zu folgen: Einer Vergütung von Personalstellen über das Maß der PPP-Richtlinie hinaus, sollte nur noch bei nachgewiesenem Mehrbedarf möglich sein.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>            In § 3 Absatz 3 BPfIV sind nach Satz 5 folgende zwei Sätze zu ergänzen:            „Ein Überschreiten aufgrund des Tatbestandes nach Satz 4 Nummer 5 ist auf die Umsetzung der festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal begrenzt. Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist hierbei zu beachten.“</p>
1 a) bb)	§ 3 Abs. 3 Satz 8 ff.	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b>            Mit der Neuregelung wird eine Rückzahlungsverpflichtung für zweckwidrig verwendete Mittel, die zur Finanzierung des therapeutischen Personals vereinbart wurden, ab 2027 eingeführt.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p><b>Bewertung</b> Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt. Sie ist notwendig, um Ausgabensteigerungen im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zukünftig wirksam zu begrenzen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Die Neuregelung sollte bereits 2026 eingeführt werden.</p>
2a)	§ 4 Abs. 1	<p><b>Beabsichtigte Neuregelung</b> Der leistungsbezogene Krankenhausvergleich wird mit der Neuregelung um Kostendaten ergänzt.</p> <p><b>Bewertung</b> Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Sie kann dazu beitragen, den Krankenhausvergleich zu einem wirksamen Instrument fortzuentwickeln. Die Änderung sorgt für Transparenz in dem Verhältnis zwischen Leistungen und Kosten innerhalb der Vergleichsgruppen.</p> <p>Ergänzend sollte den Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit gefolgt werden. Demnach sollten pauschale Entgelterhöhungen durch den Krankenhausvergleich ausgeschlossen werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Anpassung des § 3 Absatz 3 Satz 5 BPfIV: Streichung des Nebensatzes "oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde".</p>

## Ergänzender Änderungsbedarf

**Beitragssatzstabilität konsequent durchsetzen – weitere Leistungsbereiche integrieren**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Das Prinzip der Beitragssatzstabilität sollte systematisch und kohärent auf weitere Versorgungsbereiche ausgeweitet werden. Neben den im Gesetz benannten Versorgungsbereichen sollte die Begrenzung der Ausgabenentwicklung auch auf die Sozialtherapie (§ 132b SGB V), die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 132d SGB V), die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132g SGB V), die Versorgungsverträge mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen (§ 132h SGB V) sowie auf die Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus (§ 132m SGB V) Anwendung finden. Dies trägt dazu bei, Vergütungssystematiken zu harmonisieren, sektorale Ungleichgewichte und Fehlanreize abzubauen und die finanzielle Nachhaltigkeit der GKV dauerhaft zu sichern, ohne die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten zu beeinträchtigen.

### **Änderungsvorschlag**

Die §§ 132b, 132d, 132g, 132h und 132m SGB V sind, um folgenden Passus zu ergänzen:

„Bei der Vertrags- und Vergütungsvereinbarung stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“

## **Prüfung der Medizinischen Erforderlichkeit einer Rehabilitation ermöglichen**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Im Rahmen des GKV-IPREG 2020 wurde geregelt, dass die Krankenkassen die medizinische Erforderlichkeit von Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation und einem Großteil der Anschlussrehabilitationen nicht mehr überprüfen dürfen. Dies führt dazu, dass Leistungen in Fällen erbracht werden, in denen kein hinreichender Rehabilitationsbedarf oder kein hinreichendes Rehabilitationspotential vorliegt. Die geltende Rechtslage führt zu einer unwirtschaftlichen Mittelverwendung und blockiert Rehabilitationsplätze, die für medizinisch notwendige und erfolgversprechende Fälle benötigt werden. Dadurch erhöhen sich die Wartezeiten auf einen Rehabilitationsplatz, für Versicherte, die dringend eine Rehabilitation benötigen.

Um die bestehenden Rehabilitationsressourcen bedarfsgerecht zu steuern, Fehlallokationen zu reduzieren und vorhandene Beitragsmittel wirtschaftlicher einzusetzen, sollte den Krankenkassen die Möglichkeit zur Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit wieder eingeräumt werden. Dies stärkt das Wirtschaftlichkeitsgebot und leistet einen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV, ohne das Leistungsniveau einzuschränken.

### **Änderungsvorschlag**

§ 40 wird wie folgt geändert:

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
  - b) aa) Die Sätze 2 bis 10 und 18 werden gestrichen.
  - bb) In Satz 12 wird die Angabe „11“ durch „2“ ersetzt.
  - cc) In Satz 13 wird die Angabe „11“ durch „2“ ersetzt.

## § 134 SGB V: Vergütungsbeträge ab dem ersten Tag der DiGA-Listung

### Beabsichtigte Neuregelung

DiGA-Hersteller können die Preise im ersten Jahr nach Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis bislang frei festlegen; erst ab dem 13. Monat gilt ein zwischen Herstellern und GKV-Spitzenverband verhandelter Vergütungsbetrag. Die im ersten Jahr aufgerufenen Preise stehen jedoch häufig nicht in einem angemessenen Verhältnis zum tatsächlichen Patientennutzen. Die derzeitige Regelung führt zudem auf Seiten der Krankenkassen wie auch der Hersteller zu erheblichen finanziellen Unsicherheiten. Ursache sind hohe Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen, wenn Vergütungsbeträge erst verspätet vereinbart werden. Dies hat in einzelnen Fällen zu Liquiditätsproblemen und Insolvenzen von Herstellern geführt, wodurch den Krankenkassen millionenschwere Ausfälle entstanden sind.

Um insolvenzbedingte Risiken für die gesetzliche Krankenversicherung zu vermeiden, sollten Vergütungsbeträge daher frühzeitig verhandelt werden und bereits ab dem ersten Tag der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis gelten.

### Änderungsvorschlag

§ 134 SGB V Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt formuliert:

Die Vergütungsbeträge gelten rückwirkend zum Zeitpunkt ab der Aufnahme der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e unabhängig davon, ob die Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e Absatz 3 dauerhaft oder nach § 139e Absatz 4 zur Erprobung erfolgt.

§ 134 SGB V Abs. 5 S. 1 und 2 werden wie folgt formuliert:

(5) <sup>1</sup>Bis zur Festlegung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 gilt ein Durchschnittspreis aller Vergütungsbeträge nach § 134 Absatz 1 SGB V der dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen. <sup>2</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Durchschnittspreis nach Satz 1 unverzüglich, spätestens aber fünf Tage nach Aufnahme der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung mit.

## **Streichung der Erprobungsregelung von DiGA**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Finanzkommission Gesundheit hat sich mit ihrem Bericht am 30.03.2026 explizit dafür ausgesprochen, dass die gesetzlichen Krankenkassen ausschließlich digitale Gesundheitsanwendungen mit einem nachgewiesenen Nutzen vergüten. Dies entspricht dem in der GKV bestehenden Wirtschaftlichkeitsgebot und führt zu einer Gleichbehandlung gegenüber anderen Leistungsbereichen. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die Erprobungsregelung für DiGA aus dem Gesetz zu streichen.

### **Änderungsvorschlag**

In § 139e SGB V wird Absatz 4 gestrichen.

§ 134 wird Absatz 1 Satz 2 wie folgt angepasst:

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

Absatz 2a wird gestrichen.

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

In der DiGAV wird § 17 gestrichen.

## Sicherung von Ausbildungszuschlägen im Rahmen von Krankenhausinsolvenzen

### Beabsichtigte Neuregelung

In vielen Bundesländern werden die Ausbildungskosten nach § 17a Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) über ein Umlageverfahren finanziert. Dabei werden bei allen Krankenhäusern im Land Ausbildungszuschläge erhoben, die an einen Ausgleichsfonds abgeführt und an die ausbildenden Krankenhäuser im Land ausbezahlt werden. Die Mittel sind zweckgebunden für die Ausbildung zu verwenden.

Im Fall einer Krankenhausinsolvenz besteht die Gefahr, dass die in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge nicht an den Ausgleichsfonds abgeführt werden, sondern in der Insolvenzmasse aufgehen und somit zweckentfremdet werden. Um die zweckentsprechende Mittelverwendung auch im Rahmen einer Insolvenz sicherzustellen, sollten die Beteiligten auf Landesebene in den Verfahrensregelungen im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds sicherstellen, dass während des Insolvenzverfahrens die vom Krankenhaus in Rechnung zu stellende Zuschläge, die an den Ausgleichsfonds abzuführenden Zahlungen, sowie die bei einem ausbildenden Krankenhaus aus dem Ausgleichsfonds auszahlenden Raten ausgesetzt werden.

Das gleiche Problem besteht beim Umlageverfahren nach dem Pflegeberufgesetz (PflBG). Auch hier sollten deshalb in den Verfahrensregelungen auf Landesebene Regelungen für den Insolvenzfall aufgenommen werden.

Die Wiederaufnahme aller Zahlungsströme nach Beendigung des Insolvenzverfahrens sowie ein Ausgleich etwaiger Differenzen aufgrund der Aussetzung der Zahlungen, können ebenfalls in den Verfahrensregelungen bestimmt werden. Hierzu bedarf es keiner Erweiterung der Rechtsgrundlage, da bspw. der Ausgleich der Differenz zwischen den abgerechneten Zuschlägen eines Krankenhauses und den an den Fonds abgeführten Mitteln bereits heute in den Verfahrensregelungen vieler Länder enthalten ist.

### Änderungsvorschlag

In § 17a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 KHG wird vor dem Punkt am Ende folgender Satzteil eingefügt:

„sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellenden Zuschläge, der nach Absatz 6 Satz 4 an den Ausgleichsfonds abzuführenden Zahlungen und der aus dem Ausgleichsfonds nach Satz 5 zu zahlenden monatlichen Raten, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers eines Krankenhauses gestellt wurde“

In § 33 Absatz 6 Satz 2 PflBG wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und der folgende Satzteil eingefügt:

„sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellenden Zuschläge, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers einer Einrichtung nach § 7 Absatz 1 gestellt wurde“

Die Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) wird wie folgt geändert:

- In § 19 Absatz 1 werden vor dem Komma die Wörter „oder als Träger einer Einrichtung nach § 7 Absatz 1 PflBG einen Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen stellt“ eingefügt.

- In § 15 wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt: „Wurde durch einen Träger der praktischen Ausbildung ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen gestellt, setzt die zuständige Stelle die Zahlung der Ausgleichszuweisungen ab Antragstellung aus.“