

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

21(14)92(13)

zur öffentl. Anh. am 22.06.2026

18.06.2026



Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 22.06.2026

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)
auf Drucksachen-Nr. 21/6130**

Stand: 16.06.2026

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

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

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	7
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen	13
Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	13
Nr. 1 § 2 Leistungen	13
Nr. 2 § 3 Solidarische Finanzierung	14
Nr. 3 § 4 Krankenkassen	15
Nr. 4 § 4a Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung	16
Nr. 5 § 6 Versicherungsfreiheit	17
Nr. 6 § 8 Befreiung von der Versicherungspflicht	19
Nr. 7 § 10 Familienversicherung	20
Nr. 8 § 11 Leistungsarten	21
Nr. 9 § 25 Gesundheitsuntersuchungen	22
Nr. 10 § 27b Zweitmeinung	23
Nr. 11 § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung	25
Nr. 12 a) § 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung	26
Nr. 12 b) § 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung	27
Nr. 12 c) § 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung	30
Nr. 13 § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	31
Nr. 14 § 35a Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung	32
Nr. 15 § 36 Festbeträge für Hilfsmittel	34
Nr. 16 § 44 Krankengeld Buchstabe a	35
Nr. 16 § 44 Krankengeld - Buchstabe b	37
Nr. 17 § 44c Teilarbeitsunfähigkeit (neu) und § 44d Teilkrankengeld (neu)	38
Nr. 18 § 47 Höhe und Berechnung des Krankengeldes	41
Nr. 19 § 49 Ruhen des Krankengeldes	43
Nr. 20 § 50 Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes	44
Nr. 21 § 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	45
Nr. 22 § 55 Leistungsanspruch	46
Nr. 23 § 61 Zuzahlungen	48

Nr. 24	§ 63 Grundsätze Modellvorhaben.....	52
Nr. 25	§ 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel.....	53
Nr. 26	§ 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung.....	55
Nr. 27	§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung	56
Nr. 28	§ 74 Stufenweise Wiedereingliederung.....	59
Nr. 30	§ 85 Gesamtvergütung.....	60
Nr. 31	§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	62
Nr. 32	§ 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten.....	66
Nr. 33	§ 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)	69
Nr. 34	§ 87d Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (neu).....	70
Nr. 36	§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	74
Nr. 37	§ 92a Innovationsfonds.....	75
Nr. 38	§ 92b Durchführung der Förderung neuer Versorgungsformen und Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.....	77
Nr. 39	§ 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen.....	78
Nr. 40	§ 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	79
Nr. 41	§ 111c Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen.....	80
Nr. 42	§ 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung	81
Nr. 43	§ 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen.....	82
Nr. 44	§ 125 Verträge zur Heilmittelversorgung	84
Nr. 45	§ 125a Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung	85
Nr. 46	§ 127 Verträge	86
Nr. 47	§ 130 Rabatt	88
Nr. 48 a)	§ 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer.....	89
Nr. 48 b)	§ 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer.....	91
Nr. 48 c)	§ 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer.....	93
Nr. 48 d)	§ 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer.....	94
Nr. 48 e)	§ 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer.....	96

Nr. 49 a)	§ 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel.....	97
Nr. 49 b)	§ 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel.....	98
Nr. 49 c)	§ 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel.....	99
Nr. 49 d)	§ 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel.....	101
Nr. 49 e)	§ 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel.....	102
Nr. 50	§ 130e Rabattverträge für Wirkstoffe mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung	103
Nr. 51	§ 132 Versorgung mit Haushaltshilfe	105
Nr. 52	§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	106
Nr. 53	§ 132l Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege	107
Nr. 54	§ 133 Versorgung mit Krankentransportleistungen (neu).....	108
Nr. 55	§ 134 Vereinbarungen zu digitalen Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung	109
Nr. 56	§ 134a Versorgung mit Hebammenhilfe	112
Nr. 57	§ 140a Besondere Versorgung.....	113
Nr. 58	§ 175 Ausübung des Wahlrechts.....	114
Nr. 60	§ 221 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	116
Nr. 61	§ 223 Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze	117
Nr. 62	§ 232a Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld.....	119
Nr. 63	§ 242b Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner (neu)	121
Nr. 64	§ 249b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung.....	126
Nr. 65	§ 271 Gesundheitsfonds	127
Nr. 66	§ 275c Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst	128
Nr. 68	§ 295 Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen	130
Nr. 69	§ 346 Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte.....	131
Nr. 70	§ 411 Vergütungsregelungen für Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene (neu).....	132
Nr. 71	§ 429 Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag (neu) und § 430 Evaluierung.....	135

Artikel 2 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	136
Nr. 1 § 20 Aufbringung der Mittel, Übergangsbereich.....	136
Nr. 2 § 35a Vorstand bei Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen	137
Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes.....	138
Nr. 1 § 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen.....	138
Nr. 2 § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte	139
Nr. 3 § 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets.....	140
Nr. 4 § 6c Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen	143
Nr. 5 § 8 Berechnung der Entgelte.....	144
Nr. 6 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene	145
Nr. 7 § 10 Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung	148
Nr. 8 § 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus.....	151
Artikel 4 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.....	152
Nr. 1 § 17a Finanzierung von Ausbildungskosten.....	152
Nr. 2 § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung.....	153
Nr. 3 § 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik.....	155
Artikel 5 Änderung der Bundespflegesatzverordnung.....	156
Nr. 1 § 3 Vereinbarung eines Gesamtbetrags.....	156
Nr. 2 § 4 Leistungsbezogener Vergleich.....	158
Nr. 3 § 5 Vereinbarung von Zu- und Abschlägen.....	159
Nr. 4 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene	160
Nr. 5 § 15 Laufzeit.....	161
Artikel 6 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.....	162
Nr. 1 § 23 Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds	162
Nr. 2 § 27 Übergangsregelung.....	163
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	164
Abschaffung freie Preisbildung DiGA im ersten Jahr der Listung	164
Streichung der Erprobungsregelung für DiGA - § 139e SGB V -Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung	166

Einführung eines 14-tägigen Testzeitraums für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA).....	167
Einführung von Zuzahlungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) - § 33a SGB V i. V. m. § 61 SGB V	168
Streichung der nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen.....	169
§ 87 Abs. 2 SGB V Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM	170
§ 87 Abs. 2a SGB V Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-OPs	172
§ 87 Abs. 2a SGB V Rücknahme der Hygienezuschläge	173
§ 35a Absatz 1 SGB V: Einführung einer vollumfänglichen Nutzenbewertung für Orphan Drugs.....	174
§ 129 SGB V Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, Verordnungsermächtigung.....	175
§ 305a SGB V: Beratung der Vertragsärzte	176
Mengenbegrenzung bei der stationären Versorgung im Zusammenhang mit der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik	178
§ 10 KHEntgG Landesbasisfallwert.....	179
§ 109 SGB V Teilaufrechnung	180
§ 6c KHEntgG Ausnahme der Retaxierungen von Vorhaltevergütungsanteilen von der Ausgleichssystematik.....	182
Sicherung von Ausbildungszuschlägen im Rahmen von Krankenhausinsolvenzen	183
Wiederherstellung der Prüf- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei Leistungen zur medizinischer Rehabilitation - § 40 SGB V.....	185
Nationale Umsetzung der Richtlinie (EU) 2026/799 zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts.....	187
§ 275a Absatz 4 SGB V MD-QPortal: notwendige Zugriffserweiterungen auf die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen.....	188

I. Zusammenfassung

Die stabile finanzielle Situation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Vergangenheit wurde nicht dazu genutzt, die dringend notwendigen und teilweise überfälligen strukturellen Veränderungen für mehr Effizienz und bessere Versorgungsqualität in unserem Gesundheitssystem umzusetzen. Stattdessen wurden wertvolle Beitragsmittel für Maßnahmen mit fragwürdigem Nutzen für Versicherte und für Patientinnen und Patienten eingesetzt. Selbst als sich in den letzten Jahren die finanzielle Situation der GKV aufgrund der Ausgabendynamik zusehends verschlechterte, wurden notwendige Anpassungsschritte unterlassen. Als Ergebnis dieser Entwicklung sehen sich die beitragszahlenden Mitglieder und Arbeitgebenden heute rasant steigenden Zusatzbeiträgen gegenüber. Hauptursache für die Finanzierungslücke in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist eine sehr dynamische Ausgabenentwicklung, die seit längerer Zeit stets oberhalb der Entwicklung der Einnahmen verläuft und die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben weiter auseinandergehen lässt.

Zur Bekämpfung dieses strukturellen Defizits hat die vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte Finanzkommission Gesundheit (FKG) einen wissenschaftlich belegten und ausgewogenen Katalog von Maßnahmen zur finanziellen Konsolidierung der GKV entwickelt. Auf Basis dieser Vorschläge soll mit dem vorliegenden Gesetzentwurf ein Maßnahmenpaket umgesetzt werden, das die finanzielle Lage der GKV stabilisiert. Es soll damit verhindert werden, dass die Nettoeinkommen der Beschäftigten zusätzlich belastet werden und die Arbeitskosten weiter steigen. Dies soll auch einen positiven Impuls für die wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland setzen. Die Zielsetzung des Gesetzentwurfes wird daher von der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich geteilt.

Finanzielle Belastungen sind unausgewogen

Kritisch wird die mit dem Gesetzentwurf geplante Umsetzung der FKG-Vorschläge gesehen, da zahlreiche Maßnahmen zu einer erneuten massiven Belastung von Mitgliedern, Versicherten, Arbeitgebenden sowie von Patientinnen und Patienten führen und diese dadurch dem selbstgesteckten Reformziel eklatant zuwiderläuft. Die von der FKG aufgezeigten Einsparpotentiale auf der Ausgabenseite – insbesondere bei Leistungserbringern – werden nur unzureichend genutzt. Die Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit (FKG) müssen über alle Leistungsbereiche hinweg konsequent umgesetzt werden - jede weitere Verwässerung der Ausgabendämpfung belastet unweigerlich Beitragszahlende oder höhlt das Vertrauen der Bevölkerung in die Verlässlichkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung weiter aus.

Ziel einnahmenorientierte Ausgabenpolitik richtig – Umsetzung muss weiter ausgebaut werden

Zentrale Leitlinie im Gesetzgebungsvorhaben ist die Wiedereinführung einer verbindlichen, einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Damit werden maßgebliche Fehlentwicklungen aus der Vergangenheit korrigiert, die zu einer fortschreitenden

Entkopplung der Vergütungs- und Preisentwicklungen von der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen geführt haben. Dies wird von der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich begrüßt. Dabei ist es aber zwingend erforderlich, alle Ausgabenbereiche einzubeziehen. Die geplante Herausnahme einzelner wichtiger Ausgabenbereiche mindert die Wirksamkeit dieser Maßnahme und verhindert eine effektive finanzielle Konsolidierung der GKV. Zur besseren Akzeptanz aller Beteiligten in dieser schwierigen Reformphase sollte stattdessen den Vorschlägen der FKG hierzu umfassend gefolgt werden.

Zusätzlich müssen die für die Umsetzung essentiellen Verhandlungen in der gemeinsamen Selbstverwaltung perspektivisch weiterentwickelt werden. Der bisherige Ansatz vernachlässigt die Bedeutung der Struktur- und Mengenkomponekte bei der Ausgabenentwicklung. Eine dauerhaft finanzierbare Versorgung von Patientinnen und Patienten ist ohne eine Betrachtung der Weiterentwicklung der Leistungsinhalte (Strukturkomponente) sowie der Leistungsmengen nicht gewährleistet. Auch hier braucht es gut wirksame Instrumente für die Selbstverwaltung, um die Versorgung dauerhaft bedarfsgerecht, effizient und auf hohem Qualitätsniveau sicherzustellen. Dazu sind beispielsweise im ambulant-stationären Grenzbereich Mengensteuernde Maßnahmen gesetzlich zu integrieren, so dass diese in Verhandlungen und Schiedsstellen berücksichtigt werden können. Auch eine fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung von Krankenhäusern hat prinzipiell eine mengendegressive Wirkung und würde insoweit die Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner im Kontext einer Mengenberücksichtigung stärken - die fallabhängige Vorhaltefinanzierung bewirkt das Gegenteil. Eine zukunftsfähige Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die auch konkrete Mengenverhandlungen vorsieht, ist vorzunehmen.

Einsparpotentiale werden nicht ausgeschöpft – unzureichende Umsetzung der Ausgabendämpfung belastet Versicherte, Beitragszahlende und Patienten.

Darüber hinaus bleibt der Gesetzentwurf auch bei der Umsetzung weiteren ausgabenseitigen Maßnahmen weit hinter den Empfehlungen der FKG zurück. Während die FKG ein Kostendämpfungspotenzial auf der Leistungserbringerseite von 19 Mrd. Euro belegt hat, avisiert der Gesetzentwurf mit dem darin geplanten Maßnahmenpaket lediglich eine Kostenreduktion um 11,2 Mrd. Euro in diesem Bereich.

Insbesondere wird die pharmazeutische Industrie eher entlastet, obwohl die Arzneimittelkosten zu den großen Ausgabentreibern gehören und die Preise in Deutschland für patentgeschützte Arzneimittel zu den höchsten in der Welt zählen. Stattdessen sollen die Beitragszahler zur Standortförderung (Ausnahmeregelung zum dynamisierten Herstellerabschlag) eines einzelnen Wirtschaftszweigs herangezogen werden. Diese Art der Wirtschaftsförderung kann jedoch nicht zu Lasten der Beitragszahlenden in der GKV gehen, denn dies ist vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Auch im Bereich der Krankenhausversorgung wurden sinnvolle Vorschläge der FKG ohne nähere Begründung nicht aufgegriffen. Auch die Potenziale des Preiswettbewerbs (vgl. die Vorschläge der FKG bei Hilfsmitteln und Impfstoffen) werden nicht ausgeschöpft. Dies schränkt den ohnehin knappen finanziellen Spielraum im weiteren Verfahren zusätzlich ein.

Dies ist insbesondere kritikwürdig, weil durch eine vollumfängliche Realisierung der FKG-Empfehlungen auf der Ausgabenseite, die dann ab 2029 durch weitere Maßnahmen auf der Einnahmeseite ergänzt werden, sich sowohl die Unwuchten zu Lasten der Beitragszahlenden beseitigen und sich dies gleichzeitig mit einer nachhaltigeren Entlastung der GKV sehr gut verbinden ließen.

Kürzung des Bundeszuschusses inakzeptabel – Beitragssatzstabilisierung wird zur Haushaltskonsolidierungsmaßnahme

Sofern im Zeitraum nach 2028 zusätzliche einnahmenseitige Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze erforderlich werden, sind prioritär die lange bekannten Fehlentwicklungen bei der Finanzierung des Gesundheitswesens zu beseitigen. Dazu gehören vor allem eine sachgerechte Refinanzierung der Pauschalen für Grundsicherungsbeziehende durch den Bund ebenso wie eine Dynamisierung des Bundeszuschusses oder die Refinanzierung versicherungsfremder Leistungen (z. B. Ausbildungs- und Investitionsaufwendungen).

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt grundsätzlich den im Gesetzentwurf erstmals vorgesehen Einstieg in eine bessere Refinanzierung der Pauschalen für Grundsicherungsbeziehende durch den Bund. Allerdings ist dieser Einstieg im ersten Schritt mit 250 Mio. Euro in 2027 für die stärkere Refinanzierung der Pauschalen sowohl in seiner Höhe als auch mit Blick auf die zeitliche Dimension weiterer Erhöhungsschritte nicht ausreichend.

Viel schwerer wiegt jedoch eine ganz andere Maßnahme, die alle vorgenannten positiven Aspekte sofort wieder neutralisiert und sie komplett ins Negative verkehrt. Zwar gibt es einen kleinen Einstieg in die stärkere Beteiligung des Bundes bei den Grundsicherungspauschalen, doch auf der anderen Seite wird der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen jährlich um 2 Mrd. Euro gekürzt mit der Begründung, dies sei als Beitrag für die Haushaltskonsolidierung notwendig. Dieses Vorgehen ist keine konsistente Politik, sondern nur ein Taschenspielertrick auf Kosten der Beitragszahlenden, der im parlamentarischen Verfahren als solcher offengelegt und revidiert werden muss.

Einstieg in mehr Prävention ist richtig – Mehreinnahmen müssen in die GKV fließen

Die im Gesetzentwurf angesprochene Stärkung der Prävention ist ein richtiges und wichtiges Signal. Gut ausgestaltete Lenkungssteuern können laut der WHO ein wirksames Instrument sein, um den gesundheitsschädlichen Konsum einzudämmen. Die FKG hat hierzu konkrete, evidenzbasierte Empfehlungen unterbreitet.

Es ist positiv, dass die Einnahmen der angekündigten Abgabe auf zuckergesüßte Getränke den gesetzlichen Krankenversicherungen zugeführt werden sollen. Dasselbe sollte auch für die Einnahmen aus der Erhöhung der Tabak- und Spirituosensteuer gelten. Die Mittel müssen hinfließen, wo die Folgekosten aufschlagen und dürfen nicht zum Stopfen von Haushaltslöchern verwendet werden.

Weitere Ausgabenrisiken drohen

Zusätzlich zu den bereits aufgeführten Finanzrisiken des vorliegenden Entwurfs ist auf weitere Finanzrisiken aus den parallellaufenden Gesetzgebungsverfahren hinzuweisen. Insbesondere überschätzt die Bundesregierung die kurzfristigen Einsparpotenziale der Notfallreform und plant in der Apothekenreform weitere Belastungen der GKV durch Vergütungszusagen an die Apotheken, die Einführung neuer Abrechnungsmöglichkeiten für nicht erforderliche pharmazeutische Dienstleistungen, sowie für Lockerungen der Abgaberegelungen für Rabattarzneimittel und Beschränkungen von Rabattverträgen für Biosimilars. Auch ist unklar, ob sich im Rahmen des Pharmadialogs weitere finanzielle Belastungen für die GKV ergeben.

Nachbesserungen im parlamentarischen Verfahren notwendig

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sind daher insbesondere folgende Korrekturen am vorliegenden Gesetzentwurf vorzunehmen:

In der stationären Versorgung

Die Wiedereinführung der Berücksichtigung der Tarifraten für ärztliches und pflegerisches Personal in Höhe von 50% führt zu erheblichen Risiken bzgl. der Preiskomponente der Krankenhausvergütung. Um diese Effekte zu kompensieren, können entweder nicht berücksichtigte FKG-Empfehlungen konsequent umgesetzt werden oder auf die Umsetzung der Maßnahme verzichtet werden. Die **Streichung der Tarifrefinanzierung** wäre zudem sinnvoll mit Blick auf (negative) Wechselwirkungen zu anderen Leistungsbereichen (z.B. Sogeffekte von Pflegekräften aus Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen).

Gleichzeitig sind keine Maßnahmen vorgesehen, mit denen einer ungeplanten Mengenentwicklung von mehr als 1% entgegengewirkt wird, so dass eine deutliche Verfehlung des Einsparziels von 4,6 Mrd. € für 2027 (und von 6,1 Mrd. € für 2028) zu erwarten ist. Um das Mengenrisiko zu begrenzen und die Ambulantisierung von Krankenhausleistungen attraktiver zu gestalten wäre ein **deutlicher Fixkostendegressionsabschlag** (einzige Ausnahme Planungsänderung durch das Land) eine erfolgversprechende Maßnahme.

Aus den FKG-Vorschlägen unberücksichtigt bleiben die **Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang**, ein Maßnahmenpaket zum Umgang mit Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) im Krankenhaus sowie die Streichung der nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen (siehe ergänzender Änderungsbedarf) sowie wirksame Maßnahmen zur Begrenzung

der Ausgabenentwicklung beim Pflegebudget. Ebenso wäre die FKG-Empfehlung zur Fallzusammenführung umzusetzen, statt auf einen Prüfprozess von DKG und GKV ohne ein konkretes Einsparvolumen zu setzen. Mit diesen Ergänzungen würde das Erreichen der Einsparziele für 2027 und 2028 ermöglicht.

In der **Arzneimittelversorgung:**

Der Herstellerabschlag sollte nicht dynamisiert und stattdessen auf 16 % erhöht werden. Ergänzend bedarf es wirksamer Preisregulierungsmaßnahmen im Patentmarkt.

Der **pharmDL-Fonds** sollte **ausgeschüttet** werden, weitere Einzahlungen sollten sofort gestoppt und auf Direktabrechnung von pharmDL umgestellt werden. Dabei sollte angesichts der fehlenden Verzahnung mit dem geplanten Primärarztsystem die mit dem ApoVWG angestrebte massive **Ausweitung pharmazeutischer Dienstleistungen gestoppt** und auch von einer Erhöhung der Nacht- und Notdienstvergütung abgesehen werden. Denn angesichts der schwierigen Finanzlage der GKV sollte von diesen leistungsausweitenden und vergütungserhöhenden Maßnahmen dringend Abstand genommen werden, denn damit werden die Ziele des vorliegenden Gesetzesentwurfs konterkariert.

Wirksame Preisregelungen bei Schutzimpfungen durch Preismoratorium, umfassend wirksamen Herstellerabschlag für alle Impfstoffe, Verhandlung von Erstattungsbeträgen mit Preis-Mengen-Regelung und die Wiedereinführung von Rabattverträgen.

An der bisherigen **Verbandmittel-Definition** und dem Erfordernis des Nutznachweises für sonstige Produkte zur Wundbehandlung sollte zum Schutz der Patientinnen und Patienten **festgehalten** werden.

In der **ambulanten Versorgung:**

Es ist richtig und angezeigt, dass der Gesetzgeber die Ausgabendynamik im ambulanten Bereich nachhaltig bremsen und zusätzliche Vergütungsregelungen streichen will. Diese haben allzu oft versorgungspolitisch keinen Nutzen gebracht, waren dafür aber mit horrenden Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. An vorderster Stelle sind exemplarisch die Terminvermittlungszuschläge und weitere Vergütungsanreize zu nennen, die mit Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKF-FinStG) ins Gesetzblatt gekommen sind. Trotz Kosten in Milliardenhöhe konnte schon der Bundesrechnungshof keine Verbesserung der Versorgungssituation feststellen. Auch zusätzliche Vergütungen wie alltägliche Leistungen im Rahmen des normalen Praxisgeschehens wie Leistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte, Vergütungen mit fragwürdigen versorgungspolitischen Anreizen wie bei der Kurzzeittherapie oder gar Vergütungen ohne messbaren Effekt wie die Beratung zur Organspende

werden gestrichen. Diese sind kaum mit einer wirtschaftlichen Verwendung von Beitragsgeldern in Einklang zu bringen.

Allerdings greift der Gesetzgeber zu kurz, wenn zahlreiche Vorschläge der Finanzkommission nicht übernommen werden. Es wäre angezeigt, die weiteren **FKG-Vorschläge zur ambulanten Versorgung umzusetzen** und damit u. a. besonders gut vergütete Fachgruppen angemessen an der Beitragssatzstabilisierung zu beteiligen. Mit der Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils von Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin oder der Absenkung der Vergütung der Kataraktoperationen hätte damit auch das innerärztliche Vergütungsgefüge angeglichen werden können.

Unabdingbar für eine nachhaltige Stabilisierung der Ausgabenentwicklung ist die angedachte Begrenzung der extrabudgetären Vergütung. Seit Jahren steigen die Ausgaben für diese Leistungen weit über die Veränderungsrate der Grundlohnsomme hinaus. Ohne eine Regelung hierzu wird eine nachhaltige Stabilisierung nicht gelingen. Daher ist es richtig, dass der Gesetzgeber das nun angeht. Detailregelungen wie die Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin und der hausärztlichen Versorgung und die Korrektur der Systematik zur Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte vervollständigen das Gesamtbild. Die nun eingeschlagene konsequente Orientierung an einem nachweislichen medizinischen Nutzen bei vertragsärztlichen Leistungen ist versorgungspolitisch richtig und angezeigt mit Blick auf notwendige wirtschaftliche Verwendung von Mitteln.

Dass der zahnärztliche Bereich bei der Begrenzung der Ausgabensteigerungen eingeschlossen wird, ist folgerichtig. Zwar sind dort die Ausgaben in den letzten Jahren weniger stark gestiegen, aber alle Leistungsbereiche sollten ihren Beitrag leisten. Die Schärfung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität deckt sich mit dem politischen Ziel einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Die Überarbeitung der Richtlinien in der Kieferorthopädie und die Bildung von vier Leistungskomplexen in Form von Pauschalen sind längst überfällig und dienen der Vermeidung von Fehl- und Überversorgung in diesem Bereich. Teilweise besteht Anpassungs- und Nachschärfungsbedarf in der konkreten Ausgestaltung. Es muss eine Regelung ergänzend aufgenommen werden, die trotz generellem Ausschluss von kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten/-innen eine bereits eingetretene oder aber eine drohende Unterversorgung vermeidet.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 2 Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz einer Wirksamkeit nach den anerkannten internationalen wissenschaftlichen Standards der evidenzbasierten Medizin nicht mehr von der Erstattungsfähigkeit umfasst sein.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und zu begrüßen. Grundsätzlich sollten Leistungen und Behandlungsmethoden nur bei vorliegender Evidenz von der GKV zu erstatten sein. Entsprechend ist die Streichung homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel und Behandlungsmethoden nachvollziehbar und sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 3 Solidarische Finanzierung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die generelle Beitragsfreiheit in der gesetzlichen Familienversicherung soll aufgehoben werden. Für familienversicherte Kinder bleibt die Beitragsfreiheit bestehen. Allerdings soll für nach § 10 versicherte Ehegatten und Lebenspartner grundsätzlich ein Beitragszuschlag über das Mitglied erhoben werden. Die Ausnahmeregelungen werden im neu eingefügten § 242b SGB V (Art. 1 Nr. 63) beschrieben. Es ist eine Folgeänderung zum Art. 1 Nr. 63.

B Stellungnahme

Die Familienmitversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist zentraler Bestandteil der solidarischen und beitragsfinanzierten Sozialversicherung und kein Anreiz- oder Förderinstrument der Arbeitsmarkt- oder Familienpolitik. Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Solidargemeinschaft, die einen umfassenden Krankenversicherungsschutz unabhängig vom Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und dem jeweiligen Einkommen der Versicherten garantiert. Die Beitragsfreiheit der nicht oder nur wenig verdienenden Familienangehörigen als konstitutionelles Kernelement der GKV und der SPV sollte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft daher erhalten bleiben.

Die Hauptursache für die Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung liegt, wie es die Finanzkommission in ihrem Bericht zutreffend festgestellt hat, in der sehr dynamischen Ausgabenentwicklung und nicht primär in der Entwicklung der Einnahmen. Daher ist die konsequente Kostendämpfung der Schlüssel, um die finanzielle Situation der GKV zu stabilisieren, denn Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden.

Ferner führt die Umsetzung Neuregelung nicht zur Entbürokratisierung, sondern erhöht durch den manuellen Mehraufwand bei der Prüfung der Sachverhalte vielmehr die Verwaltungskosten auf Seiten der Krankenkassen. Hierzu wird auf weitere Ausführungen zu Nr. 7 § 10 auf S. 20 verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 3 § 4 Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

Das Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik gilt grundsätzlich für alle Ausgabenbereiche und bezieht daher auch die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen mit ein. Krankenkassen mit sich ändernden Versichertenzahlen können aufgrund bestehender, ggf. mehrjähriger Verträge Personal- und Sachkosten nicht mit derselben Geschwindigkeit auf- und abbauen, mit der sich die Versichertenzahl verändert. In der Gesetzesbegründung wird auf diesen Sachverhalt verwiesen, bei dem Krankenkassen mit ihrer Aufsichtsbehörde im Extremfall Sonderregelungen treffen können; dies ist aber nicht im Gesetzestext verankert. Die Obergrenze ist daher ohne explizite Regelung auf eine absolute oder versichertenbezogene Veränderungsrate festzulegen und dem Ermessen der Aufsichtsbehörde unter Berücksichtigung des jeweiligen Einzelfalls zu überlassen (analog den Regelungen des BEEP für das Jahr 2026 in § 4 Absatz 6 SGB V).

C Änderungsvorschlag

§ 4 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„Die Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse dürfen sich ab dem Jahr 2027 gegenüber dem vorausgegangenen Haushaltsjahr jeweils nur nach Maßgabe der Entwicklung der Einnahmen des Gesundheitsfonds bereinigt um zweckgebundene Sonderzuweisungen gemäß § 71 Absatz 3 erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik.“

Nr. 4 § 4a Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in den gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen festgelegte Begrenzung der Ausgaben für Werbemaßnahmen wird in das SGB V überführt und halbiert. Die Ausgaben dürfen in jedem Haushaltsjahr 0,075 % der monatlichen Bezugsgröße gemäß §18 Absatz 1 des Vierten Buches je Mitglied nicht überschreiten. Durch die Überführung in das SGB V ist eine Festlegung von Ausgabengrenzen in einer Rechtsverordnung nicht mehr notwendig. In einer Rechtsverordnung nach §4a Abs. 4 SGB V können weiter zusätzliche Grenzen für einzelne Werbemaßnahmen festgelegt werden.

B Stellungnahme

Bereits heute gehen die AOKs sehr verantwortungsbewusst mit den Mitteln für Werbemaßnahmen um und beachten alle dafür festgelegten gesetzlichen Rahmenbedingungen und Hinweise der Aufsichtsbehörden. Bisher ist die Ausgabengrenze zwischen den Aufsichtsbehörden abgestimmt und wird von ihnen als angemessen bezeichnet. Eine Halbierung des bisherigen Wertes -losgelöst von bisherigen Verfahren- diskreditiert die aufsichtsrechtliche Regelung

Ausgabengrenzen und Kopplung an die Entwicklung der Sozialversicherungs-Rechengrößen sind auch langjährig bestehende und etablierte Regelungen zur Begrenzung der Werbeausgaben. Zusätzliche Einzelvorgaben neben der Begrenzung der Verwaltungsausgaben nach Nr. 3 § 4, stehen zu dieser im Widerspruch und stellen eine Dopplung dar.

Zu beachten ist außerdem, dass, eine derart deutliche Absenkung von den Krankenkassen aufgrund der ausgeschriebenen und bindenden Verträge nur sehr schwer sofort umgesetzt werden kann.

Nichtsdestotrotz trägt die Halbierung des Werbebudgets für Krankenkassen der aktuellen Diskussion um die Begrenzung der Ausgabenseite Rechnung.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 5 § 6 Versicherungsfreiheit

A Beabsichtigte Neuregelung

Die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze wird zum 01.01.2027 neben der jährlichen Anpassung zusätzlich um 3.600 Euro erhöht. Dies erfolgt analog zur zusätzlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um 3.600 Euro.

Daneben wird für Versicherte, die am 31.12.2026 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und in einer substitutiven Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abgesichert sind, eine weitere Jahresarbeitsentgeltgrenze geschaffen.

B Stellungnahme

Da es sich hier um eine Folgeänderung zur zusätzlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV handelt, verweisen wir grundsätzlich auf die folgende Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 61 (§ 223 SGB V):

Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die Finanzkommission Gesundheit empfohlen hat, könnten weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Neuregelung abgelehnt.

Die einmalige zusätzliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV für das Kalenderjahr 2027 wirkt sich zwar positiv auf die Einnahmeseite der Krankenversicherung aus, allerdings führt die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze um 300 Euro pro Monat zu einer ungerechtfertigt hohen Belastung der Beitragszahlenden.

Der durchschnittlich erhobene Zusatzbeitragssatz in der GKV stieg von 1,51 % im Jahr 2023 auf 2,9 % im Jahr 2026 an und hat sich damit innerhalb von nur drei Jahren fast verdoppelt. Die Abgabenlast der Beschäftigten und die Lohnnebenkosten der Unternehmen stellen bereits heute ein gravierendes wirtschaftliches Problem dar, das die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands schmälert und wirtschaftliches Wachstum hemmt. Hinzu kommt, dass die Beitragsbemessungsgrenze 2027 ohnehin bereits regulär auf ein sehr hohes Niveau anwachsen wird. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sind die Beitragszahlenden daher bereits in Vorleistung getreten. Die finanzielle Belastungsgrenze der Beitragszahlenden ist erreicht.

Diese unverhältnismäßige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV setzt zudem für junge, gutverdienende Versicherte weitere Anreize in das System der privaten Krankenversicherung zu wechseln, da hier mit extrem niedrigen Beiträgen geworben wird. Die analoge Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze um 3.600 Euro wirkt dieser Entwicklung nicht entgegen. Der Verlust dieser Mitglieder wirkt sich langfristig betrachtet nachteiliger auf die gesetzliche Krankenversicherung aus, als eine breitere Lastenverteilung. Diese Wirkung bleibt bei der Bewertung völlig unberücksichtigt.

Die Finanzkommission Gesundheit hat in ihrem ersten Bericht das Gewicht der Maßnahmen eindeutig auf die Ausgabenseite gelegt. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen auf der Ausgabenseite allein würde bereits ausreichen, um den Beitragssatz 2027 zu stabilisieren. Der nach der Kommission von den Beitragszahlenden zu tragende Anteil 2027 macht lediglich 11 % des Einsparvolumens aus, während die in der Anpassung des § 223 SGB V vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze Versicherte und Arbeitgeber wesentlich stärker belastet. Eine gerechte Lastenverteilung im Sinne des Kommissionsberichts findet dadurch nicht statt.

Deutschland besitzt bereits eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt mit nur durchschnittlicher Leistungsfähigkeit. Bevor nicht nachhaltige Strukturreformen auf der Ausgabenseite umgesetzt sind, ist eine Anhebung der Beitragslast ineffizient.

Zu berücksichtigen ist auch, dass die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV zu höheren Ausgaben, z. B. beim Krankengeld, führt.

Weiterhin führt die Neuregelung dazu, dass Arbeitgebende in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze und einer substitutiven Absicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zukünftig dauerhaft zwischen drei verschiedenen Jahresarbeitsentgeltgrenzen zu unterscheiden haben. Dies verkompliziert die versicherungsrechtliche Beurteilung, erhöht die Verwaltungs- und Bürokratieaufwände und verteuert den Faktor Arbeit auf Seiten der Arbeitgebenden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung

Sofern an der Neuregelung festgehalten wird, ist die Formulierung unter Buchstabe d) wie folgt zu ändern:

d) ~~Absatz 8 wird durch den folgenden Absatz 8 ersetzt:~~ **Nach Absatz 7 wird der folgende Absatz 8 eingefügt: ...**

Nr. 6 § 8 Befreiung von der Versicherungspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht wegen Änderung (Fortschreibung) der Jahresarbeitsentgeltgrenze wird an die Einführung einer dritten Jahresarbeitsentgeltgrenze angepasst. Es wird dahingehend konkretisiert, dass für eine Befreiung von der Versicherungspflicht die Jahresarbeitsentgeltgrenze ohne die zusätzliche einmalige Erhöhung für das Jahr 2027 heranzuziehen ist.

B Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 6 SGB V) und Artikel 1 Nr. 61 (§ 223 SGB V) verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung

Nr. 7 § 10 Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neu eingeführten Beitragserhebung für bestimmte familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner nach § 3 Satz 3 SGB V und zu den in § 242b Satz 2 SGB V vorgesehenen Ausnahmen von der Beitragspflicht, die mit diesem Gesetz eingeführt werden sollen. Das Mitglied hat für das Vorliegen der Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit des Ehegatten oder Lebenspartners die notwendigen Angaben sowie deren Änderung an die zuständige Krankenkasse zu melden.

B Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 2 (§ 3 Satz 3 SGB V) wird verwiesen. Die Beitragsfreiheit der nicht oder nur wenig verdienenden Familienangehörigen als konstitutionelles Kernelement der GKV und der SPV sollte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft erhalten bleiben.

Die neue Regelung erfordert im Falle der Umsetzung zusätzliche und erweiterte Mitwirkungs- und Meldepflichten und führt nicht zur Entbürokratisierung, sondern erhöht durch den manuellen Mehraufwand bei der Prüfung der Sachverhalte vielmehr die Verwaltungskosten auf Seiten der Krankenkassen. So sind die Informationen zur Prüfung der Familienversicherung regelmäßig vom Mitglied einzuholen und das Mitglied hat die Krankenkasse über Änderungen zu informieren. Erst nach Erfüllung der Mitwirkungspflicht des Mitglieds kann die Krankenkasse den Beitragszuschlag für den familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartner nach § 242b Satz 2 SGB V erheben oder korrigieren. In der Folge kann der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehepartner erst zeitversetzt, in der Regel rückwirkend, vom Mitglied eingefordert werden. Dies führt wiederum zu zahlreichen Rückrechnungen bei den beitragsabführenden Stellen.

Diese Verwaltungsaufwände schmälern die errechneten Einnahmезuwächse von 1,5 Mrd. Euro und sind zudem im Erfüllungsaufwand nur sehr unzureichend berücksichtigt.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 8 § 11 Leistungsarten

A Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt ein Ausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln und Leistungen als zusätzliche Satzungsleistungen der Krankenkassen.

B Stellungnahme

Nach den für die GKV maßgeblichen Regularien können Leistungen bei fehlender wissenschaftlicher Evidenz grundsätzlich nicht übernommen werden. Der Ausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln sowie homöopathischen und anthroposophischen Leistungen als Satzungsleistungen ist daher sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 9 § 25 Gesundheitsuntersuchungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird aufgefordert, den Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit für die

1. Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie nach §25 Abs.1 sowie
2. die Regelungen zum Hautkrebscreening in der Krebsfrüherkennungsrichtlinie gemäß §25 Abs. 2 zu überprüfen.

Für die Gesundheitsuntersuchungen soll insbesondere eine mögliche Eingrenzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen geprüft werden. Für das Hautkrebscreening soll ein mögliches risikobasiertes Screening und die Häufigkeit der Untersuchungen geprüft werden.

B Stellungnahme

Zu 1.: Der Auftrag an den G-BA zur Überprüfung der Gesundheitsuntersuchung hinsichtlich Altersgrenzen, Zielgruppen, Untersuchungsintervalle, geschlechtsspezifische Besonderheiten und Zielerkrankungen auf Grundlage der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz ist sachgerecht. Die Aufforderung, die Gesundheitsuntersuchung auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen einzugrenzen, greift jedoch zu weit in die Aufgaben und Kompetenz des G-BA ein und sollte gestrichen werden.

Zu 2.: Der Auftrag an den G-BA zur Überprüfung des opportunistischen Hautkrebscreening gegenüber einem risikobasierten Ansatz auf Grundlage der wissenschaftlichen Evidenz ist sachgerecht.

Der Ansatz des Gesetzgebers, dass nur solche Leistungen über die GKV vergütet werden sollen, für die eine ausreichende Evidenz vorliegt, ist richtig und muss neben dem Hauptkrebscreening und den Gesundheitsuntersuchungen auch für andere Leistungen mit unzureichender Evidenz gelten. Ein Ausschluss von Leistungen, für die keine ausreichende Evidenz vorliegt und die mehrere Leistungssektoren betreffen, ist jedoch durch die gemäß §91 Abs. 7 notwendige Mehrheit von 9 von 13 Stimmen im G-BA extrem schwierig und ist seit Inkrafttreten dieser Regelung kaum mehr erfolgt. Daher ist für die grundsätzliche Möglichkeit, Leistungen ohne ausreichende Evidenz aus der Leistungspflicht der GKV zu nehmen eine Änderung in §91 Abs. 7 notwendig, indem wie für andere Beschlüsse des G-BA die Mehrheit der Mitglieder genügt.

C Änderungsvorschlag

§25 Abs. 4 Satz 7 Nr. 1: Streichen des zweiten Halbsatzes „insbesondere hinsichtlich einer möglichen Eingrenzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken und Begleit- und Folgeerkrankungen als Schwerpunkt der Gesundheitsuntersuchung“
Ergänzende Änderung: Streichen von §91 Abs. 7 Satz 3

Nr. 10 § 27b Zweitmeinung

A Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte erhalten einen Rechtsanspruch auf ein Zweitmeinungsverfahren bei mengenanfälligen planbaren Operationen. Zudem wird ein Abrechnungsverbot für die Ärztinnen/Ärzte eingeführt, die bestimmte mengenanfällige Eingriffe durchführen, sofern der Versicherte keine Zweitmeinung eingeholt hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt die Eingriffe, für die das Zweitmeinungsverfahren künftig notwendige Voraussetzung ist.

B Stellungnahme

Der Vorschlag eines obligatorischen Zweitmeinungsverfahrens ist differenziert zu bewerten. Einerseits werden dadurch die Fachärztinnen und -ärzte stärker zeitlich belastet, was sich auf die weitere Terminvergabe auf Patientinnen und Patienten nachteilig auswirken kann. Andererseits dürfte durch die Verknüpfung der Vergütung mit dem Nachweis einer eingeholten Zweitmeinung bei den Leistungserbringern, die die Eingriffe durchführen, eine erhebliche Durchsetzungswirkung entfaltet und die Inanspruchnahme des Zweitmeinungsverfahrens strukturell abgesichert werden. Der G-BA sollten dabei ebenfalls den Auftrag erhalten, Strukturen zu schaffen, ggf. unter Nutzung der Terminservicestellen, die eine zeitgerechte Einholung einer Zweitmeinung sicherstellen. Das Potenzial zur Vermeidung medizinisch nicht zwingend erforderlicher Eingriffe und zur Reduzierung von Krankenhausausgaben ist plausibel, ob dies aber wirklich erzielt werden kann, sollte im Rahmen der Umsetzung systematisch auf Basis von Routinedaten evaluiert werden. Eine evtl. Ausweitung bzw. Weiterführung sollte erst auf Grundlage dieser Ergebnisse erfolgen. Eine echte finanzielle Entlastungswirkung der GKV durch die Reduktion dieser stationären Eingriffe kann nur gelingen, wenn dies in der Krankenhausvergütung auch tatsächlich nachvollzogen wird.

C Änderungsvorschlag

Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt angepasst:

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13, für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht; **dabei ist zu berücksichtigen, wie eine zeitgerechte Einholung einer Zweitmeinung sichergestellt wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss erprobt das Verfahren an zwei ausgewählten Eingriffen. ~~der Gemeinsame Bundesausschuss soll jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht.~~**

zusätzlich werden Satz 6 und 7 ergänzt:

Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert das Verfahren auf Basis von Routinedaten. In Abhängigkeit der Evaluationsergebnisse wird über die Weiterführung oder die Ausweitung im Gemeinsamen Bundesausschuss entschieden.

Abs. 3 wird wie folgt angepasst:

(3) Der Anspruch auf Vergütung für die Leistung des Arztes oder der Einrichtung, durch den oder durch die ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 bestimmter Eingriff durchgeführt wird, entfällt, wenn dem Arzt oder der Einrichtung vor dem Eingriff kein Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung vorliegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt erstmals bis zum 31. März 2027 mindestens einen ~~und danach jährlich mindestens einen weiteren der~~ planbaren Eingriffe nach Absatz 2 Satz 1, für den die Einholung einer Zweitmeinung Voraussetzung für die Vergütung des Eingriffs ist. **In Abhängigkeit der Evaluationsergebnisse nach Abs. 2 Satz 7 wird über eine Weiterführung oder eine Ausweitung im Gemeinsamen Bundesausschuss entschieden.** Das Nähere zum Nachweis nach Satz 1 bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach Absatz 2 Satz 1.

Nr. 11 § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zukünftig sollen nur noch Fachzahnärztinnen und -zahnärzte für Kieferorthopädie die kieferorthopädische Behandlung zu Lasten der GKV durchführen können. Begonnene Behandlungen können fortgeführt werden.

B Stellungnahme

Es häufen sich Hinweise auf Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Kieferorthopädie - zu diesem Ergebnis kommt auch die Finanzkommission Gesundheit. Demnach ist das Paket an Maßnahmen, das in diesem Gesetz zur Begrenzung der Über- und Fehlversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung adressiert wird, folgerichtig.

Bisher sind alle approbierten Zahnarzt/-innen berechtigt, kieferorthopädische Leistungen durchzuführen. Daneben gibt es eine spezielle, dreijährige Facharztweiterbildung in der Kieferorthopädie. Durch die mit diesem Gesetz intendierte Reduzierung der unnötigen Behandlungen (u. a. durch Abkehr von der Einzelleistungsvergütung) nimmt der Bedarf an Leistungserbringenden in der Kieferorthopädie ab. Insofern ist es folgerichtig, zukünftig auf das höchste Qualifikationsniveau zu setzen und Zahnarzt/-innen ohne Anerkennung als Fachzahnarzt/-innen für Kieferorthopädie von der Versorgung auszuschließen. Ohne die Anzahl der Durchführenden zu reduzieren wird die Wirksamkeit der weiteren mengenbegrenzenden Maßnahmen dieses Gesetzes deutlich reduziert. Gleichwohl darf dadurch keine systematische Unterversorgung (fort)bestehen. Insofern bedarf es einer regionaler Öffnungsklausel für (drohend) unterversorgte Planungsbereiche. Die Landesausschüsse sollen Kriterien festlegen, welche Qualifikationsniveaus stattdessen für die Zulassung zur kieferorthopädischen Versorgung bei einer festgestellten (drohenden) Unterversorgung vorausgesetzt werden. Denkbar sind (landesspezifische) Masterstudiengänge oder ein bereits mehrjähriger Tätigkeitsschwerpunkt in der Kieferorthopädie. Da dadurch auch eine drohende Unterversorgung verhindert werden sollte, diese jedoch in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte bisher nicht klar definiert ist, empfiehlt sich darüber hinaus eine entsprechende Nachschärfung in der Richtlinie.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 2 wird nach Satz 7 folgender Satz 8 eingefügt:

„Der Landesausschuss benennt für den Fall einer festgestellten drohenden Unterversorgung abweichend von Satz 6 Nr. 1 für Zahnärzte die keine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen Mindestanforderungen, um kieferorthopädischer Behandlungen durchführen zu können.“

Nr. 12 a) § 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, allerdings nicht auf homöopathische und anthroposophische Arzneimittel.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht, sie entspricht der Empfehlung der FKG und stärkt ausreichende und evidenzbasierte Leistungen der GKV.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 12 b) § 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Definition von als Verbandmittel nach § 31 Abs. 1 erstattungsfähigen Medizinprodukten wird um bislang als sonstige Produkte zur Wundbehandlung eingestufte proteasemodulierend oder antimikrobiell im und am menschlichen Körper wirkende Produkte erweitert. Die Feststellung, dass pharmakologisch, immunologisch oder metabolisch im menschlichen Körper wirkende Produkte (=Arzneimittel) keine Verbandmittel sein können, wird gestrichen. Die bisher noch bis zum 31.12.2026 laufende ausnahmsweise Erstattung von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung wird gestrichen.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist entschieden abzulehnen, sie führt zu einer nicht sachgerechten Leistungsausweitung, widerspricht der gewünschten künftigen Fokussierung auf evidenzbasierte GKV-Leistungen und ist entsprechend - auch entgegen der Schätzung im Gesetzentwurf - mit Mehrausgaben verbunden. Zwar werden im Rahmen der Übergangsfrist auch noch sonstige Produkte zur Wundbehandlung von den Krankenkassen erstattet, dies erfolgt allerdings in nur begrenztem Umfang für Produkte, die bereits vor dem 02. Dezember 2020 im Markt waren.

Mit der vorgeschlagenen Regelung wird die von der gemeinsamen Selbstverwaltung erfolgreich im G-BA erarbeitete Abgrenzung der Verbandmittel von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung, die einen Nutznachweis erbringen müssen, ad absurdum geführt. In den letzten 10 Jahren wurde die Durchsetzung der evidenzbasierten Wundversorgung mehrfach - insgesamt durch viermalige Verlängerung der Übergangsfrist - zugunsten der Medizinproduktehersteller hinausgezögert und soll nun weitgehend aufgehoben werden.

Mit der Änderung der Verbandmittel-Definition werden arzneimittelähnliche Medizinprodukte zur Wundversorgung ohne Prüfung und Nutznachweis zur Pflichtleistung der GKV erklärt. Diese Leistungsausweitung steht in eklatantem Widerspruch zu den aktuellen ärztlichen Leitlinien für die Behandlung und Versorgung von Wunden mangels entsprechender Daten und Belege besteht kein Stellenwert für die benannte proteasemodulierende oder antimikrobielle Wirkung in der Versorgung. Dieses Vorgehen ist unvereinbar mit den Leistungsgrundsätzen der GKV, wonach Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen haben (§ 2 Absatz 1 Satz 2 neu).

In den Stellungnahmeverfahren zur Weiterentwicklung der Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung durch den G-BA sind bislang Wundversorgungsprodukte mit medizinischem Honig (antimikrobielle Wirkung im menschlichen Körper) und auch Wundversorgungsprodukte mit Sucroseoctasulfat (proteasemodulierende Wirkung im menschlichen Körper) als sonstige Produkte zur Wundbehandlung eingeordnet worden. Für die Bedeutung oder Wirkung einer Modulation von Proteasen im Zusammenhang mit der Wundversorgung und Wundhei-

lung gibt es zudem fachlich keinerlei Erkenntnisse. Demgegenüber sind aber mögliche Risiken und Nebenwirkungen zu betrachten. Alle diese Produkte müssen deshalb, das haben die Beiträge insbesondere der ärztlichen Fachgesellschaften und Wundexperten gezeigt, im Antragsverfahren für arzneimittelähnliche Medizinprodukte den Nutznachweis erbringen bevor eine Erstattungsfähigkeit durch die GKV gegeben sein kann. Das Stellungnahmeverfahren für silberhaltige Wundversorgungsprodukte (antimikrobielle Wirkung im menschlichen Körper) läuft aktuell noch. Silberhaltige Wundprodukte werden zwar wegen der antimikrobiellen Wirkung beworben, für Silber müssen aber - wie auch für antibiotische Arzneimittel - eine Resistenzentwicklung über die Anwendung und zudem auch negative Effekte auf die Wundheilung selbst aufgrund der bekannten zelltoxischen Wirkung betrachtet und abgewogen werden. Generell ist eine lokale antibakterielle Therapie aufgrund schwer steuerbarer Wirkstoffkonzentrationen in der Wunde und damit assoziierter Resistenzbildung kein medizinischer Standard.

Die nunmehr fehlende Abgrenzung von Verbandmitteln gegenüber Arzneimitteln (Produkte, die pharmakologisch, immunologisch oder metabolisch im menschlichen Körper wirken) führt dazu, dass CE-zertifizierte Medizinprodukte mit Wirkversprechen zur Wundheilung (hierbei wäre regelmäßig von Geltungsarzneimitteln auszugehen) unmittelbar zulasten der GKV erstattungsfähig werden. Es ist vollkommen unverständlich, dass solche Produkte ohne eingehende Prüfung und Nutznachweis von der GKV erstattet werden sollen, wohingegen gleichzeitig andere Leistungen mangels Nutzenbeleg aus dem Leistungskatalog gestrichen werden (siehe Homöopathie).

Das Arzneimittelrecht mit der Zulassungspflicht und umfassenden Prüfung stellt sicher, dass ein positives Nutzen-Schaden-Verhältnis besteht und die Anwendung für Patientinnen und Patienten sicher ist. Demgegenüber findet bei der medizinproduktrechtlichen Zertifizierung durch eine benannte Stelle keine tiefergehende inhaltliche Prüfung der vorhandenen Anwendungsstudien insbesondere zur Wirksamkeit und Sicherheit bzw. Nebenwirkungen statt. Die mit dem vorliegenden Regelungsentwurf privilegierten proteasemodulierend oder antimikrobiell wirkenden Produkte sind hohen bzw. der höchsten Risikoklasse zugeordnet, die demnach ein analoges Risiko aufweisen wie z. B. Herzklappen, Stents, Hüftprothesen oder auch implantierbare Defibrillatoren. Eine eingehende Prüfung ist deshalb zwingend für alle arzneimittelähnlichen Medizinprodukte, wie bisher auch, im Rahmen des Antragsverfahrens beim G-BA vorzunehmen. Nur ein positiver Bescheid und die Aufnahme in Anlage V der AM-RL kann die Grundlage für eine Erstattungsfähigkeit durch die GKV darstellen. Hiervon darf es im Sinne des Schutzes der Patientinnen und Patienten keine Ausnahmen geben, die zudem den aktuellen medizinischen Erkenntnissen widersprechen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung

Sollte an einer Neufassung des § 31 Absatz 1a festgehalten werden, ist dieser folgendermaßen zu formulieren:

1. Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. 2. Als Verbandmittel gilt auch ein Gegenstand, der ergänzend zu den in Satz 1 genannten Eigenschaften **ohne pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkungsweise im menschlichen Körper** 1. Wunden feucht hält, ~~oder Wunden reinigt,~~ 2. Wundexsudat oder Gerüche bindet, 3. ein Verkleben mit der Wunde verhindert oder ~~atraumatisch wechselbar~~ **antiadhäsiv, reinigend** ist oder 4. ~~proteasemodulierend~~ oder antimikrobiell **ist** ~~im oder am menschlichen Körper~~ wirkt.

3. Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. 4. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2. 5. Absatz 1 Satz 2 gilt für sonstige Produkte zur Wundbehandlung entsprechend. 6. Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien. 7. § 34 Absatz 6 gilt entsprechend. 8. Für die Beratung sind Gebühren zu erheben. 9. Das Nähere zur Beratung und zu den Gebühren regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.

Nr. 12 c) § 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Krankenkassen sollen zukünftig Medizinalcannabis nur noch in Form von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon und Extrakte in standardisierter Qualität erstatten. Damit werden Cannabisblüten künftig von der Erstattung ausgenommen; neben Fertigarzneimitteln sind weiterhin Extrakte von der GKV-Leistung umfasst.

B Stellungnahme

Die Streichung der GKV-Versorgung mit Cannabisblüten aus dem Leistungskatalog ist sachgerecht und zu begrüßen, sie entspricht einer lange vorgetragenen AOK-Forderung. Denn trotz langjähriger Kostenübernahme der GKV für Cannabisblüten wurden keine Nachweise zur Evidenz für die einzelnen Indikationsgebiete erbracht. Eine sachgerechte und kostengünstigere Versorgung kann mit cannabishaltigen Fertigarzneimitteln erbracht werden, ggf. auch mit Extrakten, die zumindest über standardisierte Wirkstoffgehalte verfügen.

In den vergangenen Jahren sind die Kosten für Medizinalcannabis, insbesondere verursacht durch Cannabisblüten, stark gestiegen. Bereits im Jahr 2024 hat die GKV 103,3 Mio. Euro allein für Cannabisblüten ausgegeben. Dies entspricht ca. 712 Euro pro Verordnung. Die Ausgaben mit Fertigarzneimitteln oder auch Extrakten belaufen sich auf 531 Euro pro Verordnung.

Das genannte Einsparziel der Finanzkommission ist mit 130 Mio. Euro unrealistisch, denn es ist von einer hohen Umstellungsquote auf eine alternative Versorgung der Versicherten durch Extrakte oder Fertigarzneimitteln auszugehen. Unter der Annahme, dass 75% der Versicherten eine Umstellung erhalten sind ca. 45,5 Mio. Euro an Einsparungen für die GKV realistisch.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass auch für die standardisierten Extrakte bislang üblicherweise keine Evidenznachweise vorliegen. Entsprechend ist auch hier perspektivisch eine Beschränkung der Erstattung auf Extrakte mit geeigneter vorliegender Evidenz abzustellen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 13 § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund des Leistungsausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln.

B Stellungnahme

Der Leistungsausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist aufgrund der fehlenden Evidenznachweise sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 14 § 35a Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll die Verpflichtung pharmazeutischer Unternehmer zur Angabe der Anzahl der Prüfungsteilnehmenden in Deutschland im Dossier zur Nutzenbewertung gestrichen werden. Dies erfolgt als Folgeänderung zur Abschaffung der sog. Leitplanken nach § 130b SGB V. Zudem soll die Benennung von Kombinationsarzneimitteln im Rahmen der frühen Nutzenbewertung künftig nicht mehr erfolgen, da der Kombinationsabschlag nach § 130d SGB V gestrichen werden soll.

Entsprechend sollen auch die Feststellungen des G-BA zu arzneimittelrechtlich zulässigen Kombinationen von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen sowie zur Durchführung eines relevanten Anteils der klinischen Prüfungen in Deutschland als Folge der Streichung des Kombinationsabschlages gestrichen werden.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist die hier vorgesehene Streichung der Sonderregelung zur Erhebung der Teilnehmezahlen an klinischen Studien für neue Arzneimittel sachgerecht: Denn die Berücksichtigung klinischer Studien in relevanter Größenordnung in Deutschland für ein neues Arzneimittel für eine Ablösung von Preisdämpfenden Instrumenten führte zu der nicht sachgerechten Einbindung der GKV in standortfördernde Maßnahmen des Staates. Daher ist diese Regelung zu begrüßen.

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf werden jedoch die preisregulierenden Maßnahmen der sog. Leitplanken in Gänze gestrichen. Damit drohen erneut erhebliche Preissteigerungen im Patentmarkt, was strikt abzulehnen ist. Denn dies widerspricht der Intention des Gesetzgebers zur Stabilisierung der GKV-Finanzen, da auch andere Maßnahmen des aktuellen Gesetzesentwurfs diesen Effekt nicht kompensieren werden.

Der AOK-Bundesverband lehnt auch die geplanten Änderungen im Zusammenhang mit der Streichung des Kombinationsabschlages ab, denn dieser sichert die dringend erforderliche höhere Wirtschaftlichkeit beim kombinierten Einsatz von Patentarzneimitteln, bei denen den Mehrkosten kein adäquater Mehrnutzen gegenübersteht.

Die Streichung der Regelung würde zu erheblichen Mehrausgaben für die GKV führen. Auch wenn der Kombinationsabschlag bislang noch unzureichend breit angelegt ist, so führt er doch bereits jetzt zu Erlösen i.H.v. ca. 130 Mio. Euro (und perspektivisch weiter steigend), demnach mehr als im vorliegenden Gesetzesentwurf postuliert. Das Grundproblem, nach dem Arzneimittelkombinationen erhebliche Mehrkosten verursachen, denen aber kein adäquater Mehrwert beim Therapieerfolg gegenübersteht, würde mit der Streichung künftig gar nicht mehr adressiert.

Ergänzend sei auf zwei weiterhin fehlende Sachverhalte hingewiesen:

1. Fehlende Streichung der Orphan drug-Sonderstellung

Fehlend ist jedoch die überfällige Streichung der Orphan drug-Sonderstellung: Inzwischen haben sowohl das IQWiG basierend auf Auswertung von Studien als auch die FKG eine Streichung der gesetzlichen Zusatznutzenfiktion angemahnt. Diese wäre nunmehr dringend mit aufzunehmen und damit auch die Orphan Drugs einer vollumfänglichen Nutzenbewertung zuzuführen. In der Studie des IQWiG wurde dargestellt, dass bei 54% der Orphan Drugs bei einer späteren vollumfänglichen AM-NOG Bewertung der Zusatznutzen nicht belegt werden konnte. Hierzu verweisen wir auf den ergänzenden Änderungsbedarf.

2. Fehlende Möglichkeit zur erneuten Nutzenbewertung durch den G-BA

Ebenso fehlt die Möglichkeit für den G-BA, bei Vorlage neuer Erkenntnisse zu einem Wirkstoff eine erneute Nutzenbewertung zu veranlassen. Die Regelungslücke hat in der Vergangenheit zur Aufhebung von Bewertungsbeschlüssen geführt, so dass nunmehr hohe Rückforderungen von bis zu 280 Mio. Euro für einen Wirkstoff erhoben werden. Eine Beibehaltung der Lücke mit dem Risiko einer Fortgeltung unangemessen hoher Preise ist nicht sachgerecht, zumal damit auch eine fehlende Transparenz zum tatsächlichen Nutzen eines Präparats einhergeht. Entsprechend ist die Lücke dringend zu schließen und das Recht zur Veranlassung einer erneuten Nutzenbewertung auch dem G-BA zuzusprechen. Hierfür hat sich auch der Sachverständigenrat in seinem Gutachten von 2025 ausgesprochen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung Nr. 14 a, 14b und 14c.

Zusätzlich wird auf den zusätzlichen Änderungsbedarf für die Abschaffung der Orphan Drug-Privilegierung sowie für die Möglichkeit des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Initiierung einer erneuten Nutzenbewertung verwiesen.

Nr. 15 § 36 Festbeträge für Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Festbeträge sollen im Hilfsmittelbereich künftig umfassender eingesetzt werden, um ab 2029 jährliche Minderausgaben von rund 500 Mio. Euro zu generieren.

Zur Ermittlung der Festbeträge haben die Hersteller dem GKV-Spitzenverband konkrete Daten bereitzustellen. Ausgangspunkt für die Berechnung ist der von den Herstellern angegebene Preis. Der GKV-Spitzenverband hat innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes eine Verfahrensordnung zur Festsetzung, Überprüfung und Anpassung der Festbeträge zu beschließen. Festbeträge sind mindestens alle drei Jahre zu überprüfen und an eine veränderte Marktlage anzupassen. Eine vorgezogene Überprüfung auf Antrag der betroffenen Leistungserbringer ist möglich, wenn die Inflationsrate drei Monate hinweg mehr als 7% beträgt.

B Stellungnahme

Die Neufassung ist grundsätzlich sachgerecht, sollte aber nachgeschärft werden.

Bei der Ermittlung der Festbeträge muss dem GKV-Spitzenverband ein größerer Handlungsspielraum ermöglicht werden, ausschließlich auf die Auskünfte der Hersteller und Leistungserbringer zu setzen, ist zu einseitig. Eine Verifikation der zur Verfügung gestellten Informationen ist nicht vorgesehen. Interessengeleitete Datenzusammenstellungen sind daher nicht auszuschließen. Der GKV-SV sollte deshalb die Möglichkeit erhalten, bei Anlieferung nicht nachvollziehbarer, unplausibler Daten diese Berechnungsparameter durch eigenständige Kalkulationen zu ersetzen.

Das angestrebte Einsparziel erscheint ohne weitere Haltelinien deutlich überambitioniert. Um Einsparungen zu erzielen wäre es nötig, wirtschaftlich kalkulierte Festbeträge festzusetzen und nicht die von den Anbietern reklamierten Selbstkosten zu refinanzieren. Zudem müssten die Festbeträge weiterhin die Höchstgrenze für die Vertragspreise nach § 127 bilden und der Leistungsanspruch des Versicherten an den Festbetrag gebunden werden.

C Änderungsvorschlag

Soweit einzelne Berechnungsparameter im Rahmen der Informationen und Auskünfte nach Satz 3 bis 5 unplausibel oder nicht gemäß den Vorgaben der Verfahrensordnung nach Absatz 3 übermittelt werden, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Parameter durch Schätzung festlegen.

Nr. 16 § 44 Krankengeld Buchstabe a

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Neuregelung wird bei der Wahl des gesetzlichen Krankengeldes von hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen sowie unständig und kurzzeitig Beschäftigten eine Wartezeit von drei Monaten eingeführt. Sofern die Wahl des gesetzlichen Krankengeldes während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit erfolgt oder während der Wartezeit eine Arbeitsunfähigkeit eintritt, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.

Davon abweichend entsteht der Anspruch auf das gesetzliche Krankengeld,

- mit Zugang der Wahlerklärung, wenn Personen betroffen sind, die aus einer Beschäftigung mit Krankengeldanspruch in eine selbstständige Tätigkeit wechseln oder erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft beantragen und der Antrag innerhalb von 14 Tagen nach Beginn der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse eingeht.
- ab dem ersten Tag der Krankheit, wenn eine Krankheit, die Versicherten während der dreimonatigen Wartezeit arbeitsunfähig macht oder aufgrund derer sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, durch einen Unfall herbeigeführt worden ist.

B Stellungnahme

Die Finanzkommission Gesundheit hatte in ihrem Ersten Bericht mit Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur GKV ab 2027 vom 30.03.2026 vorgeschlagen, eine Absicherung mit Krankengeld im Krankheitsfall grundsätzlich in die Versicherung für Selbstständige aufzunehmen und zusätzlich eine Verzichtsmöglichkeit einzuführen. Diese Empfehlung bildet der Entwurf des „Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung“ nicht mehr ab, lediglich der Vorschlag einer Wartezeit von drei Monaten wird beibehalten.

Die beabsichtigte Neuregelung ist dennoch sachgerecht. Sie greift Sachverhalte auf, bei denen es bisher durch die strategische Abgabe einer Wahlerklärung kurz vor Eintritt eines absehbaren Krankheitsfalls möglich war, sich gegen Einkommensausfälle bei Krankheit abzusichern. Die Ergänzung der Regelung für unständig und kurzzeitig Beschäftigte ist nachvollziehbar.

Zur Unterstützung dieser Wirkung sollte darüber hinaus in Analogie zu § 6 Abs. 3a SGB V eine Regelung aufgenommen werden, dass bei bestehender freiwilliger Versicherung aufgrund einer hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit ohne Anspruch auf Krankengeld nach Vollendung des 55. Lebensjahres keine Wahlentscheidung mehr möglich ist. Diese sollte danach nur möglich sein, wenn erstmalig eine freiwillige Mitgliedschaft begründet wird und unmittelbar davor eine Versicherung mit Krankengeldanspruch bestand.

Die Ausnahmeregelungen zum Entfall der Wartezeit (Statuswechsel und Wahlerklärung innerhalb 14-tägiger Frist sowie unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit) sind nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

§ 44 Absatz 2 wird um die Sätze 8 und 9 ergänzt:

Die Wahl eines Anspruchs auf Krankengeld nach Satz 5 ist nach Vollendung des 55. Lebensjahres ausgeschlossen. Das gilt nicht, wenn erstmalig eine freiwillige Mitgliedschaft begründet wird und unmittelbar davor eine Versicherung mit Krankengeldanspruch bestand.

Nr. 16 § 44 Krankengeld - Buchstabe b

A Beabsichtigte Neuregelung

Für eine individuelle Beratung und Hilfestellung der Krankenkassen, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind, ist nach der Anpassung des § 44 Abs. 4 SGB V keine Einwilligungserklärung der Versicherten mehr erforderlich. Die Krankenkasse ist jedoch verpflichtet, die Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme transparent und in geeigneter Weise über ein Widerspruchsrecht zu informieren.

B Stellungnahme

Die Empfehlung ist sachgerecht und wird befürwortet. Sie reduziert administrativen Aufwand bei den Versicherten und den Krankenkassen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit und eines Teilkrankengeldes ab dem 01.01.2027 für nicht geringfügige Erkrankungen mit einer voraussichtlichen Dauer von mehr als 4 Wochen, die die Möglichkeit einer abgestuften Teilarbeits(un)fähigkeit - verbunden mit einem Anspruch auf Teilkrankengeld bzw. Teilarbeitsentgelt zur partiellen Ausübung der bisherigen Tätigkeit - ermöglicht, wird mit den dazugehörigen Regelungen gesetzlich verankert.

B Stellungnahme

Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt.

Sofern der Gesetzgeber dennoch an den Neuregelungen festhält, ist Folgendes zu berücksichtigen:

Zur Teilarbeitsunfähigkeit:

Die Teilarbeitsunfähigkeit kann frühestens ab 2028 eingeführt werden, da dieses Verfahren sehr komplex ist und bei allen Beteiligten, insbesondere bei Arbeitgebern und Ärzten, die Einführung von neuen Verfahrenswegen erfordert.

Aufgrund der zu erwartenden umfassenden Aktivitäten zur Vorbereitung und Umsetzung der erforderlichen Rahmenbedingungen auf Basis der noch anzupassenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses kann die Teilarbeitsunfähigkeit frühestens ab 2028 eingeführt werden.

Dies auch vor dem Hintergrund der DV-technischen Umsetzungserfordernisse u. a. unter Einbeziehung in das eAU-Verfahren.

Einspareffekte sind erst langfristig zu erwarten.

Zum Teilkrankengeld:

Es sind Klarstellungen am RSA vorzunehmen: Mit der Einführung des Teilkrankengelds im Rahmen des neuen § 44d bedarf es der Aufnahme der neuen Krankengeldleistung in den Regelungen zum Risikostrukturausgleich, um deren Berücksichtigung gleichartig zu den Leistungsausgaben nach § 44 SGB V klarzustellen. Dazu wäre der Verweis auf den § 44d in Analogie zu § 44 in den §§ 268 und 269 SGB V sowie §§ 4, 7 und 18 RSAV aufzunehmen.

Es ist davon auszugehen, dass Versicherte, für die eine Teilarbeits-(un)fähigkeit festgestellt wird, aufgrund dieser Arbeitsunfähigkeit - zumindest teilweise - schon

vorher (volles) Krankengeld bezogen haben. Sofern im Verlauf für diese Arbeitsunfähigkeit eine Teilarbeits(un)fähigkeit festgestellt und die Arbeit deshalb teilweise aufgenommen wird, würde zunächst das Krankengeld für die volle Arbeitsunfähigkeit nach den Vorgaben des § 47 SGB V berechnet und anschließend das Teilkrankengeld nach den Vorgaben des § 44d Abs. 2 SGB V (neu). Es sollte eine Anpassung dahingehend vorgenommen werden, dass die Berechnung des Teilkrankengeldes ausschließlich gemäß der bereits etablierten Berechnung nach § 47 SGB V erfolgt und danach ausgehend von diesem Betrag anteilig gemäß der Höhe der Teilarbeitsunfähigkeit (25%, 50% oder 75%) gezahlt wird.

Würde das Teilkrankengeld, wie in § 44d Absatz 2 bisher vorgesehen berechnet, wäre eine komplexe Anpassung des DTA-Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV erforderlich, damit der Arbeitgeber die Höhe und den Beginn des krankheitsbedingt verminderten Teilentgeltes für die verbleibende Arbeitsfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1, Nummer 2 übermitteln kann. Der Arbeitgeber benötigt hierfür die Angaben zur Teilarbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit der vorab angepassten digitalen Verfahren eAU Arzt/Kasse und Arbeitgeber/Krankenkassen. Dies würde zum einen einen immensen bürokratischen Aufwand zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen nach sich ziehen. Zum anderen wäre in diesem Fall aufgrund der komplexen Änderungen, die in Abhängigkeit zueinanderstehen, eine Umsetzung in Praxis selbst ab 01.01.2028 nicht realistisch.

In ihrem Ersten Bericht mit Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur GKV ab 2027 vom 30.03.2026 hatte die Finanzkommission Gesundheit im Zusammenhang mit Teilkrankengeld empfohlen, dass sich die Blockfrist bei einer Teilarbeitsunfähigkeit und bei Bezug von Teilkrankengeld nicht verlängert. Die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld ist in § 48 Abs. 3 SGB V geregelt. Demnach sind bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld zu berücksichtigen. Hier sollte klarstellend eine Regelung zum Teilkrankengeld ergänzt werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Sollte an der Einführung des Teilkrankengelds festgehalten werden, sind folgende Änderungen zu berücksichtigen:

§ 44d Absatz 2 wird wie folgt geändert:

(2) Teilkrankengeld wird in der Höhe der nach § 44c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 krankheitsbedingt nicht erbrachten Arbeitszeit geleistet **und gemäß § 47 berechnet**.

§ 44d Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.

§ 48 Absatz 3 SGB V wird im Satz 1 um einen Halbsatz ergänzt:

(3) Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt; **dazu zählen auch Zeiten des Teilkrankengeldanspruchs nach § 44d SGB V (neu).**

Artikel 8 (Inkrafttreten) wird wie folgt angepasst:

Artikel 8 ist dahingehend anzupassen, dass Artikel 1 Nr. 17 am 1. Januar 2028 in Kraft tritt.

Notwendige RSA-Anpassungen:

§ 268 Absatz 2 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Im Risikopool sind die Leistungsausgaben ausgleichsfähig, die bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 zu berücksichtigen sind, abzüglich der Aufwendungen für Krankengeld nach den §§ 44, **44d** und 45.“

§ 269 Absatz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Für Risikogruppen nach § 266 Absatz 2, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld nach § 44 zu bilden sind, kann das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes um ein Verfahren ergänzt werden, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen nach § 44 **und § 44d** anteilig berücksichtigt.“

§ 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„5. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 **und § 44d** sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs.“

§ 4 Absatz 1 Satz 1 RSAV wird wie folgt ergänzt:

„3. Krankengeld nach den §§ 44, **44d** und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der hierauf entfallenden Beiträge,“

§ 7 Absatz 1 Satz 1 RSAV wird wie folgt ergänzt:

„16. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 **und § 44d** sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs.“

§ 18 Absatz 1 Satz 2 RSAV wird wie folgt ergänzt:

„Die Hälfte der Zuweisungen für die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 ist für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Leistungsausgaben der Krankenkasse für Krankengeld nach § 44 **und § 44d** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermitteln.“

Nr. 18 § 47 Höhe und Berechnung des Krankengeldes

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Neuregelung wird die Krankengeldhöhe bei Arbeitsunfähigkeit, die während einer Beschäftigung eintritt und über das Ende der Beschäftigung andauert, auf die Höhe des Arbeitslosengeldes angepasst.

B Stellungnahme

Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt.

Sofern der Gesetzgeber dennoch an den Neuregelungen festhält, ist folgendes zu berücksichtigen:

Aktuell besteht bei Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldanspruch, die während eines Beschäftigungsverhältnisses eintritt und über das Beschäftigungsende andauert, im Anschluss an das Beschäftigungsende ein Anspruch auf Krankengeld, das höher ist als Arbeitslosengeld nach dem SGB III. Die Ergänzung des § 47 SGB V um den Absatz 2a gleicht die Höhe des Krankengeldes an die Höhe von Arbeitslosengeld nach dem SGB III an und führt annähernd zu einer Gleichstellung der Höhe von Entgeltsersatzleistungen von arbeitsfähigen und arbeitsunfähigen Arbeitnehmenden nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses.

Sie bedeutet aber im Vergleich zur heutigen Regelung für die betroffenen Versicherten einen finanziellen Verlust für den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit nach Ende der Beschäftigung.

Begrüßt wird, dass mit der Festlegung, dass das Krankengeld vom Tage nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses 60 % bzw. 67 % des Nettoarbeitsentgeltes beträgt, sichergestellt wird, dass die Berechnung des Krankengeldes unabhängig von einer Berechnung und Übermittlung der Leistungshöhe durch die Agentur für Arbeit von der Krankenkasse erfolgen kann. Es ist zu berücksichtigen, dass aus dem errechneten Bruttokrankengeldbetrag auch noch Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung abzuführen sind.

Zur Entscheidung, ob die Höhe des Krankengeldes 60 % oder 67 % des Nettoentgeltes beträgt, sollte die Information von berücksichtigungsfähigen Kindern über den Datenaustausch nach § 107 SGB IV vom Arbeitgeber an die Krankenkasse übermit-

telt werden. Die berücksichtigungsfähigen Kinder sollten möglichst aufwandarm ermittelbar sein und sich an den, der Krankenkasse vorliegenden Informationen orientieren.

Der Abs. 2a (neu) sagt aus, in welcher Höhe bei Ende eines Beschäftigungsverhältnisses während Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Krankengeld besteht. Hier sollte zur Verdeutlichung konkretisiert werden, dass es sich um Zeiten des Anspruchs auf Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V handelt, wenn eine Krankheit die Versicherten arbeitsunfähig macht bzw. sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen behandelt werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Sollte an einer Neufassung festgehalten werden, sind folgende Änderungen zu berücksichtigen:

§ 47 Absatz 2a SGB V wird wie folgt gefasst:

Endet ein Beschäftigungsverhältnis während **eines Anspruchs auf Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V Arbeitsunfähigkeit**, beträgt das Krankengeld vom Tage nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses an abweichend von Absatz 1 60 % des Nettoarbeitsentgeltes. Der Betrag erhöht sich auf 67 % des Nettoarbeitsentgeltes, sofern **im Datenaustausch nach § 107 SGB IV durch den Arbeitgeber berücksichtigungsfähige Kinder übermittelt werden**. ~~der Versicherte oder der Ehe- oder Lebenspartner mindestens ein Kind im Sinne des § 32 des Einkommensteuergesetzes hat.~~

Nr. 19 § 49 Ruhen des Krankengeldes

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass bei einer Teilarbeitsunfähigkeit (neu) eine teilweise Ausübung der Tätigkeit unter Zahlung des anteiligen beitragspflichtigen Arbeitsentgelts nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs führt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist im Kontext der vorgesehenen Einführung von Teilarbeitsunfähigkeit (§ 44c neu) bzw. Teilkrankengeld (§ 44d neu) sachgerecht.

Danach ist es folgerichtig, dass das Arbeitsentgelt, welches während einer teilweisen Ausübung der Tätigkeit während des Bezugs von Teilkrankengeld an Versicherte gezahlt wird, nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs nach § 49 Nummer 1 insgesamt führt.

Die weiteren Änderungen im § 49 dienen der rechtsförmlichen Bereinigung.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf (unter Berücksichtigung der Stellungnahme zu Nr. 17).

Nr. 20 § 50 Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

A Beabsichtigte Neuregelung

Bisher können Bezieher aller Altersrenten eine Teilrente von 10 % bis 99,99 % einer Vollrente beziehen und der Anspruch auf Krankengeld bleibt bestehen.

Mit dieser Neuregelung soll der Anspruch auf Krankengeld nur bestehen, wenn eine Teilrente in Höhe von zwei Drittel der Vollrente oder weniger bezogen wird. Wird die Teilrente in Höhe von mehr als zwei Drittel der Vollrente bezogen, soll der Anspruch auf Krankengeld erlöschen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht (Vermeidung von Fehlanreizen).

Durch den vorgesehenen Ausschluss des Krankengeldanspruchs bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von mehr als zwei Dritteln der Vollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wird der Rechtszustand wieder hergestellt, welcher vor dem Inkrafttreten des Flexirentengesetzes bestand.

Um eine Umsetzung dieser Neuregelung gewährleisten zu können, benötigen die Krankenkassen und Arbeitgeber zukünftig Kenntnis über die Höhe der Teilrente in Relation zur Vollrente. Hintergrund ist, dass nunmehr eine Teilrente in Höhe von mehr als zwei Dritteln der Vollrente den Krankengeldanspruch ausschließt. Das KVdR-Meldeverfahren ist entsprechend anzupassen.

Diese Information ist zum einen für die Prüfung des Krankengeldanspruchs durch die Krankenkasse und zum anderen auch bei der beitragsrechtlichen Beurteilung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber erforderlich.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristen zur Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise die Frist zur Beantragung einer Regelaltersrente werden von zehn auf vier Wochen gekürzt und somit an die Frist des § 45 SGB III angeglichen.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung zur Verkürzung der Fristen und damit die Harmonisierung der Regularien im SGB III und SGB V ist sachgerecht. Die bislang geltende Frist zur Antragstellung hat in der Praxis häufig zu erheblichen Verzögerungen bei der Einleitung rehabilitativer Maßnahmen zur Wiederherstellung oder dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit geführt.

Auch im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wurde bereits im Jahr 2015 empfohlen, dass die derzeit vergleichsweise lange Frist zur Beantragung einer Reha zu negativen Gesundheitseffekten bei den Betroffenen führen kann. Eine frühzeitige Einleitung solcher Maßnahmen ist für die Gesundheit der Betroffenen vorteilhaft und gleichzeitig erfolgt die Angleichung von Fristen mit dem SGB III.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 22 § 55 Leistungsanspruch

A Beabsichtigte Neuregelung

Die befundbezogenen Festzuschüsse werden mit Wirkung vom 1. Januar 2027 auf 50 % der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgesetzten Beträge für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen für die jeweilige Regelversorgung – und damit auf das vor dem 1. Januar 2021 geltende Niveau – gesenkt.

Parallel dazu verringern sich die Boni, auf die Versicherte einen Anspruch haben, wenn ihr Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie während der letzten fünf Jahre beziehungsweise während der letzten zehn Jahre vor der Behandlung ununterbrochen die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, auf 60 % beziehungsweise 65 %.

Die Regelung für Härtefälle wird angepasst, damit für betroffene Versicherte weiterhin bei einer Regelversorgung die vollständige Kostenübernahme für Zahnersatz erfolgt.

Für Festzuschüsse, die bis zum 31.12.2026 bewilligt werden, gelten die zum Bewilligungszeitpunkt geltenden gesetzlichen Regelungen.

B Stellungnahme

Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt.

Sie führt zwar zu einer Entlastung der Leistungsausgaben der Krankenkassen, belastet aber in gleichem Maß einseitig die Versicherten finanziell, ohne gleichzeitig die Versorgungsqualität zu erhöhen.

Sofern der Gesetzgeber dennoch an der Reduzierung der Festzuschüsse festhält, sollte bei erbrachter Eigenvorsorge, die nach den bestehenden Regelungen zu einem höheren Festzuschuss führt, das aktuelle Bonusniveau erhalten bleiben, so dass Versicherten in diesem Fall im Verhältnis zu heute keine höheren Eigenanteile entstehen. Hierdurch würde die Attraktivität der Zahnvorsorge gesteigert.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Sollte an einer Neufassung festgehalten werden, sind folgende Änderungen zu berücksichtigen:

Artikel 1 Nr. 22 a):

Satz 3 wird wie folgt geändert: „Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf **70 %**“.

Satz 5 wird wie folgt geändert: „Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf **75 %**, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat.“.

Satz 6 wird wie folgt geändert: „In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf **75 %** erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat“.

Nr. 23 § 61 Zuzahlungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 61 SGB benannten Zuzahlungsgrenzen- und -höhen werden mit Wirkung zum 01.01.2027 um jeweils 50% angehoben. Dies betrifft die Mindest- und Höchstgrenzen der zu leistenden Zuzahlungen, die kalendertäglich zu leistenden Zuzahlungen für stationäre Versorgungen und außerklinische Intensivpflege, die nicht im Haushalt der Versicherten oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht wird. Ebenfalls erhöht wird die Ordnungsgebühr für Heilmittel, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege, die im Haushalt der Versicherten oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht wird.

Darüber hinaus wird eine regelhafte Dynamisierung der vorgenannten Zuzahlungsbeträge jeweils zum 01. Januar des Kalenderjahres, beginnend im Jahr 2028, in Höhe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V eingeführt, deren Beträge das BMG zeitgleich mit der Bekanntgabe der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V am 15.09. des Jahres für das Folgejahr bekannt gibt.

B Stellungnahme

Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt.

Die Erhöhung der Zuzahlungen hat keine Steuerungswirkung zur Inanspruchnahme von Leistungen, sondern eine reine Finanzwirkung, die einseitig Versicherte belastet und vor allem vulnerable Personengruppen überproportional betrifft. Gerade bei veranlassten Leistungen bestehen grundsätzlich keine Alternativen, denen sich Versicherte medizinisch sinnvoll, kostenmindernd zuwenden könnten.

Sofern an der geplanten Gesetzesänderung festgehalten wird, sind notwendige IT-Anpassungen erforderlich. Die möglichst frühzeitige Bekanntgabe der veränderten Zuzahlungsbeträge durch das Gesetz und im Anschluss ab 2027 zusammen mit der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V zum 15.09. eines jeden Jahres durch das BMG im Bundesanzeiger ist vor diesem Hintergrund sinnvoll und notwendig.

Darüber hinaus fehlen notwendige RSA-Anpassungen. Die vorgesehene Anhebung der Zuzahlungsbeträge führt ohne Anpassung des Risikostrukturausgleichs zu deutlichen Wettbewerbsnachteilen von Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Anteil an Versicherten, bei denen zum Schutz vor einer finanziellen Überforderung eine Grenze für die zu leistenden Zuzahlungen vorgesehen ist (Härtefälle i.S.d. § 62 SGB V).

Zuzahlungen sind für die Krankenkassen Einnahmen von ihren Versicherten, die ihre Ausgaben senken. Durch die vorgesehene Erhöhung der Zuzahlungen reduzieren sich die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der GKV im Rahmen des morbiditätsorientierten RSA. Dies hat zur Folge, dass die morbiditätsorientierten RSA-Zuweisungen ebenfalls geringer ausfallen, was alle Krankenkassen betrifft.

Krankenkassen mit einem hohen bzw. überdurchschnittlichen Anteil an Härtefällen fehlen dann aber auf der Einnahmenseiten die höheren Zuzahlungen, um den Rückgang der Zuweisungen zu kompensieren. Die schon im aktuellen RSA existierenden Unterdeckungen bei Härtefällen erhöhen sich und die Wettbewerbssituation von Krankenkassen mit überproportionalem Anteil an Härtefällen verschlechtert sich weiter. Hingegen profitieren Krankenkassen mit einem niedrigen Anteil an Härtefällen aufgrund der Erhöhung der Zuzahlungen von den überproportionalen Ausgabenrückgängen im Wettbewerb. Folglich erhöhen sich die Anreize für eine Risikoselektion zu Lasten der Versicherten.

Die FKG hat daher in ihrem ersten Bericht eine sehr eindeutige Empfehlung ausgesprochen:

„Zudem sollte der Risikostrukturausgleich der Krankenkassen aus Gründen der Wettbewerbsneutralität so angepasst werden, dass nicht Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen zuzahlungsbefreiten Versicherten die entsprechenden Einnahmeausfälle allein tragen müssen.“ (Seite 105)

Diese Anpassung des Risikostrukturausgleichs muss durch Einführung entsprechender versichertenbezogener Risikomerkmale erfolgen. Diese würden nicht nur zur empfohlenen Glättung der wettbewerblichen Unwuchten führen, sondern darüber hinaus die ohnehin bestehende deutliche Unterdeckung und damit Risikoselektionsanreize zu Lasten dieser besonders schutzbedürftigen Versichertengruppe manipulationssicher beseitigen sowie die Zielgenauigkeit des Zuweisungsverfahrens deutlich verbessern. Für die Anpassung des Risikostrukturausgleichs wäre

- die Bildung versichertenbezogener Risikomerkmale (§ 266 SGB V, § 2 RSAV)
- sowie die Meldung, Verarbeitung und Prüfung der notwendigen Informationen (§ 267 SGB, §§ 7 und 20 RSAV) zu regeln.

Im Zuge dieser notwendigen Anpassung ließen sich weitere wettbewerbliche Schief lagen im Risikostrukturausgleich ebenfalls synergetisch lösen. Für die Notwendigkeit der Ergänzung um weitere sozioökonomische und soziodemographische Merkmale,

- wie der Bezug von Bürgergeld (ab dem 01.07.2026 Grundsicherungsgeld) nach dem SGB II,
- einer Erwerbsminderungsrente nach dem SGB VI
- oder für die Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI

liegen ebenfalls wissenschaftlich fundierte Belege vor. Auch für diese Versicherten gruppen können im bestehenden RSA mit direkter Morbiditätsorientierung die Ursachen und Zusammenhänge für eine höhere Leistungsanspruchnahme erklärt werden, die gerade nicht durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen greifbar sind.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Insbesondere an der Neufassung festgehalten werden, sind folgende Änderungen zu berücksichtigen:

Notwendige RSA-Anpassungen:

§ 266 Absatz 2 SGB V wird wie folgt neugefasst:

„Die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen erfolgt anhand der Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität, sozioökonomischen und soziodemografischen Merkmalen, sowie regionalen Merkmalen und danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld nach § 44 haben. ²Die Morbidität der Versicherten wird auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigt. ³Sozioökonomische und soziodemografische Merkmale im Sinne von Satz 1 haben:

1. Versicherte, die gemäß § 62 von den Zuzahlungen befreit sind oder Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze geleistet haben,
2. Versicherte, die Bürgergeld oder Grundsicherungsgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch beziehen,
3. Versicherte, die eine Erwerbsminderungsrente nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch beziehen,
4. Versicherte, für die das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt wurde.

⁴Regionale Merkmale sind solche, die die unterschiedliche Ausgabenstruktur der Region beeinflussen können.“

§ 267 SGB V wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 Satz 1 wird um die folgenden Nummern ergänzt:

„8. die Angabe über eine Zuzahlungsbefreiung oder die erfolgte Leistung von Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62,
9. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug von Bürgergeld oder Grundsicherungsgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch,
10. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch,
11. die Anzahl der Versichertentage, für die ein Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt wurde,
12. die Angabe über den erfolgten Bezug von stationären Pflegeleistungen nach den §§ 43, 43a, 91 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
13. der Grad der Pflegebedürftigkeit nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.“

2. Absatz 2 wird gestrichen.
3. In den Absätzen 3 und 4 wird die Angabe „und Absatz 2“ gestrichen.

§ 2 RSAV wird wie folgt geändert:

Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

- „6. die Zuzahlungsbefreiung oder erfolgte Leistung von Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
- 7. der Bezug von Bürgergeld oder Grundsicherungsgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch,
- 8. der Bezug einer Erwerbsminderungsrente nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch,
- 9. die erfolgte Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung des Grades der Pflegebedürftigkeit nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und des Bezuges von stationären Pflegeleistungen nach den §§ 43, 43a, 91 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.“

§ 7 RSAV wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 werden die Wörter „und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.
2. Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

- „17. die Angabe über eine Zuzahlungsbefreiung oder die erfolgte Leistung von Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
- 18. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug von Bürgergeld oder Grundsicherungsgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch,
- 19. die Anzahl der Versichertentage, für die ein Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt wurde,
- 20. Angabe über den erfolgten Bezug von stationären Pflegeleistungen nach den §§ 43, 43a, 91 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
- 21. der Grad der Pflegebedürftigkeit nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.“

3. In Absatz 4 Satz 2 Nummern 1 und 3 werden die Wörter „und 8 bis 11“ ersetzt durch „8 bis 11 und 17 bis 21“.

§ 20 RSAV wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „Nr. 1, 10 und 11“ durch die Angabe „Nr. 1, 2, 10, 11 und 17 bis 21“ ersetzt.

Nr. 24 § 63 Grundsätze Modellvorhaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll die Regelung gestrichen werden, dass es keinen Verstoß gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität darstellt, wenn durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachweisliche Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden können. In Folge soll auch die Regelung gestrichen werden, dass Einsparungen, die die Mehraufwendungen überschreiten, an die teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden können.

B Stellungnahme

Die Streichung ist vor dem Hintergrund der Rückkehr zu einer konsequenteren einnahmenorientierten Ausgabenpolitik und der Stärkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität zu sehen. Dies wird grundsätzlich begrüßt, auch wenn die Streichung der Berücksichtigungsmöglichkeit kompensatorischer Einsparungen die Flexibilität bei der Gestaltung von Modellvorhaben verringert und eine übergreifende Wirtschaftlichkeitsbetrachtung erschwert. Aber auch ohne explizite Nennung der Möglichkeit, kompensatorischer Einsparungen zu berücksichtigen, ist davon auszugehen, dass künftig solche gewünschten Effekte im Rahmen allgemeiner Wirtschaftlichkeitsüberlegungen und unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität weiterhin möglich bleiben.

Die Streichung der Weiterleitungsmöglichkeiten von Einsparungen an die teilnehmenden Versicherten ist in diesem Kontext nachvollziehbar. Die Möglichkeit von Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen im Rahmen von Tarifen gemäß § 53 Abs. 3 SGB V bleibt erhalten.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 25 § 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

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

Für die Jahre 2028 und 2029 soll die Wirkung der in § 223 Absatz 4 Satz 1 (neu) vorgesehenen außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze unberücksichtigt bleiben, damit die beabsichtigte Entlastungswirkung der zusätzlichen Einnahmen nicht durch entsprechende Ausgabenzuwächse in den Jahren 2028 und 2029 bei Anwendung einer ansonsten höheren Grundlohnrate konterkariert wird.

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

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

Allerdings sollte an die Stelle der bisherigen retrospektiv ermittelten Grundlohnsummenentwicklung gem. § 71 Abs. 3 SGB V die prospektive Schätzung der Einnahmenentwicklung des Gesundheitsfonds bereinigt um zweckgebundene Sonderzuweisungen treten.

Zu Buchstabe a)

Elementarer Bestandteil einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ist auch nach dem ersten Bericht der FKG die konsequente Umsetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Daher ist die Preisentwicklung in den Leistungsbereichen wieder ohne Ausnahmen auf die festgestellte Einnahmenentwicklung zu begrenzen. Die bisherige Regelung Absatz 2 Satz 2 wurde insbesondere in Schiedsverfahren nicht immer sachgerecht angewendet. Insofern ist die Streichung nachvollziehbar. Durch die Streichung der Regelung, Mehrausgaben durch Einsparungen in anderen Bereichen auszugleichen, wird allerdings die Flexibilität bei der Gestaltung selektivvertraglicher Versorgungsformen sowie die Möglichkeit einer (sektoren-)übergreifenden Wirtschaftlichkeitsbetrachtung eingeschränkt bzw. erschwert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch künftig solche gewünschten kompensatorischen Effekte im Rahmen allgemeiner Wirtschaftlichkeitsüberlegungen und unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität auch ohne explizite Regelung möglich bleiben werden (vgl. dazu Stellungnahme zu § 140a SGB V).

Zu Buchstabe b)

Es ist sachgerecht, die Regelung zur einmaligen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 4 Satz 1 bei der Berechnung der Grundlohnrate nicht zu berücksichtigen.

Ergänzend sind in Abs. 1 für einen besseren Einnahmenbezug die rechtlichen Grundlagen der Vertragspartner so zu schärfen, dass die gesetzliche Einschränkung „es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten“ nicht wie bisher dauerhaft für die Durchsetzung zu hoher Vergütungssteigerungen genutzt werden kann (auch durch Schiedsämter). Dies verhindert den notwendigen Strukturwandel. Daher müssen die Voraussetzungen für die Darlegung von Versorgungsrisiken und Wirtschaftlichkeitsreserven schiedsamts- und gerichtsfest angepasst werden. Maßstab für die Vergütung muss die effizienteste Form der Leistungserbringung sein, als Anreiz für alle Beteiligten zur permanenten Förderung der Effizienz.

Vergütungsanpassungen (Preiskomponente) müssen so kalkuliert werden, dass alle erwartbaren Mengen- und Struktureffekte bei der Ausgabenwirkung ebenfalls mitberücksichtigt werden müssen, wenn sie die Einnahmenentwicklung überschreiten, dies muss auch für durch Schiedsamt getroffene Preisregelungen gelten.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 26 § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Darstellung von wirkstoffübergreifenden Rabattverträgen nach § 130e neu wird in die Anforderungen an die ärztliche Verordnungssoftware aufgenommen.

B Stellungnahme

Die Regelungsänderung bildet die Einführung des Vertragskatalogs (kassenindividuelle Rabattverträge zu Patentarzneimitteln) ab, sie ist sachgerecht und zu begrüßen.

Darüber hinaus wäre es sachgerecht, insbesondere vor dem Hintergrund der geltenden Regelungen von §§ 2, 12 SGB V grundsätzlich wirkstoffübergreifend die wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln zu unterstützen. Hierfür sind in den Verordnungsprogrammen der Ärztinnen und Ärzte die Jahrestherapiekosten eines Arzneimittels in der Standarddosierung der Erhaltungstherapie verpflichtend auszuweisen. Zudem ist die wirkstoffübergreifende Anzeige von Arzneimitteln auch mit Rabattvertrag im Anwendungsgebiet, sortiert nach absteigender Wirtschaftlichkeit, verpflichtend einzuführen.

Zur Klarstellung und Unterstützung der wirtschaftlichen Verordnung im Anwendungsgebiet sind die entsprechenden Vorgaben in die Elektronischen Arzneimittelinformations-Verordnung aufzunehmen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Ergänzend ist § 2 Absatz 1 EAMIV wie folgt zu ergänzen:

16. Angabe zu den Jahrestherapiekosten des Arzneimittels.

Ergänzend ist § 3 Absatz 2a neu EAMIV wie folgt zu fassen:

„Die Arzneimittel im Anwendungsgebiet werden, gegliedert nach ihrer Wirtschaftlichkeit, aufsteigend nach den Jahrestherapiekosten, angezeigt. Arzneimittel mit bestehendem Rabattvertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V werden dabei unabhängig von den ausgewiesenen Jahrestherapiekosten als besonders wirtschaftlich angezeigt.“

Nr. 27 § 73b Hausarztzentrierte Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Mit der Neuregelung werden die Vorgaben zur Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V ausdrücklich auch auf die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V ausgedehnt. Somit unterliegt auch die HzV in den Jahren 2027 bis 2029 der Anwendung einer um einen Prozentpunkt geminderten Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V sowie der Streichung der Möglichkeit, Mehrausgaben durch Einsparungen in anderen Bereichen auszugleichen gemäß des bisherigen § 71 Abs. 2 S. 2 SGB V.

Darüber hinaus ist künftig in den Verträgen zu vereinbaren, dass zusätzliche Leistungen auf Grund von steigenden Teilnehmerzahlen nur noch mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise zu vergüten sind. Die Höhe des Abschlags und die Anwendung auf die teilnehmenden Hausärzte ist von den Vertragspartnern bis zum 31.03.2027 festzusetzen. Der Anstieg der Teilnehmerzahlen soll quartalsweise zum jeweiligen Vorjahresquartal erfolgen.

Zu b)

Regelung, dass von den neu eingefügten Vorgaben nach a) in den Verträgen nicht abgewichen werden kann.

B Stellungnahme

Zu a)

Die Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V auch für die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung ist sachgerecht.

Auch ein verbindlicher Abschlag auf die vereinbarten Preise für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerung ist nachvollziehbar und sachgerecht. Die diesbezüglichen regulatorischen Vorgaben werden aber als konfliktträchtig eingeschätzt. Dies gilt insbesondere für das Verfahren zur Anwendung des Abschlags auf den einzelnen teilnehmenden Hausarzt. Zwar ist das Argument einer Kostendegression bei einem Anstieg der Teilnehmerzahlen grundsätzlich zutreffend, jedoch berücksichtigt die globale Vorgabe weder die verschiedenen Vertragstypen („Vollversorgungs- vs. Add-on-Verträge“) noch die unterschiedliche Betroffenheit einer Arztpraxis bei Veränderung der Gesamtteilnehmerzahl. Zu bedenken ist auch, dass es sich in der Mehrzahl um Verträge handelt, die durch Schiedspersonen festgesetzt wurden. Bei einer Nichteinigung zur Abschlagsregelung würde dies zu einem erneuten Schiedsverfahren führen.

Die in der Gesetzesbegründung aufgeführten Mindereinnahmen in Höhe von 70 Mio. Euro (2027) aufwachsend auf 400 Mio. Euro in 2030 können nicht nachvollzogen werden.

Als Alternative zur vorliegenden Regelung wird vorgeschlagen, den Kontrahierungszwang für HzV-Verträge aufzuheben und in eine freiwillige Möglichkeit zur Vereinbarung solcher Verträge zu überführen. So können partnerschaftlich praxis- und bedarfsgerechte regionale Regelungen zur Einhaltung des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität gefunden werden. Die allgemeine Bindung an den Grundsatz der Beitragsatzstabilität sollte aber auch in diesem Fall als Rahmenbedingung eingeführt werden („§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.“).

Zu b)

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Mit dem Vorschlag, den Kontrahierungszwang für HzV-Verträge aufzuheben und in eine freiwillige Möglichkeit zur Vereinbarung solcher Verträge zu überführen, ist der § 73b verbunden mit den entsprechenden Regelungsanpassungen neu zu fassen. Dabei ist zu beachten, dass die Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt zudem an die festzulegenden Mindeststandards für einen neuen Versorgungsauftrag der Primärversorgung anzupassen sind.

§ 73b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch folgenden Satz ersetzt:

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

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

„Für die Bereitstellung des Angebots nach Absatz 1 können Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge mit mindestens einem der folgenden Vertragspartner schließen:

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen,
5. Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1 zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

²Die Teilnahme von Vertragsärzten in Satz 1 ist freiwillig. ³Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach diesem Absatz durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. ⁴Dies gilt nicht für Verträge nach Satz 1 Nr. 4. ⁵Satz 3 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.

c) Absatz 4a ist zu streichen.

d) In Absatz 5 sind nach dem neuen Satz 9 folgende Sätze zu ergänzen:

¹⁰Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, Abrechnungspositionen in der KV-Abrechnung, die dem Versorgungsauftrag des jeweiligen Vertrages nach Abs. 4 entsprechen, nicht über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen. ¹¹Die Vertragspartner haben für die Erfüllung der Aufgaben nach Satz 6 die notwendigen Daten wie Arzt- und Versichertenteilnahmedaten sowie EBM-Positionen des Versorgungsauftrages des Vertrages nach Abs. 4 an die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Regelwerksprüfung zu liefern. ¹²Näheres dazu regeln die Vertragspartner in ihrem Vertrag. ¹³Die Kosten für die Durchführung der Regelwerksprüfung sind im Rahmen des Verursacherprinzips von dem hausärztlichen Vertragspartner zu tragen.

e) Absatz 5a ist zu streichen.

Nr. 28 § 74 Stufenweise Wiedereingliederung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass gegenüber der stufenweisen Wiedereingliederung vorrangig zu prüfen ist, ob für Versicherte eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit trotz einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit nach § 44c oder § 44d möglich ist.

B Stellungnahme

Diese Regelung ist sachgerecht. Jedoch ist zu klären, ob und inwieweit die Regelungen nach § 44c SGB V und § 74 SGB V parallel Bestand haben sollen oder zu harmonisieren sind.

Nachdem im G-BA die Regelungen zur Attestierung von Teilarbeitsunfähigkeit festgelegt werden, sind auch die bereits bestehenden digitalen Übermittlungsverfahren der eAU-Daten dahingehend anzupassen, dass der behandelnde Arzt die Teilarbeitsunfähigkeit an die Krankenkasse übermittelt und die Krankenkasse diese ebenso zum Abruf für den Arbeitgeber bereitzustellen hat.

Unter Berücksichtigung der sich daraus ergebenden Abläufe im AU-Verfahren wird eine Umsetzung und In Analogie zum Artikel 1 Nr. 17 Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld wird ein Inkrafttreten nicht vor dem 01.01.2028 vorgeschlagen.

C Änderungsvorschlag

Artikel 8 (Inkrafttreten) wird wie folgt angepasst:

Artikel 8 ist dahingehend anzupassen, dass Artikel 1 Nr. 28 analog Artikel 1 Nr. 17 am 1. Januar 2028 in Kraft tritt.

Nr. 30 § 85 Gesamtvergütung

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 bis 3 wird im Hinblick auf eine Anpassung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen im Rahmen der Vereinbarungen zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen gestärkt. Ausgenommen hiervon sind zahnärztliche Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche und Leistungen im Zusammenhang mit dem Aufsuchen von Pflegebedürftigen im Sinne des Elften Sozialgesetzbuchs oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches Leistungsberechtigter Personen.

b) Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 bis 3 wird im Hinblick auf die Fortentwicklung der zahnärztlichen Gesamtvergütungen, die zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen geschlossen werden, gestärkt. Es gelten die bereits in a) skizzierten Ausnahmen.

c) Der Absatz 3a wird gestrichen.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht. Es folgt der grundsätzlichen Logik, dass die Ausgaben sich an der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren müssen und leistet so einen Beitrag zur nachhaltigen, finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Darauf hinzuweisen ist, dass mit den angedachten Ausnahmeregelungen der Gesetzgeber mit dieser Logik unmittelbar bricht. Richtigerweise müssten auch die nun vom Gesetzgeber davon ausgenommenen Leistungen bzw. damit verbundene Punktwerte dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität unterliegen. Nur so kann eine nachhaltige Stabilisierung gelingen.

Die Ausnahmeregelungen erhöhen zudem in unnötiger Weise Verwaltungsaufwände und Komplexität der Vereinbarungen auf Landesebene und schaffen versorgungspolitisch fragwürdige Anreizeffekte. Es sollte den Vereinbarungspartnern vor Ort überlassen werden, hierüber zu entscheiden bei gleichzeitig klarer Anbindung an dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

Hinzu kommt, dass die Punktwerte zur Individualprophylaxe historisch bedingt höher ausfallen als die Punktwerte weiterer zahnärztlicher Leistungen. Selbst bei gleicher Steigerung der Punktwerte führt die höhere Basis dazu, dass die Vergütungsabstände immer größer werden. Daher ist diese Ungleichbehandlung in der Perspektive abzuschaffen.

c) Die Streichung ist aus Gründen des Zeitablaufes angezeigt und sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Es wird im vorgeschlagenen Absatz 2d folgende Streichung vorgenommen:

~~„Für die Veränderung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz gilt § 71 Absatz 1 bis 3; dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind.“~~

Es wird im vorgeschlagenen Absatz Satz 3 folgende Streichung vorgenommen:

~~„Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen gilt § 71 Absatz 1 bis 3 in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz; dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind.“~~

Nr. 31 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a)

Die im Gesetz verankerte Vorgabe zur Vergütungsregelung für Unterstützungsleistungen für Versicherte im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte im vertragszahnärztlichen Bereich wird gestrichen.

zu b)

Bis spätestens zum 31. Dezember 2027 sind in der kieferorthopädischen Behandlung alle Einzelleistungen zu insgesamt vier Leistungskomplexen zusammenzufassen. Die in der gesetzlichen Norm unter Nr. 1 und 2 genannten Leistungskomplexe können in Abhängigkeit vom Schweregrad differenziert werden.

Die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages regeln weitere Einzelheiten zu den Leistungskomplexen sowie Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität.

zu c)

Die im Gesetz verankerte Vorgabe zur Vergütungsregelung für Unterstützungsleistungen für Versicherte im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte im vertragsärztlichen Bereich wird gestrichen.

Zu d) aa)

Mit dieser Regelung werden zum 1. Januar 2027 die Zuschläge für Hausärztinnen und Hausärzte für die Behandlung auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminvermittlungsstelle sowie für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt gestrichen.

zu d) bb)

Zum 1. Januar 2027 darf der Einheitliche Bewertungsmaßstab keine Regelung für /die Vergütung zur Beratung der Organspende enthalten.

Zu e) aa)

Mit dieser Regelung werden zum 1. Januar 2027 die Zuschläge für Fachärztinnen und Fachärzte für die Behandlung auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminvermittlungsstelle und für die Behandlung auf Grund einer Terminvermittlung durch eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt gestrichen.

zu e) bb)

Streichung der Zuschläge für psychotherapeutische Leistungen im Rahmen des ersten Therapieblocks einer Kurzzeittherapie ab Januar 2027

zu f)

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 bis Abs. 3 wird in der Normsetzung für die Festlegung der Veränderungsrate des Orientierungswertes Ärzte verankert und gestärkt.

zu g)

Die kieferorthopädischen Leistungskomplexe sind in Abhängigkeit vom Schweregrad mit einer Gesamtpunktzahl zu bewerten.

B Stellungnahme

zu a)

Die Regelung ist sachgerecht. Es erschließt sich nicht, warum der Gesetzgeber hierfür etwaige zusätzliche Vergütungsregelungen vorsieht bzw. vorgesehen hat. Mit der flächendeckenden Einführung der elektronischen Akte ist diese Teil des normalen Versorgungsgeschehens und findet im normalen, zahnärztlichen Praxisalltag Anwendung. Eine besondere Vergütung wie für andere Teilleistungen des normalen Praxisgeschehens, etwa der Dokumentation der Behandlung, bedarf es nicht. Diese Leistungen sind über die bestehenden Vergütungsrahmen auskömmlich finanziert. Hinzu kommt, dass mit der technischen Integration in die Praxisverwaltungssysteme alle notwendigen Leistungen mit wenigen Klicks möglich sind.

Vielmehr profitieren Zahnärztinnen und Zahnärzte durch die elektronische Patientenakte, indem etwa bereits vorgenommene Untersuchungen im Rahmen der elektronischen Patientenakte eingesehen werden können. Das führt zu weniger Aufwänden in den Zahnarztpraxen.

zu b)

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt. Damit sollen die bestehenden strukturellen Probleme in der kieferorthopädischen Behandlung und Fehlanreize durch die Abrechnung von Einzelleistungen durch die Einführung von Pauschalen behoben werden. Es ist angezeigt drei Jahren nach in Kraft treten dieser Regelung eine Evaluation der Maßnahmen durchzuführen.

zu c)

Die Regelung ist sachgerecht. Es erschließt sich nicht, warum der Gesetzgeber hierfür etwaige zusätzliche Vergütungsregelungen vorsieht bzw. vorgesehen hat. Mit der flächendeckenden Einführung der elektronischen Akte ist diese Teil des normalen Versorgungsgeschehens und findet im normalen, ärztlichen Praxisalltag Anwendung. Eine besondere Vergütung wie für andere Teilleistungen des normalen Praxisgeschehens, etwa der Dokumentation der Behandlung, bedarf es nicht. Diese Leistungen sind über die Grund- und Versichertenpauschalen auskömmlich finanziert. Hinzu kommt, dass mit der technischen Integration in die Praxisverwaltungssysteme alle notwendigen Leistungen mit wenigen Klicks möglich sind.

Insbesondere Ärztinnen und Ärzte profitieren von der elektronischen Patientenakte, indem etwa bereits vorhandene Arztbriefe im Rahmen der elektronischen Patientenakte eingesehen werden können. Das führt zu weniger Aufwänden in den Praxen in der Perspektive.

Darauf hinzuweisen ist, dass abweichend von den angedachten Regelungen für die Zuschläge bei Terminvermittlung, den Zuschlägen zur Kurzzeittherapie und der Beratung zur Organspende schlicht die bisherige Normsetzung gestrichen wird. Konsistent zu den anderen, vertragsärztlichen Vergütungsregelungen in § 87 sollte auch hier eine Verbotsregelung eingeführt werden. Bezüglich der Zeiträumens erschließt sich in dem Zusammenhang nicht, dass die Streichung der nicht notwendigen Vergütungsregelungen zum 1. Januar 2027 erfolgen. Mit Blick auf eine wirtschaftliche Verwendung der Mittel ist eine Regelung zum 1. Oktober 2026 angezeigt, um mögliche Einspareffekte auch schon in diesem Jahr zu realisieren.

Zu d) aa)

Die Regelung wird begrüßt.

Eine Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses hatte keine spürbare Versorgungsverbesserung durch diese Regelung festgestellt. Eine sofortige Streichung hatte auch der Bundesrechnungshof gefordert.

zu d) bb)

Die Regelung ist sachgerecht. Eine Erhöhung der Organspendebereitschaft durch die Beratung kann nicht festgestellt werden. Die Maßnahme führt so zu keiner Verschlechterung der Versorgung. Eine gesonderte Vergütung erschließt sich vor dem Hintergrund des allgemeinen, hausärztlichen Versorgungsauftrages und der Vergütung über Versichertenpauschalen, die eine Beratung bis zu 10 Minuten beinhaltet, nicht. Das Thema Organspende kann zudem als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden, so dass die Informationspflicht durch weitere Akteure und den Staat erfüllt werden kann. Der Einspareffekt mit rund 90 Mio. Euro für das Jahr 2027 und bis zu 170 Mio. Euro für 2030 weicht ab von der Prognose der FKG von jährlich 60 Mio. Euro. Für das letzte, vollständig vorliegende Jahr in den Abrechnungsdaten war mit den Leistungen ein Leistungsbedarf von 43 Mio. Euro verbunden.

Darauf hinzuweisen ist, dass der Wegfall der Vergütung zum 1. Januar 2027 erfolgen soll. Mit Blick auf eine wirtschaftliche Verwendung der Mittel ist eine Streichung zum 1. Oktober 2026 angezeigt.

Zu e) aa)

Die Regelung wird begrüßt.

Eine Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses hatte keine spürbare Versorgungsverbesserung durch diese Regelung festgestellt. Eine sofortige Streichung hatte auch der Bundesrechnungshof gefordert.

zu e) bb)

Die Neuregelung kann dazu beitragen, Fehlanreize zu reduzieren und ist somit sachgerecht und begrüßenswert. Im Sinne einer wirtschaftlichen Verwendung der Mittel ist jedoch eine frühere Wirkung zum 1. Oktober 2026 angezeigt.

zu f)

Die Regelung ist sachgerecht. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist bei allen ausgabenrelevanten Entscheidungen zu beachten. In der Sachlogik ist es richtig, dies dann auch beim Orientierungswert Ärzte unmittelbar zu verankern.

zu g)

Die Beauftragung des Bewertungsausschusses mit der Festlegung der Bewertung der Leistungskomplexe nach Abs. 1d (neu) ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

zu a)

Kein Änderungsbedarf.

zu b)

Es wird folgender Satz 5 ergänzt:

Bis zum 31. Dezember 2030 evaluieren die Vereinbarungspartner nach Satz 1 die Auswirkungen der Umstellungen nach Satz 1.zu c)

Absatz 2a Satz 25 und 26 werden durch folgenden Satz ersetzt:

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

Zu d) aa)

Kein Änderungsbedarf.

zu d) bb)

Die Angabe „1. Januar 2027“ wird durch die Angabe „1. Oktober 2026“ ersetzt.

Zu e) aa)

Kein Änderungsbedarf.

zu e) bb)

Die Angabe „1. Januar 2027“ wird durch die Angabe „1. Oktober 2026“ ersetzt.

Die in der Gesetzesbegründung adressierte Notwendigkeit von Patientensteuerung bei gleichzeitig vorliegender Leistungsausweitung, hoher Versorgungsdichte und Nachfrage verdeutlicht weiteren Änderungsbedarf. Um Wirksamkeit und Effizienz der psychotherapeutischen Behandlung zu fördern, ist § 92 Abs. 6a SGB V wie folgt zu ergänzen. Neuer Satz 2: *„Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bis zum XX.XX.XXXX die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie zur psychotherapeutischen Behandlung auf Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse.“*

zu f)

Kein Änderungsbedarf.

g)

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 32 § 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a)

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist bei der Festsetzung des Orientierungswertes in den Vereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen / Ersatzkassen zu beachten.

Zu b)

Mit dieser Änderung wird die extrabudgetäre Vergütung für Leistungen, die in TSVG-Konstellationen erbracht werden, zum 1. Januar 2027 gestrichen. Diese Leistungen werden wieder in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) rückgeführt. Der Bewertungsausschuss hat Vorgaben für die Rückbereinigung zu beschließen.

zu c)

Die gesetzlichen Vorgaben zur Entbudgetierung der Leistungen des Versorgungsbereiches der Kinder- und Jugendmedizin ab dem 1. April 2023 enthalten technische Fehler, die mit den vorliegenden Anpassungen behoben werden. Dies erfolgt durch Angleichung des Verfahrens zur Bildung und Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die entbudgetierten Leistungen des Versorgungsbereichs Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt-MGV) orientiert an den Regelungen der Entbudgetierung bei Hausärzten.

Sofern die gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin bzw. der hausärztlichen Versorgung Ausgleichszahlungen leisten müssen, sind diese um einen Abschlag zu mindern, um der allgemeinen Kostendegression aufgrund von Fallzahlsteigerungen (Fixkostendegression) gerecht zu werden. Hierfür wird der Bewertungsausschuss mit der Festlegung eines prozentualen Abschlags beauftragt. Die Vertragspartner auf Landesebene sind zur Umsetzung verpflichtet.

Zu d)

Die Regelung, wonach der Bewertungsausschuss Empfehlungen für Leistungen beschließen kann, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden können, wird gestrichen.

B Stellungnahme

zu a)

Die Regelung ist sachgerecht. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist bei allen ausgabenrelevanten Entscheidungen zu beachten. In der Sachlogik ist es richtig, dies dann auch bei der Festlegung zum Orientierungswert auf regionaler Ebene unmittelbar zu verankern.

Kritisch anzumerken ist, dass der Gesetzgeber die Vorgabe weder für mögliche Zuschläge zum Orientierungswert nach Satz 2 noch für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern nach Satz 3 vorgesehen hat. Im Sinne einer konsistenten Regelung hin zu einer einnahmeorientierten Ausgabenentwicklung sollten diese gleichfalls dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität unterliegen.

Zu b)

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt. Eine Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses hatte keine spürbare Versorgungsverbesserung durch die extrabudgetäre Vergütung dieser Leistungen festgestellt. Eine sofortige Rücknahme dieser Regelung hatte auch der Bundesrechnungshof gefordert.

Der 2. Halbsatz in Satz 5 Nr. 1 ist zu streichen, da auch diese Fälle (z. B. Bagatellerkrankungen) weiterhin innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind.

zu c)

Die Regelungen zur Behebung der technischen Fehler in den gesetzlichen Vorgaben zur Entbudgetierung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sind zu begrüßen.

Bei der erstmaligen Festsetzung der Kinderarzt-MGV wurde das zweite Quartal 2022 als Referenzquartal herangezogen anstatt des jeweiligen Vorjahresquartals. Außerdem blieb bei der erstmaligen Festsetzung der Kinderarzt-MGV die Fortentwicklung des Behandlungsbedarfs von 2022 auf 2023 unberücksichtigt. Dadurch wird die festgesetzte Kinderarzt-MGV zu niedrig angesetzt. Das führt zu Doppelzahlungen ärztlicher Leistungen und damit zu dauerhaft überhöhten Ausgleichszahlungen von jährlich etwa 140 Mio. Euro, die gesetzlich nicht intendiert waren. Über die Verwendung dieser zusätzlichen Ausgaben besteht keine Transparenz.

Die Berichtigung dieser Fehler ist daher zwingend erforderlich und erfolgt durch Angleichung des Verfahrens an die bestehende Systematik der Entbudgetierung bei den Hausärzten. Mit der Korrektur wird die vollständige Vergütung kinderärztlicher Leistungen auch weiterhin gewährleistet.

Für diese Zuschläge nach Satz 8 gilt auch weiterhin die befreiende Wirkung gemäß der aktuellen Fassung des Absatzes 3b Satz 6 und entspricht den Vorgaben der Entbudgetierung der Hausärzte. Hierfür ist Satz 9 in Absatz 3b entsprechend zu ergänzen (Vgl. Änderungsvorschlag).

Die Streichung der Altersgrenze für die zu entbudgetierenden Leistungen der Kinder- und Jugendärzte entspricht den beschlossenen Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen durch den Bewertungsausschuss, wonach die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr berechnungsfähig sind gemäß der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin.

Die bereits gesetzlich vorgegebenen Evaluationsaufträge des Bewertungsausschusses werden jeweils um Quartalsanalysen konkretisiert und die Erstellung von quartalsweisen Berichten bis zum 31. Dezember 2029 bei den Kinder- und Jugendärzten sowie von jährlichen Berichten bis zum 30. September 2029 bei Hausärzten an das Bundesministerium für Gesundheit verlängert. Diese Anpassungen werden begrüßt und bieten eine Grundlage für eine sachgerechte Beurteilung, ob die Mehrausgaben tatsächlich zu einer Optimierung der Versorgung beitragen.

Allerdings sind diese Maßnahmen aus Sicht des AOK-Bundesverbandes nicht ausreichend, denn die Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte sollte grundsätzlich zurückgenommen werden. Durch die Entbudgetierung hat sich keine Versorgungsverbesserung für die Kinder und Jugendlichen ergeben, hingegen sind deutliche Honorarzuwächse zu verzeichnen. Diese Honorarzuwächse sind vor allem in den Regionen von Kassenärztlichen Vereinigungen zu beobachten, wo vor der Entbudgetierung eine niedrige Auszahlungsquote vorlag. Dies deutet darauf hin, dass den Honorarzuwächsen keine Versorgungsverbesserung gegenübersteht.

Die Reduzierung der von den gesetzlichen Krankenkassen zu vergüteten Ausgleichszahlungen für entbudgetierte Leistungen der Kinder- und Jugendärzte sowie der Hausärzte um einen Abschlag zur Berücksichtigung der Fixkostendegression ist zu begrüßen. Bei Mengenausweitung steigt der überschüssige Fixkostenanteil an, der mit einer bestimmten kalkulatorischen Leistungsmenge bereits ausfinanziert ist.

Zu d)

Die Regelung ist sachgerecht.

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der mit dem neuen § 87d SGB V eingeführten neuen Vergütungssystematik für bislang extrabudgetär vergütete Leistungen (Vgl. Nr. 34).

C Änderungsvorschlag

zu a)

Die vorgeschlagene Änderung wird gestrichen. Es wird folgender Satz sieben (neu) in Abs. 2 ergänzt:

„§ 71 Abs. 1 bis 3 gilt entsprechend für die Sätze 1 bis 6.

Zu b)

Absatz 3 Satz 5 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

„Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 4 erbracht werden, **sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,**“

zu c) Absatz 3b Satz 9 (neu) wird wie folgt geändert:

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

Zu d)

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 33 § 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 87b Absatz 1 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V wird die Einschränkung gestrichen, dass im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin nur für die Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewendet werden dürfen, die gegenüber Patientinnen und Patienten erbracht wurden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der vorgesehenen Änderungen im § 87a Absatz 3b SGB V (Vgl. Nr. 32c).

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 34 § 87d Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Leistungen, die bislang extrabudgetär vergütet wurden, wird ein neues Verfahren eingeführt, mit dem nicht bedarfsgerechte Ausgabensteigerungen vermieden werden sollen.

In Absatz 1 werden die Gesamtvertragspartner damit beauftragt, jeweils eine Gesamtvergütung für

- Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen, die auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beruhen sowie für
- weitere Leistungen, die auf Grund eines Beschlusses des Bewertungsausschusses außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden,

zu vereinbaren. Diese werden durch die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung entrichtet. Durch Verweis auf § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V wird der Bewertungsausschuss außerdem beauftragt, analog zur Vorgehensweise bei der MGV auch für diese Gesamtvergütungen Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung, zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen zu beschließen (1. Halbsatz). Darüber hinaus kann der Bewertungsausschuss weitere Empfehlungen, u. a. zu Veränderungen durch Verlagerungseffekte abgeben (2. Halbsatz).

In Absatz 2 ist die erstmalige Festsetzung der Gesamtvergütungen auf Basis des Ausgabenvolumens des Jahres 2025 für die jeweiligen Leistungen sowie deren Fortschreibung – angelehnt an die Regelungen zur Fortentwicklung der MGV – geregelt. Dabei gilt für die Fortschreibung für das Jahr 2027 sowie für die zukünftigen jährlichen Fortschreibungen jeweils der Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

Absatz 3 regelt die Verteilung der jeweiligen Gesamtvergütung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Gesamtvergütung für die weiteren vom Bewertungsausschuss beschlossenen Leistungen kann dabei nach fachärztlichen Versorgungsbereichen getrennt verteilt werden.

In Absatz 4 werden abschließend Leistungen aufgezählt, die weiterhin vollständig mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Zusätzlich wird dem Bewertungsausschuss die Möglichkeit eingeräumt, verbindliche Kriterien für Leistungen zu definieren, die die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit nachweisbar signifikant erhöhen, dies aber bei einer Vergütung innerhalb der MGV oder einer nach Absatz 1 zu vereinbarenden Gesamtvergütung nicht möglich ist. Für Leistungen, die diesen Kriterien entsprechen, können die Gesamtvertragspartner eine Vergütung außerhalb der nach Absatz 1 zu vereinbarenden Gesamtvergütungen vereinbaren. Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, diese Leistungen jährlich zu evaluieren und zu überprüfen.

Absatz 5 beauftragt die Gesamtvertragspartner, die Auswirkungen der nach Absatz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen auf die Versorgung der Versicherten im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach wissenschaftlichen Standards zu analysieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, jährlich die Ergebnisse zu veröffentlichen, die dann vom Institut des Bewertungsausschusses ausgewertet und dem Bundesgesundheitsministerium berichtet werden.

B Stellungnahme

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt.

Die extrabudgetär vergüteten Leistungen (EGV-Leistungen) steigen seit Jahren überproportional an. Sie sind ein wesentlicher Grund für die weiterhin stark steigenden Ausgaben im ambulanten ärztlichen Bereich. Ein Großteil des Ausgabenzuwachses ist dabei auf die Mengensteigerungen bei den EGV-Leistungen zurückzuführen.

Nach Auffassung des AOK-Bundesverbandes sind jedoch Klarstellungen notwendig: Es ist klarzustellen, dass die vereinbarten Gesamtvergütungen gemäß Absatz 1 jeweils eine Obergrenze darstellen (vgl. Änderungsvorschläge 1) und 3)). Damit wird sichergestellt, dass Leistungen maximal mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden. In der Normsetzung muss klargestellt werden, dass im Falle einer Unterschreitung die Zahlung der Gesamtvergütung nicht mit befreiender Wirkung erfolgt. Nicht ausgeschöpfte Mittel müssen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen wieder zur Verfügung gestellt werden.

Der Gesetzgeber legt fest, dass eine der zu vereinbarenden Gesamtvergütungen Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen umfassen soll, die auf Beschlüssen des G-BA beruhen. Mit dem Begriff „Präventionsmaßnahmen“ ist nach Ansicht des AOK-Bundesverbandes die Sekundärprävention gemeint, d. h. die Früherkennung von Krankheiten. Zur Klarstellung sollte der Gesetzestext entsprechend angepasst werden (vgl. Änderungsvorschlag 1). Nicht hinreichend beschrieben sind die Leistungen, die von § 87d (neu) umfasst sein sollen. Es sollte klargestellt werden, dass die Gesamtvergütung für weitere vom Bewertungsausschuss beschlossene Leistungen, das Leistungsspektrum umfasst, das bislang extrabudgetär vergütet wird. Dies sind sämtliche Leistungen, deren Abrechnung regelhaft über die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt. Dazu zählen u. a. alle Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, die nach dem sogenannten Abgrenzungsbeschluss extrabudgetär vergütet werden sowie DMP-Leistungen, Leistungen der Onkologie-Vereinbarung, der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Wegepauschalen sowie regionale Vereinbarungen. Um eine bundeseinheitliche Umsetzung des neuen § 87d SGB V sicherzustellen, ist der Bewertungsausschuss zu beauftragen, die Leistungen abschließend zu definieren, für welche die jeweilige Gesamtvergütung zu vereinbaren ist (vgl. Änderungsvorschlag 2). Es ist zudem klarzustellen, dass nicht mehr vorgesehene extrabudgetäre Zuschläge und zusätzliche Vergütungen bei der Ermittlung der Ausgabenvolumina für das Jahr 2025 nicht berücksichtigt werden. Anderenfalls wird das als Basis wirkende Ausgabenvolumen zu hoch angesetzt.

Der Verweis auf § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V in Absatz 1 ist auf den 1. Halbsatz einzuschränken, da im 2. Halbsatz geregelt ist, dass der Bewertungsausschuss Empfehlungen beschließen kann, die sich ausschließlich auf die Fortentwicklung des Behandlungsbedarfs im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung beziehen (Vgl. Änderungsvorschlag 4). In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass der Verweis im § 87a Absatz 5 Satz 7, 2. Halbsatz SGB V auf § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6 SGB V überprüft werden muss, da dort mit diesem Gesetz eine grundlegende Änderung vorgenommen wird.

Die Vorgaben zur erstmaligen Festsetzung sowie zu den jährlichen Fortschreibungen, insbesondere der Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sind sachgerecht und werden begrüßt.

Die mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung bewertete vollständige Vergütung der abschließend aufgeführten Leistungen in Absatz 4 ist nachvollziehbar. Die Klarstellung in der Gesetzesbegründung zu § 87d SGB V, dass neue Leistungen nach Ablauf von zwei Kalenderjahren entweder in die MGV oder in eine Gesamtvergütung nach Absatz 1 Satz 1 zu überführen sind, ist essentiell, um eine hinreichende Klarheit zur weiteren Verfahrensweise zu erreichen. Diese müssen richtigerweise nach einer zweijährigen Einführungsphase in die budgetierten Gesamtvergütungen überführt werden.

Die Möglichkeit, dass der Bewertungsausschuss verbindliche Kriterien für Leistungen festlegen kann, auf deren Basis die Vertragspartner auf Landesebene eine Vergütung der betreffenden Leistungen außerhalb der MGV bzw. außerhalb der Gesamtvergütungen nach Absatz 1 Satz 1 vereinbaren können, ist sachgerecht und bietet die Chance, Leistungen von besonderer Bedeutung für die Versorgung zu fördern. Die Verpflichtung zu einer jährlichen Evaluation durch den Bewertungsausschuss wird ausdrücklich begrüßt. Hierfür erforderliche Daten sind dem Bewertungsausschuss zur Verfügung stellen. Eine Auswirkungsanalyse durch die Vertragspartner auf Landesebene ist praxisfern und wäre mit erheblichen Verwaltungsaufwänden verbunden. Es erschließt sich nicht, warum der Gesetzgeber eine doppelte Analyse einerseits durch den Bewertungsausschuss nach Absatz 4 und andererseits nach Absatz 5 durch die Gesamtvertragspartner vorgesehen hat. Üblicherweise werden derartige Analysen durch den Bewertungsausschuss unter Nutzung des Instituts des Bewertungsausschusses vorgenommen. Die angedachte Auswertung durch den Bewertungsausschuss Ärzte ist entbehrlich, wenn dieser seinem Evaluationsauftrag nach Abs. 4 vollumfänglich nachkommt. Die Informationspflicht an das BMG kann in Absatz 4 ergänzt werden. Darauf hinzuweisen ist, dass der Evaluationsbericht zu veröffentlichen ist.

C Änderungsvorschlag

1) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren jährlich bis zum 31. Oktober für das Folgejahr, erstmalig bis zum 15. Februar 2027 für das Jahr 2027, mit

Wirkung für die Krankenkassen eine Gesamtvergütung **als maximales** für das Ausgabenvolumen ~~fürder die~~ auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhenden Vorsorge- und **FrüherkennungPräventionsmaßnahmen** sowie eine Gesamtvergütung **als maximales** für das Ausgabenvolumen für weitere vom Bewertungsausschuss beschlossene Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet werden.“

2) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [... Datum einsetzen ...], welche Leistungen die jeweilige Gesamtvergütung nach Satz 1 umfasst; durch den Gesetzgeber nicht mehr vorgesehene Zuschläge und zusätzliche Vergütungen sind bei der Ermittlung der Ausgabenvolumina für das Jahr 2025 nicht zu berücksichtigen.“

3) In Absatz 1 werden nach Satz 3 (neu) folgende Sätze eingefügt:

„Sofern der Leistungsbedarf die vereinbarte Gesamtvergütung nach Satz 1 in einem Quartal unterschreitet, sind abweichend von Satz 3 ausschließlich die tatsächlich erbrachten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten. Nicht ausgeschöpfte Mittel werden den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen erstattet. Der Bewertungsausschuss Ärzte regelt bis zum 31. Dezember 2027 Näheres zum Verfahren.“

4) Absatz 1 Satz 7 (neu) wird wie folgt geändert:

„§ 87a Absatz 5 Satz 7 **1. Halbsatz** gilt entsprechend.“

5) Nach Absatz 4 Satz 4 werden folgende Sätze 5 und 6 eingefügt:

„Erforderliche Daten sind dem Bewertungsausschuss zur Verfügung zu stellen. Der Evaluationsbericht wird dem Bundesministerium für Gesundheit einmal jährlich erstmals zum 30. Juni 2029 und dann jeweils bis zum 30. Juni eines jeden Jahres vorgelegt; dieser ist auf den Webseiten des Institutes des Bewertungsausschusses zu veröffentlichen.“

Nr. 36 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Überprüfung der Kfo-Richtlinien bezüglich der KIG-Einstufungen einschließlich des zugrundeliegenden Grades des Behandlungsbedarfs bis zum 31. Dezember 2027.

Aufbau einer evidenzbasierten Indikations- und Kontraindikationsliste zur Durchführung der Röntgenleistungen bis zum 31. Dezember 2027.

B Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Studien legen nahe, dass Kieferorthopädische Behandlungen in Deutschland länger dauern und häufiger erfolgen als im europäischen Vergleich. Es ist daher richtig, dass eine wissenschaftliche Nutzenbewertung durchgeführt wird. Ferner gibt es Hinweise, die belegen, dass Kinder und Jugendliche zu häufig geröntgt werden. Eine Begrenzung dieser Leistungen ist insofern sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 37 § 92a Innovationsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Reduktion der Förderformate im Bereich Neue Versorgungsformen

Beabsichtigt wird die Umstellung der drei Förderformate im Bereich Neue Versorgungsformen (einstufig, zweistufig, einstufig mit kurzer Laufzeit) ausschließlich auf das einstufige Förderformat mit maximal 48 Monaten Laufzeit.

Streichung spezifischer Forschungsvorhaben im Bereich Versorgungsforschung

Im Förderbereich Versorgungsforschung sollen die Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie auch zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit gestrichen werden.

Reduktion der Fördermittel und Rückführung nicht verausgabter Fördermittel

Beabsichtigt wird die dauerhafte Reduktion der Fördermittel von 200 Mio. Euro jährlich auf 100 Mio. Euro jährlich. Die Fördersumme zur Entwicklung und Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien wird entsprechend halbiert (jährlich mindestens 2,5 Mio. Euro). Des Weiteren werden nicht verausgabte Mittel im Folgejahr an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Die bislang angesammelten nicht verausgabten Mittel werden, soweit nicht für andere Aufgaben gebunden, ab 2027 an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Die Fördersumme wird ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Die bisherige hälftige Finanzierung über die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen fällt weg.

B Stellungnahme

Reduktion der Förderformate im Bereich Neue Versorgungsformen

Die Umstellung ist sachgerecht. Die drei verschiedenen Formate haben einen erheblichen, insbesondere bürokratischen Aufwand verursacht, ohne dass ein Mehrwert festgestellt werden konnte. Insbesondere über das mit dem Digitalgesetz (2024) eingeführte einstufige Format mit kurzer Laufzeit sind kaum vielversprechende Anträge eingegangen. Das zweistufige Förderformat ist mit einem zeitlichen und finanziellen Mehraufwand verbunden, der in keinem Verhältnis zu vermeintlich qualitativ besser ausgearbeiteten Förderanträgen steht. Zudem gelangen vielversprechende Innovationsfondsprojekte mit dem einstufigen Verfahren schneller in die Versorgung.

Streichung spezifischer Forschungsvorhaben im Bereich Versorgungsforschung

Die Streichung ist sachgerecht. Zum einen werden Vorhaben, die dem eigentlichen Förderzweck nicht in vollem Umfang entsprechen, kritisch gesehen. Des Weiteren wurden seit einigen Förderwellen keine Forschungsvorhaben zur Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mehr ausgeschrieben. Aus dem Themenschwerpunkt „Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit“ werden überdies in der Beschlussfassung zum Bereich der Versorgungsforschung am 22. Mai 2026 mehrere Projekte zur Förderung

ausgewählt. Damit wird das Thema im Rahmen des Innovationsfonds bereits adressiert.

Reduktion der Fördermittel und Rückführung nicht verausgabter Fördermittel

Die Halbierung der Fördersumme und die Rückführung nicht verausgabter Mittel sind sachgerecht und werden bereits seit längerem durch den AOK-BV ausdrücklich gefordert. Angesichts der mehrjährigen Unterschreitung der verausgabten Fördergelder, die sich mittlerweile auf insgesamt 297,3 Mio. Euro nicht verausgabte Mittel summieren, und des Kostendrucks im Gesundheitssystem ist dies folgerichtig. Die bisher lediglich begrenzte Wirkung des Innovationsfonds zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, die sich in der geringen Transferquote der geförderten neuen Versorgungsformen in die dauerhafte Versorgung niederschlägt, trägt zu dieser Einschätzung bei. Überdies können auch mit der Mittelreduktion weiterhin vielversprechende Vorhaben gefördert werden. Die Finanzierung ausschließlich über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds stellt zudem eine administrative Entlastung der GKV dar.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 38 § 92b Durchführung der Förderung neuer Versorgungsformen und Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Benennung des BMFTR (vormals BMBF) wird aktualisiert. Die Regelungen bezüglich des Förderverfahrens (u. a. Festlegung Themenschwerpunkte, Auswahl zur Förderung, Transferbeschlüsse, Beratung der Förderinteressenten) werden entsprechend der wegfallenden spezifischen Forschungsvorhaben im Bereich Versorgungsforschung und der Reduktion der Förderformate im Bereich Neue Versorgungsformen angepasst.

B Stellungnahme

Bis auf die Aktualisierung des BMFTR (vormals BMBF) handelt es sich um Änderungen, die aus den Anpassungen in § 92a SGB V hervorgehen. Alle Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 39 § 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen Verordnungsquoten für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, für die die Krankenkasse wirkstoffübergreifende Rabattverträge nach § 130e (neu) aufgrund einer therapeutisch vergleichbaren Wirkung abgeschlossen hat, festgelegt und bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt werden. Zudem sollen künftig entsprechende Rabattarzneimittel bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit anerkannt.

B Stellungnahme

Die geplanten Änderungen sind sachgerecht.

Die Anpassungen dienen der Förderung der Umsetzung von kassenindividuellen wirkstoffübergreifenden Rabattverträgen nach § 130e (neu) SGB V und sind sehr zu begrüßen. Damit sind künftig rabattarzneimittelbezogene Verordnungsquoten zu vereinbaren, die die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Anwendungsgebiet fördern.

Mit der Anerkennung von Rabattarzneimittel nach § 130e (neu) als Praxisbesonderheiten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird zudem ein transparenter, klarer Rahmen für Ärztinnen und Ärzte für das Erreichen von Wirtschaftlichkeitszielen gesetzt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 40 § 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Vergütungssteigerungen für den Bereich der Vorsorge und Rehabilitation werden auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifierfinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 wird die Höchstgrenze für die Vergütungssteigerungen um einen Prozentpunkt ausgehend von der Grundlohnrate gemindert.

B Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich sachgerecht. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen durch Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung anzupassen. Die Einsparpotenziale könnten nach überschätziger Betrachtung und annahmenbasierter Weiterentwicklung der Grundlohnrate für die Jahre bis 2030 im Reha-Bereich (siehe §§ 111 und 111c SGB V) höher ausfallen und bis 2029 jährlich 330 Mio. Euro betragen und ab 2030 kumuliert bis auf 1,6 Mrd. Euro ansteigen.

In der Entwicklung der Rahmenempfehlung gem. § 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V auf Grundlage der IPReG-Gesetzgebung wurden für die Vergütungssystematik als auch zur Refinanzierung von tarifgebundenem Personal entsprechend der damaligen Zielsetzung Regelungen ausgestaltet, die durch den vorliegenden Gesetzesentwurf gegebenenfalls verändert werden müssen. Aufgrund der bestehenden Wechselwirkungen ist eine schnelle Prüfung und Umsetzung der Anpassungsnotwendigkeiten anzustreben, um den aktuell laufenden Umsetzungsprozess der Rahmenempfehlungen nicht zu blockieren und keine Unklarheiten in der Regulierung entstehen zu lassen. Fragestellungen zur Anpassung oder Umsetzung der Rahmenempfehlungen können durch die Vertragspartner festgelegt werden.

Zusätzlich ist in der Folge der Anpassung zur Refinanzierung der Tariflöhne in der gesetzlichen Grundlage der Rahmenempfehlung der § 111 Abs. 7 Nr. 3 SGB V zu streichen.

Die Vorsorge- und Rehaeinrichtungen sind leistungsträgerübergreifend tätig, sodass die Belegung der Einrichtungen auch wettbewerblichen Grundsätzen unterliegt. Durch eine einseitige Preisregulierung können Nachteile zulasten der GKV-Versicherten und deren Versorgungskapazitäten entstehen. Im Sinne einer leistungsträgerübergreifenden Logik zur Stabilisierung der Finanzen ist auf ein ähnliches Preisgefüge in der medizinischen Rehabilitation hinzuwirken.

C Änderungsvorschlag

§ 111 Abs. 7 Nr. 3 SGB V ist zu streichen.

Nr. 41 § 111c Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Vergütungssteigerungen für den ambulanten Bereich der Vorsorge und Rehabilitation werden auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 wird die Höchstgrenze für die Vergütungssteigerungen um einen Prozentpunkt ausgehend von der Grundlohnrate gemindert.

B Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich sachgerecht. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen durch Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung anzupassen. Die Einsparpotenziale könnten nach überschätziger Betrachtung und annahmenbasierter Weiterentwicklung der Grundlohnrate für die Jahre bis 2030 im Reha-Bereich (siehe §§ 111 und 111c SGB V) höher ausfallen und bis 2029 jährlich 330 Mio. Euro betragen und ab 2030 kumuliert bis auf 1,6 Mrd. Euro ansteigen.

In der Entwicklung der Rahmenempfehlung gem. § 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V auf Grundlage der IPReG-Gesetzgebung wurden für die Vergütungssystematik als auch zur Refinanzierung von tarifgebundenem Personal entsprechend der damaligen Zielsetzung Regelungen ausgestaltet, die durch den vorliegenden Gesetzesentwurf gegebenenfalls verändert werden müssen. Aufgrund der bestehenden Wechselwirkungen ist eine schnelle Prüfung und Umsetzung der Anpassungsnotwendigkeiten anzustreben, um den aktuell laufenden Umsetzungsprozess der Rahmenempfehlungen nicht zu blockieren und keine Unklarheiten in der Regulierung entstehen zu lassen. Fragestellungen zur Anpassung oder Umsetzung der Rahmenempfehlungen können durch die Vertragspartner festgelegt werden.

Zusätzlich ist in der Folge der Anpassung zur Refinanzierung der Tariflöhne in der gesetzlichen Grundlage der Rahmenempfehlung der § 111c Abs. 5 Nr. 3 SGB V zu streichen.

Die Vorsorge- und Rehaeinrichtungen sind leistungsträgerübergreifend tätig, sodass die Belegung der Einrichtungen auch wettbewerblichen Grundsätzen unterliegt. Durch eine einseitige Preisregulierung können Nachteile zulasten der GKV-Versicherten und deren Versorgungskapazitäten entstehen. Im Sinne einer leistungsträgerübergreifenden Logik zur Stabilisierung der Finanzen ist auf ein ähnliches Preisgefüge in der medizinischen Rehabilitation hinzuwirken.

C Änderungsvorschlag

§ 111 Abs. 5 Nr. 3 SGB V ist zu streichen.

Nr. 42 § 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Behandlungsfälle der nach Artikel 4 Nr. 2 vorgesehenen Kurzzeitfallpauschalen sollen im Hinblick auf Vorgabe zum Umfang der Hybrid-DRGs nach Abs. 2 berücksichtigt werden.

B Stellungnahme

Der Regelungsvorschlag ist bei Einführung der Kurzzeitfallpauschalen sachgerecht. Allerdings wird die vorgeschlagene Ausgestaltung der Kurzzeitfallpauschalen abgelehnt (siehe dazu die Kommentierung unter Artikel 4 Nr. 2 zu den Kurzzeitfallpauschalen).

Es wird empfohlen, die Hybrid-DRGs ersatzlos zu streichen und die Vergütung für diese Leistungen auf das Niveau des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zu überführen, um die massive Übervergütung im vertragsärztlichen Bereich abzuschaffen. Erklärtes Ziel des Gesetzesentwurfes ist die finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Es erschließt sich daher nicht, warum die massive Übervergütung im vertragsärztlichen Bereich durch Hybrid-DRGs weiterhin hingenommen wird.

Hilfsweise sollte die im Gesetz vorgesehene, aber bisher nicht stattfindende Konvergenz auf das EBM-Niveau mit einer Konkretisierung zur Umsetzung versehen werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung von § 115f SGB V, hilfsweise wird in Abs. 1 Satz 9 folgender Halbsatz ergänzt:

„die Vereinbarung hat mit Wirkung für das Kalenderjahr 2027 zwingend eine Absenkung der Vergütung vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütung der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird.“

Nr. 43 § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a)

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung eines neuen Absatzes 3 in § 27b.

zu b)

Anpassungen im Rahmen der Vergütungsverhandlungen zu den Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen ist an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu koppeln, so dass § 71 Absatz 1 bis 3 anzuwenden ist.

B Stellungnahme

zu a)

Die Anpassung ist sachgerecht.

zu b)

Die unmittelbare Verankerung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ist sachgerecht und zu begrüßen. Vor dem Hintergrund der Ausgabenentwicklung bei unmittelbar durch die Krankenkassen vergüteten Leistungen von Ambulanzen besteht Notwendigkeit, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu schärfen. Dieser Bereich ist seit Jahren von hohen Steigerungsraten über die Veränderungsrate der Grundlohnsomme hinaus gekennzeichnet.

Darauf hinzuweisen ist, dass diese Entwicklung nicht allein aus Gründen der Fortentwicklung der Vergütung, in der Regel Pauschalvergütungen, resultiert, sondern auch aus massiven Fallzahlsteigerungen entsteht. Um den Grundgedanken einer einnahmeorientierten Ausgabenentwicklung zu folgen, bedarf es daher einer Konkretisierung. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität muss hierbei zusätzlich die Mengenentwicklung und so Preis und Menge umfassen. Anders kann eine nachhaltige Trendwende bei der Ausgabenentwicklung in diesem Bereich nicht gelingen. Die Vereinbarungspartner haben entsprechende Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung in den Vergütungsvereinbarungen zu ergänzen, um den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu gewährleisten.

Bei den Hochschulambulanzen ist darüber hinaus der Zugang bei Fällen der Art, Schwere und Komplexität in Anbetracht der starken Fallzahlsteigerungen der letzten Jahre zu konkretisieren. Die Normsetzung sieht bisher keine fachärztliche Überweisung vor. Die Hochschulambulanzen sollten aber nur dann aufgesucht werden können, wenn die reguläre fachärztliche Versorgung nicht mehr ausreicht. Dies kann aber nur die jeweilige Fachrichtung beurteilt werden. Daher ist nur durch diese die Überweisung zu erteilen.

C Änderungsvorschlag

zu a) Kein Änderungsbedarf.

zu b) Statt der vorgeschlagenen Änderung werden folgende Sätze 8 bis 9 hinzugefügt:

„§ 71 Abs. 1 bis 3 SGB V findet mit der Maßgabe Anwendung, dass die Begrenzung sowohl die Preis- als auch die Fallzahlsteigerungen umfasst. Vereinbarungspartner nach Satz 2 vereinbaren bis zum 31.12.2026 geeignete Maßnahmen, die diese Begrenzung sicherstellen.“

In § 117 Abs. 1 SGB V wird der Satz 2 wie folgt gefasst:

„In den Fällen von Satz 1 Nummer 2 kann die ambulante ärztliche Behandlung nur auf fachärztliche Überweisung der jeweiligen Indikation entsprechend in Anspruch genommen werden.“

In § 117 Abs. 1 SGB V wird der Satz 4 gestrichen.

Nr. 44 § 125 Verträge zur Heilmittelversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Den Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch im Heilmittelbereich als verbindliche Obergrenze zu verankern, ist vor dem Hintergrund der anhaltend dynamischen Ausgabenentwicklung sachgerecht.

Ohne Umsetzung des von der Finanzkommission vorgeschlagenen Preismoratoriums für 2027 ist davon auszugehen, dass sich der Ausgabenanstieg im Heilmittelbereich auch im kommenden Jahr unvermindert fortsetzt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 45 § 125a Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es dürfen nicht länger Pauschalen zur Abdeckung einer besondere Versorgungsverantwortung vereinbart werden, die über die Analyse des therapeutischen Bedarfs oder die therapeutische Diagnostik hinausgehen.

B Stellungnahme

Die Streichung der gesonderten Pauschale zur Steuerung von Blankoverordnungen ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 46 § 127 Verträge

A Beabsichtigte Neuregelung

Auch bei Vertragsverhandlungen über die Vergütung von Hilfsmittelversorgungen sind zukünftig die Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V zu berücksichtigen. Für einen Übergangszeitraum von zwei Jahren werden die vertraglich vereinbarten Preise zudem pauschal um 3 % gekürzt.

Im Zusammenhang mit der Neuregelung der Festbeträge nach § 36 SGB V sollen diese künftig nicht mehr als Höchstgrenze, sondern als Referenzgröße für die anschließenden Vertragsverhandlungen dienen. In begründeten Fällen dürfen die vereinbarten Preise im Rahmen eines definierten Korridors nach oben und unten vom Festbetrag abweichen.

B Stellungnahme

Die Ergänzungen bzw. Änderungen sind allenfalls dazu geeignet, kurzfristige Einsparungen zu erreichen. Um dauerhaft wirksame Einsparungen zu erzielen, wären jedoch, wie von der FKG vorgeschlagen, eine Reaktivierung der Ausschreibungsoption und eine Stärkung der Festbeträge als Höchstbeträge nötig.

Beim angedachten, befristeten Sicherungsabschlag von 3 % auf den Vertragspreis drohen ohne ergänzende Sofortmaßnahmen Vorzieheffekte, die das Einsparziel konterkarieren könnten. Ein sofortiges Vertragspreismoratorium ist nötig, um zu verhindern, dass im laufenden Jahr entsprechend der aktuellen Rahmenbedingungen Preiserhöhungen durchgesetzt werden, die die zukünftigen Einsparungen aushebeln.

Unnötig kleinteilig ist die Regelung über den Beginn des befristeten Abschlags von 3 %. Die in Absatz 1b) vorgesehene Definition des Versorgungsbeginns wird der Versorgungsrealität, in der sowohl einmalig Hilfsmittel, aber auch kontinuierlich Verbrauchsartikel abgegeben werden, nicht gerecht. Es ist sicherlich nicht beabsichtigt in der monatlichen Abrechnung von Dauerversorgungen z. B. mit Inkontinenzprodukten danach zu unterscheiden, ob die oder der Versicherte erstmals vor oder nach dem 01.01.2027 versorgt wurde. Dies würde die Zahl der von Leistungserbringenden und Krankenkassen zu verwaltenden Preisvereinbarungen verdoppeln. Zudem ist der „Versorgungsbeginn“ kein eindeutiges, im Rahmen der Abrechnung angeliefertes und damit klar operationalisierbares Datum. Um alle Vertragskonstellationen abzubilden, sollte der Satz gestrichen und der GKV-SV beauftragt werden, eine entsprechende Umsetzungshilfe zu erstellen.

Die Möglichkeit, dass die Festbeträge in den Verträgen nicht nur unterschritten, sondern in einem gewissen Korridor auch überschritten werden können, wird den ausgabensenkenden Effekt konterkarieren. Diese Möglichkeit sollte allenfalls für die bisher bestehenden und seit Jahren unveränderten Festbeträge eingeräumt werden. Neue Festbeträge sollten aber weiterhin die Obergrenze für Vertragspreise bilden.

C Änderungsvorschlag

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

„(1b) Für Hilfsmittelversorgungen nach § 33, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 1 im Zeitraum ... [einzusetzen: 1. Januar 2027, es sei denn, das Gesetz tritt erst danach in Kraft, dann einzusetzen: Datum des auf - 31 - die Verkündung folgenden Tages] bis zum 31. Dezember 2028 **erfolgen**, vermindert sich die vertraglich vereinbarte Vergütung um 3 % je Versorgung. **Bis zum Inkrafttreten von Satz 1 gelten die Vertragspreise vom 1. Mai 2026 unverändert weiter. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen zur Umsetzung der Regelungen nach Satz 1 ab.**“

§ 127 Absatz 4 -neu- sollte wie folgt gefasst werden (Änderungen in Fettdruck):

„(4) Sofern für Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 Absatz 2 festgesetzt wurde, ist dieser den Preisverhandlungen sowie den Schiedsverfahren nach Absatz 2 verbindlich zugrunde zu legen; es gilt der bei Verhandlungsbeginn geltende Festbetrag. Die vereinbarten Preise dürfen die nach § 36 Absatz 2 festgesetzten Festbeträge **nicht überschreiten**; bis zur erstmaligen Festsetzung neuer Festbeträge nach § 36 Absatz 4 Satz 6 **dürfen für die bestehenden Festbeträge** Über- oder Unterschreitungen in Höhe von bis zu 15 % **vereinbart werden**. Die Begründungs- und Darlegungslast für Abweichungen von den Festbeträgen nach § 36 Absatz 2 in den Verhandlungen und Schiedsverfahren trägt die Vertragspartei, die hieraus objektiv einen Vorteil in Bezug auf das Verhandlungsergebnis erhält.

Nr. 47 § 130 Rabatt

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Apothekenabschlag wird von 1,77 Euro auf 2,07 Euro erhöht.

B Stellungnahme

Die Erhöhung des Apothekenabschlags von 1,77 Euro auf 2,07 Euro wird ausdrücklich begrüßt. Nach Schätzungen des Gesetzentwurfes wird mit Einsparungen von 200 Mio. Euro pro Jahr für die gesetzlichen Krankenkassen kalkuliert.

Allerdings wird dieser Einspareffekt voraussichtlich durch die Mehrausgaben durch die nach Koalitionsvertrag geplante Erhöhung des Apothekenfixums, welches etwa 1 Mrd. Euro an Mehrausgaben verursachen wird, sogar überkompensiert.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 48 a) § 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll ein dynamischer Herstellerabschlag zur Umsetzung der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik auch im Arzneimittelbereich eingeführt werden.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist die Umsetzung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik auch im zweitgrößten Ausgabenblock der GKV, dem Arzneimittelbereich, sehr zu begrüßen.

Gleichwohl muss kritisch hinterfragt werden, ob die nunmehr vorgesehene Konzeption des dynamischen Herstellerabschlags dafür geeignet ist. Zwar wird zunächst der Abschlag für Patentarzneimittel für das 1. Halbjahr 2027 um 3,5 Prozentpunkte erhöht. Diese Erhöhung ist grundsätzlich zu begrüßen, wenngleich sie nur der Hälfte der von der FKG vorgeschlagenen Erhöhungsrates entspricht.

Ab dem 2. Halbjahr 2027 soll jedoch eine Dynamisierung des Herstellerabschlags greifen, ausgehend von der tatsächlichen Entwicklung der Arzneimittelausgaben in den Vorjahren. Dabei wird die Dynamisierung auf Basis der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen durchgeführt. Soweit die Zunahme der Arzneimittelausgaben die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen überschreitet, soll der Herstellerabschlag entsprechend steigen. Dabei ist jedoch auf folgende Punkte hinzuweisen:

- Bereits heute listet der Gesetzesentwurf Ausnahmetatbestände, für die die Regelung nicht greifen soll; weitere Ausnahmen werden diskutiert. So werden u.a. Biosimilars vom Abschlag ausdrücklich ausgenommen - obwohl gerade bei diesen erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven liegen. Preisvergleiche in Europa zeigen, dass Biosimilars in Deutschland deutlich über den Preisen zahlreicher anderer europäischer Staaten ausbezahlt werden. Gerade auch angesichts der stark steigenden Marktbedeutung von biosimilarfähigen Wirkstoffen würde die Ausnahme der Biosimilars von einem dynamisierten Herstellerabschlag die GKV erheblich und in nicht sachgerechter Weise belasten. Und nicht zuletzt sollen sachfremde Anlässe wie die Durchführung klinischer Studien in relevantem Maße für ein Arzneimittel zu dessen Freistellung vom dynamischen Herstellerabschlag herangezogen werden können. Damit wird die GKV für standort- und wirtschaftspolitische Erwägungen verhaftet, ohne dass dies dem Versorgungsauftrag der GKV entspricht. Denn dies obliegt dem Staat, entsprechende Maßnahmen aus Steuermitteln zu finanzieren. Allein schon aufgrund der Ausnahmen wird der dynamische Herstellerabschlag keinen deckelnden Effekt haben können, sondern allenfalls - mehr oder weniger, je nach Ausmaß der Ausnahmetatbestände - ausgabendämpfend wirken.
- Aber auch unabhängig von den Ausnahmen kann mit dem dynamischen Herstellerabschlag grundsätzlich keine echte Deckelung erreicht werden. Denn ein Herstellerabschlag mindert den Herstellerabgabepreis nicht, so dass

Handelsmargen und Umsatzsteuer grundsätzlich auf den vollen Herstellerabgabepreis anfallen. Der nachfolgend den Krankenkassen gewährte Rabatt mindert entsprechend die Handelsmargen und die Umsatzsteuer auf diesen Anteil für die GKV nicht. Würde der Herstellerabschlag jedoch bereits bei Abgabe in der Apotheke eingerechnet werden und die prozentualen Aufschläge von Apotheken und die Umsatzsteuer mindern, hätte dies 2025 zu Minderausgaben in Höhe von 538 Mio. Euro für die GKV geführt.

- Zudem führt die mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf vorgesehene Streichung preisdämpfender Instrumente wie der Leitplankenregelung und dem Kombinationsabschlag dazu, dass kurzfristige deutliche Preisanhebungen für die bisher von diesen Maßnahmen betroffenen Arzneimittel ausdrücklich legitimiert werden.

Entsprechend ist von einem deutlichen Preisauftrieb im Patentmarkt auszugehen. Der dynamisierte Herstellerabschlag kann dies aufgrund seiner Konzeption nicht abfangen, er dürfte daher bereits in kurzer Zeit deutlich steigen.

Damit sowohl der dynamisierte als auch die weiteren Herstellerabschläge wirksamer die steigenden GKV-Ausgaben dämpfen, ist es erforderlich, dass sie den Preis vor Aufschlag der Handelsmargen und Umsatzsteuer reduzieren und zudem auch für stationär eingesetzte Arzneimittel gelten. Entsprechende gesetzliche Anpassungen sollten zeitnah umgesetzt werden. Zudem sollten keine sachfremden, erst recht nicht wirtschafts- und standortpolitisch begründete Ausnahmetatbestände zugelassen werden.

Angesichts der hochbürokratisch angelegten Regelung einer Dynamisierung des Herstellerabschlags mit zahlreichen Ausnahmen wäre stattdessen auch eine einfache, befristete und breit wirkende Erhöhung des Herstellerabschlags auf 16 % sowie ergänzend die Beibehaltung oder Neukonzeption von effektiven preisregulierenden Maßnahmen für den Patentmarkt zu erwägen. Denn ohne letztere wird das sich forcierende Ausgabenproblem im Patentmarkt nicht zu bewältigen sein. Dies wäre ein effektiver Beitrag zur Entbürokratisierung, denn damit könnten Verwaltungsaufwände durch Antrags- und Entscheidungsverfahren zu Ausnahmetatbeständen vermieden werden, ebenso wie die Reduzierung von ggf. anfallenden Rückabwicklungsaufwänden.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1b wird wie folgt angepasst:

„Für ab dem 1. Januar 2027 zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel erhalten die Krankenkassen von Apotheken einen zusätzlichen Abschlag vom Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer in Höhe von 9 %.“

Soweit der Gesetzgeber an einem dynamischen Herstellerabschlag sowie einer Dynamisierung bereits ab dem 01.07.2027 festhalten will, wäre in Absatz 1b zumindest die Aufzählungspunkte Nummer 2 und 8 zu streichen.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Impfstoffe mit Patent- oder Unterlagenschutz soll künftig generell ein Abschlag von 7 % zusätzlich zum Referenzpreisabschlag gelten. Wenn letzterer nicht anfällt, soll zusätzlich ein weiterer Abschlag von 7 % für diese Impfstoffe greifen.

B Stellungnahme

Der AOK-Bundesverband bewertet die vorliegende Regelung kritisch. Auch wenn die Anpassung zu begrüßen ist, sind die vorliegenden Preisregulierungs- und Herstellerabschlagsregelungen für Impfstoffe weiterhin als völlig unzureichend anzusehen. Denn sie können die fehlenden effektiven Preisregulierungsinstrumente nicht ersetzen. Weiterhin werden die Preise für Impfstoffe von den pharmazeutischen Herstellern selbst festgelegt; auch Erhöhungen sind durch die fehlende Geltung eines Preismoratoriums nicht ausgeschlossen. Im Ergebnis gilt auch mit der Regelungsänderung weiterhin für eine Teilgruppe von Impfstoffen ggf. kein Herstellerabschlag, zudem sind die Regelungen angesichts fehlender Preisregulierungsinstrumente problemlos durch die pharmazeutischen Hersteller (über-)kompensierbar. Damit dürfte die vorliegende Regelung anstatt preisdämpfend sogar ggf. preisanheizend wirken und die Ausgaben der GKV deutlich nach oben treiben. Anstelle von Einsparungen für die GKV ist tatsächlich die Fortsetzung von Mehrausgaben nicht ausgeschlossen. Damit werden die dringend notwendigen Maßnahmen für eine Finanzierbarkeit von Schutzimpfungen nicht ergriffen.

Die FKG hatte für Schutzimpfungen angesichts der dramatischen Ausgabensteigerungen im Segment ein Preismoratorium, die Verhandlung von Erstattungsbeiträgen mit Preis-Mengen-Vereinbarungen, die Wiedereinführung der Möglichkeit von Rabattverträgen sowie die generelle Geltung des Herstellerabschlags nach § 130a Absatz 1 SGB V eingefordert. Von diesen fünf Regelungen werden die ersten vier gar nicht und die letzte unzureichend umgesetzt.

Um zu einer sachgerechten Begrenzung der Ausgaben im Bereich der Impfstoffe zu kommen, müssen die Maßnahmen der FKG dringend zeitnah zur Anwendung kommen:

- Die Anwendung des Preismoratoriums nach § 130a Absatz 3a. Dabei ist für die aktuell im Markt befindlichen Impfstoffe ein Preismoratorium mit Stichtag 01.01.2022 einzuführen.
- Die umfassende Anwendung des Abschlags nach § 130a Absatz 1 Satz 1 sowie Absatz 1b [neu] für alle Impfstoffe.
- Preisverhandlungen für neu auf den Markt kommende Impfstoffe.
- Preis-Mengen-Regelungen für Impfstoffe.
- Ausschreibungsmöglichkeiten für Krankenkassen in Bezug auf Impfstoffe.

C Änderungsvorschlag

§ 130a Absatz 2 wird wie folgt ergänzt:

„Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers eines Impfstoffs ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. Januar 2022, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe ab dem [Tag nach Inkrafttreten] einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung. Für Impfstoffe, die nach dem 1. Januar 2022 in den Markt eingeführt werden, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. Bei Neueinführungen eines Impfstoffs, für das der pharmazeutische Unternehmer bereits einen Impfstoff mit gleicher Zusammensetzung in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Mengeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Impfstoff in Bezug auf die Packungsgröße am nächsten kommt“.

In § 130a Absatz 1 werden in Satz 1 nach „Arzneimittel“ die Worte „und Impfstoffe“ ergänzt.

In § 130a Absatz 1b neu werden in Satz 1 nach den Worten „Arzneimittel“ die Worte „und Impfstoffe“ eingefügt.

In § 130a Absatz 8 werden in Satz 1 nach „Arzneimittel“ die Worte „und Impfstoffe“ ergänzt. Zudem werden in Satz 13 die Worte „Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i und“ gestrichen.

§ 130b wird um einen neuen Absatz 12 ergänzt:

„(12) Die Regelungen der Absätze 1 bis 11 finden auch auf Impfstoffe Anwendung.“

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Preismoratorium für Arzneimittel des sog. Bestandsmarktes, die bereits vor dem 01.08.2009 im Markt waren, wird bis zum 31. Dezember 2030 verlängert.

B Stellungnahme

Die Verlängerung ist angesichts der fortgesetzten Marktbedeutung der Arzneimittel zu begrüßen und sachgerecht. Ebenso sachgerecht ist die Fortsetzung des erweiterten Preismoratoriums für Wirkstoffe mit vergleichbaren Darreichungsformen, die zuvor im Markt waren, für die das Preismoratorium künftig auch dann gilt, wenn der Zulassungsinhaber wechselt. Dies ist eine bislang bestehende Gesetzeslücke. Beide Regelungen sind daher ausdrücklich zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird vom 01. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 ein Preismoratorium für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundversorgung eingeführt, welches auf dem Preisstand vom 01. Januar 2026 aufsetzt und jährlich - erstmalig zum 01. Juli 2028 - Preiserhöhungen in Höhe der Veränderung des Verbraucherpreisindex zulässt. Analog zu Arzneimitteln ist auch ein erweitertes Preismoratorium für Neueinführungen von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundversorgung mit gleichem Wirkstoff vorgesehen.

B Stellungnahme

Die nunmehr befristet vorgesehene Einführung eines Preismoratoriums für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung für die Jahre 2027 bis 2030 ist ausdrücklich zu begrüßen. Denn mit einer solchen Regelung können die zuletzt zweistelligen prozentualen Ausgabenzuwächse künftig zumindest befristet abgemildert werden.

Das Preismoratorium greift allerdings lediglich Listenpreise bzw. den Apothekeneinkaufspreis auf. Die Medizinproduktehersteller geben aber sonstigen Leistungserbringern und auch Apotheken erhebliche Rabatte von denen die GKV bislang nicht profitiert. Denn der Apothekeneinkaufspreis wird für die Abrechnung mit der GKV herangezogen. Seit Bekanntwerden des Regelungsvorschlags sind zudem erhebliche Preiserhöhungen zu beobachten, die sich bis zur Umsetzung des Preismoratoriums zum 01. Januar 2027 noch fortschreiben werden und zu hohen Kostenzuwächsen zu Lasten der GKV führen.

Vor diesem Hintergrund ist der Regelungsvorschlag entscheidend zu stärken:

Da der vorgesehene Preisstichtag zur Berechnung nicht die von der FKG identifizierten hohen Kostenzuwächse der vergangenen Jahre adressiert, die Hersteller aktuell bereits ihre Preise erheblich erhöhen und ohnehin hohe Rabatte unterhalb des hiermit regulierten Apothekeneinkaufspreises gewähren, ist der Berechnungsstichtag unbedingt vom 1. Januar 2026 auf den 1. Januar 2022 vorzulegen. Darüber muss der Inflationsausgleich für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung auch angesichts der zeitlich begrenzten Wirkdauer des Preismoratoriums gestrichen werden.

C Änderungsvorschlag

Absatz 3e wird, wie folgt, geändert:

„(3e) Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers oder sonstigen Herstellers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. Januar 2022~~6~~, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der

Preiserhöhung. ~~Zur Berechnung des Abschlags nach Satz 1 ist der Preisstand vom 1. Januar 2026 heranzuziehen erstmalig am 1. Juli 2028 und jeweils am 1. Juli der Folgejahre um den Betrag anzuheben, der sich aus der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland im Vergleich zum Vorjahr ergibt.~~ Für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung, die erstmalig nach dem 1. Januar 2026 in den Markt eingeführt werden, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. Bei Neueinführungen eines Verbandmittels oder eines sonstigen Produktes zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a, für das ein pharmazeutischer Unternehmer oder sonstiger Hersteller bereits ein Produkt mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Wundflächeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Produkt in Bezug auf die Gesamtwundfläche am nächsten kommt. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstmalig bis zum 30. November 2026. Die Absätze 5 bis 7 gelten entsprechend.“

Nr. 48 e) § 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass der dynamischer Herstellerabschlag bei Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 unberührt bleibt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 49 a) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Preis-Mengen-Regelung wird erweitert und ein Mechanismus eingeführt, der zur erleichterten automatisierten Umsetzung beiträgt.

B Stellungnahme

Die geplanten Regelungen zur Stärkung der Preis-Mengen-Vereinbarung beim Erstattungsbetrag für neue Arzneimittel sind sachgerecht. Aufgrund von Auslegungsfragen war bislang keine effiziente Umsetzung der Preis-Mengen-Regelung zur Beteiligung der GKV an den Skalen-Effekten aufgrund zunehmender Marktanteile eines Patentarzneimittels möglich. Nunmehr ist ein transparentes und zielgerichtetes Verfahren beschrieben, dass regelmäßig in Abhängigkeit von der Entwicklung des jährlichen Gesamtausgabenvolumens zu Preissenkungen für neue Arzneimittel beiträgt. Es bleibt abzuwarten, ob die Beschränkung solcher Regelungen auf Arzneimittel oberhalb einer vorgegebenen Umsatzschwelle sachgerecht ist.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 49 b) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgabe zur Vereinbarung von Anforderungen an die Verordnung von Arzneimitteln mit Zusatznutzen in den Erstattungsbetragsvereinbarungen sowie die entsprechende Berücksichtigung als Praxisbesonderheit bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird abgeschafft.

B Stellungnahme

Wir begrüßen die vorgesehene Regelung ausdrücklich. Wie die Begründung zurecht ausführt, hat sich die Regelung als wenig wirksam erwiesen. Nicht nur im Kontext der Einführung von § 130e (neu) SGB V ist die Streichung daher folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 49 c) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem GKV-FinStG eingeführten gesetzlichen Vorgaben zur Vereinbarung des Erstattungsbetrages in Abhängigkeit vom Zusatznutzen-Prädikat und der Art der zweckmäßigen Vergleichstherapie (Verhandlungsleitplanken) werden abgeschafft.

B Stellungnahme

Die Streichung der sog. Leitplankenregelung, mit der detailliert in Abhängigkeit vom Ergebnis der frühen Nutzenbewertung klare Vorgaben zur Höhe eines angemessenen Erstattungsbetrags formuliert wurden, ist kontraproduktiv und nicht sachgerecht. Damit droht ein relevanter, erheblicher und unmittelbarer Preis- und Ausgabenanstieg im Patentmarkt.

Damit wird der zwingend erforderliche Fortschritt bei der Aushandlung angemessener Erstattungsbeträge durch Rückfall auf die vormaligen bekanntermaßen unzureichenden Regelungen aufgegeben. Im Ergebnis sind unzureichende Preisregulierungen mit überhöhten Erstattungsbeträgen zu erwarten. Diese können nicht durch andere Maßnahmen wie eine Dynamisierung des Herstellerabschlags oder durch eine ohnehin erst bei hohen Umsätzen greifende Preis-Mengen-Regelung kompensiert werden. Damit wird die klare Regelung zur Durchsetzung des AMNOG-Prinzips, dass der Preis in seiner Höhe auch den Mehrnutzen einer Therapie abbildet, empfindlich geschwächt.

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

Für die zur Streichung vorgesehenen Leitplanken ist kein funktionaläquivalenter Schutzmechanismus vorgesehen. Das Preisniveau patentgeschützter Arzneimittel bei nur geringer Innovationskraft (gering, nicht quantifizierbar) wurde bereits vom Gesetzgeber des GKV-Finanzstabilisierungsgesetz als auskömmlich angesehen (BT-Drs. 20/3448).

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Soweit der Gesetzgeber grundsätzlich an der Streichung engerer Verhandlungskorridore festhält, wären zumindest die verbleibenden Rahmenbedingungen strikter zu formulieren:

„Für ein Arzneimittel, das nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 35a Absatz 3 Satz 1 keinen Zusatznutzen hat und keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden kann, ~~señ~~ **ist** ein Erstattungsbetrag **zu** vereinbareñt“

werden, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führt als die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte zweckmäßige Vergleichstherapie. Für ein Arzneimittel, für das ein Zusatznutzen nach § 35a Absatz 1 Satz 5 als nicht belegt gilt, ist ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren, der zu in angemessenem Umfang geringeren Jahrestherapiekosten führt als die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte zweckmäßige Vergleichstherapie. Sind durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mehrere Alternativen für die zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmt, ist für die Anwendung der Sätze 2 und 3 auf die zweckmäßige Vergleichstherapie abzustellen, die nach den Jahrestherapiekosten die wirtschaftlichste Alternative darstellt.“

Nr. 49 d) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vereinbarung von Praxisbesonderheiten für neue Arzneimittel in den Erstattungsbetragsvereinbarungen wird gestrichen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einführung des § 130e (neu). Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 49 e) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Streichung der Verhandlungsleitplanken sowie der Neujustierung der Preis-Mengen-Regelung sollen als Folgeänderung beide Vertragsparteien ein Sonderkündigungsrecht zu bereits bestehenden Preis-Mengen-Regelungen und Erstattungsbeträgen, die nach den Vorgaben der Verhandlungsleitplanken vereinbart wurden, erhalten.

B Stellungnahme

Das Sonderkündigungsrecht aufgrund der neuen Preis-Mengen-Regelungen, der Streichung der sog. Leitplanken oder auch für Erstattungsbetragsvereinbarungen zu Arzneimitteln, die nicht im Handel sind, ist ebenso wie die Streichung der sog. Leitplankenregelung selbst abzulehnen: Mit der vorgesehenen Streichung der Leitplanken werden aufgrund des Sonderkündigungsrechts bereits kurzfristig angemessene Erstattungsbeträge obsolet. Dies ist erwartbar mit deutlichen Mehrkosten für die GKV verbunden.

C Änderungsvorschlag

Streichung.

Nr. 50 § 130e Rabattverträge für Wirkstoffe mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung

A Beabsichtigte Neuregelung

Vorliegend wird die bisherige Regelung zum Kombinationsabschlag für neue Arzneimittel durch die Einführung von Rabattverträgen für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung ersetzt.

B Stellungnahme

Die Stärkung des wirkstoffübergreifenden Wettbewerbs insbesondere bei patentgeschützten Arzneimitteln mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung ist zu begrüßen. Dies ist angesichts des ohnehin geltenden Wirtschaftlichkeitsgebots für die ärztliche Verordnung überfällig.

Um das Potenzial der Regelung umfassend zu adressieren, sollte die Beschränkung des neuen Instruments auf die fünf aufgeführten Wirkstoffgruppen überdacht werden. Denn mit der Neuregelung wird das Wirtschaftlichkeitsgebot nach §§ 2, 12 SGB V für die ärztliche Verordnung lediglich konkretisiert. Auch heute ist die wirkstoffübergreifende Ausschreibung von Rabattverträgen bereits heute möglich und wurde schon erfolgreich umgesetzt. Insofern ist die nach § 130e neu vorgesehene Reduzierung auf fünf Wirkstoffgruppen unverständlich. Entsprechend wird angeregt, Absatz 3 zu streichen. Alternativ wäre die Liste der dort vorgeschlagenen Wirkstoffe als eine beispielhafte Liste durch ein „insbesondere“ einzuführen, zumindest aber könnte eine Ausweitung der genannten Wirkstoffe auf die in Anhang 1 dieser Kommentierung aufgeführten Wirkstoffgruppen erfolgen.

Angesichts der bereits bestehenden Erfahrungen in der Versorgung bedarf es zudem keiner Evaluation, so dass die entsprechenden Bürokratieaufwände entbehrlich sind. Entsprechend ist der vorgeschlagene Absatz 4 zu streichen. Sachlogisch sollte ergänzend auch die angeführte zeitliche Begrenzung gestrichen werden.

Auch die aus der Gesetzesformulierung abzuleitende Beschränkung des Instruments auf lediglich patentgeschützte Arzneimittel sollte überdacht werden. Denn auch das Wirtschaftlichkeitsgebot für die ärztliche Verordnung findet keine entsprechende Grenze: Die Zweckmäßigkeit definiert die infrage kommenden Therapien, deren Wirtschaftlichkeit nach §§ 2, 12 SGB V leitend für die Auswahl zur Verordnung sein sollte. Soweit zumindest initial an einer gezielten Stärkung des Wettbewerbs im Patentmarkt festgehalten werden soll, kann auch erreicht werden, indem klarstellend in Absatz 1 darauf verwiesen wird, dass mindestens einer der auszuschreibenden Wirkstoffe im Anwendungsgebiet patentgeschützt sein muss. Andernfalls würden ggf. wettbewerbswesentliche Wirkstoffe, die aber bereits generisch bzw. biosimilaren verfügbar sind, systematisch ausgenommen und wesentliche Wirtschaftlichkeitsreserven könnten ggf. nicht gehoben werden. Dass dies nicht gemeint sein kann, kann auch aus der Listung bspw. der JAK-Inhibitoren abgeleitet werden, bei denen sich bereits entsprechende Biosimilars im Zulassungsverfahren befinden. Auch für weitere Wirkstoffgruppen ist absehbar ein Patentablauf zu erwarten. Eine

für Jahre abschließend formulierte Liste an Wirkstoffgruppen, bei denen bereits kurz nach Geltung der Regelungen eine Umsetzung nicht mehr möglich ist, würde das Regelungsziel jedoch verfehlen.

Dringend erforderlich ist in jedem Fall eine Anpassung der Verordnungsprogramme, so dass wirtschaftliche Arzneimittel im Anwendungsgebiet künftig bevorzugt zur Verordnung angeboten werden. Dies betrifft nicht nur die hier vorgesehenen wirkstoffübergreifenden Rabattverträge, für die ein entsprechendes Rabattmeldeverfahren etabliert werden muss, sondern auch unabhängig davon die Frage der Wirtschaftlichkeit einer Therapie im Anwendungsgebiet. Entsprechend sind Vorgaben zur regelhaften Listung der Jahrestherapiekosten von Arzneimitteln aufzunehmen. Zudem sollte die wirkstoffübergreifende Abbildung wirtschaftlicher Alternativen mit Rabattvertrag, aber darüberhinausgehend auch ohne, in den Verordnungsprogrammen geregelt werden. Entsprechende Vorgaben wären in der EAMIV zu implementieren (siehe hierzu auch die Kommentierung und Änderungsbedarf zu Artikel 1 Nr. 26, § 73 SGB V).

Des Weiteren ist es sachgerecht, insbesondere vor dem Hintergrund der Einführung dieser Regelung Vertragsärztinnen und -ärzte beraten zu können. Denn damit wird die Akzeptanz der Regelung und damit deren Umsetzung deutlich erhöht. Wir verweisen hierzu auf den ergänzenden Änderungsbedarf.

Die Streichung des vormaligen § 130e zum Kombinationsabschlag durch den vorliegenden Regelungsvorschlag wird hingegen abgelehnt. Denn damit werden der GKV jährlich etwa 130 Mio. Euro kostendämpfende Einnahmen entgehen. Der Regelungsvorschlag für „Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung“ sollte daher zusätzlich zum Kombinationsabschlag umgesetzt werden.

C Änderungsvorschlag

Beibehaltung des bisherigen Kombinationsabschlags nach § 130e (alt).

Einführung des vorgesehenen § 130e (neu) als § 130f (neu) und Ergänzung der Aufzählung von Wirkstoffgruppen nach Absatz 3 Satz 1 entsprechend dem Anhang 1 dieser Kommentierung.

Zudem verweisen wir auf den ergänzenden Änderungsbedarf zu § 305a SGB V.

Nr. 51 § 132 Versorgung mit Haushaltshilfe

A Beabsichtigte Neuregelung

Vergütungssteigerungen für den Bereich der Haushaltshilfe werden auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 gilt als Höchstgrenze für die Vergütungssteigerungen die um einen Prozentpunkt verminderte Grundlohnrate.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen durch Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung anzupassen und zur finanziellen Stabilisierung beizutragen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 52 § 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Vergütungssteigerungen für den Bereich der häuslichen Krankenpflege werden auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 gilt als Höchstgrenze für die Vergütungssteigerungen die um einen Prozentpunkt verminderte Grundlohnrate.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen durch Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung anzupassen und zur finanziellen Stabilisierung beizutragen.

Gleichzeitig sind die mittelbaren Auswirkungen auf die soziale Pflegeversicherung im SGB XI zu berücksichtigen. Die unterschiedlichen vergütungsrechtlichen Vorgaben im SGB V und SGB XI führen zu einer deutlich höheren Komplexität der Vergütungsverhandlungen in der ambulanten Pflege, da Leistungen bislang häufig gemeinsam verhandelt werden.

Vor diesem Hintergrund sollte eine Harmonisierung der vergütungsrechtlichen Rahmenbedingungen geprüft werden. Insbesondere ist eine Weiterentwicklung des § 82c SGB XI angezeigt, um eine stärkere Orientierung an wirtschaftlichen Obergrenzen zu ermöglichen. Dies würde sich positiv auf die Stabilisierung der Eigenanteile sowie der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung auswirken.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 53 § 132l Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Vergütungssteigerungen für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege werden auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifierfinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 gilt als Höchstgrenze für die Vergütungssteigerungen die um einen Prozentpunkt verminderte Grundlohnrate.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen durch Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung anzupassen und zur finanziellen Stabilisierung beizutragen.

Gleichzeitig sind die mittelbaren Auswirkungen auf die soziale Pflegeversicherung im SGB XI zu berücksichtigen. Die unterschiedlichen vergütungsrechtlichen Vorgaben im SGB V und SGB XI führen zu einer deutlich höheren Komplexität der Vergütungsverhandlungen in der ambulanten Pflege, da Leistungen bislang häufig gemeinsam verhandelt werden.

Vor diesem Hintergrund sollte eine Harmonisierung der vergütungsrechtlichen Rahmenbedingungen geprüft werden. Insbesondere ist eine Weiterentwicklung des § 82c SGB XI angezeigt, um eine stärkere Orientierung an wirtschaftlichen Obergrenzen zu ermöglichen. Dies würde sich positiv auf die Stabilisierung der Eigenanteile sowie der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung auswirken.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 54 § 133 Versorgung mit Krankentransportleistungen (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Den Grundsatz der Beitragsstabilität auch für die Vergütungen im Rettungsdienst zu hinterlegen, unabhängig ob diese auf Verträgen oder Satzungen basieren, ist im Sinne der Bindung aller Ausgaben an die Einnahmesituation sachgerecht. Die nunmehr verpflichtende Vorgabe an die Krankenkassen, bei Nichtbeachtung des § 71 Festbeträge festsetzen zu müssen, unterstreicht das für die GKV geltende Primat.

Die in Absatz 2 Nr. 4 gewählte Formulierung, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität „in entsprechender Anwendung“ einzuhalten ist, schafft Raum sich entweder am konkret festgelegten Entgelt oder auch an den Gesamtkosten des Rettungssystems zu orientieren. Dies ist notwendig, da bei sinkender Auslastung trotz gleichbleibender Gesamtkosten das auf den einzelnen Einsatz berechnete Entgelt zunächst steigt. Diese Transformationsfolgen rechtfertigen nicht die Festsetzung von Festbeträgen, die die Versicherten mit Privatrechnungen belasten würden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 55 § 134 Vereinbarungen zu digitalen Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a) Die Regelung sieht vor, dass in Abhängigkeit von der Abgabemenge ein Abschlag auf den vereinbarten Preis erfolgen muss. Hierbei wird auf zwei Stufen referenziert: mindestens 2 v. H. bei mehr als 3.000 Abgaben und 30 v. H. bei mehr als 100.000 Abgaben im Jahr.

zu b)

aa) die bisherige KANN-Regelung zur Festlegung von Schwellenwerten und Höchstbeträgen in der Rahmenvereinbarung nach §134 Abs. 4 dieses Buches wird durch eine MUSS-Regelung ersetzt.

bb) Künftig muss die Rahmenvereinbarung nach § 134 Abs. 4 SGB V auch einen Höchstbetrag für DiGA festlegen, die keiner Gruppe vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen zugeordnet sind. Der Höchstbetrag für solche nicht gruppierbaren DiGA wird nicht frei verhandelt, sondern systematisch berechnet. Er ist festzulegen als:

Mittelwert

- der nach Abgabemengen (Abgaben) gewichteten Höchstbeträge
- der Vergleichsgruppen nach § 134 Abs. 4 Satz 3 Nr. 2 SGB V

Die bestehenden Höchstbeträge vergleichbarer DiGA werden herangezogen und entsprechend ihrer tatsächlichen Nutzung (Abgabemengen) gewichtet. Aus diesen gewichteten Werten wird ein Durchschnitt gebildet, der dann als Höchstbetrag für die nicht zuordenbare DiGA gilt. Zusätzlich wird klargestellt, dass Absatz 4 Satz 3 bis 5 entsprechend gilt.

B Stellungnahme

zu a)

Aus Sicht der Krankenkassen ist die vorgesehene Abschlagsregelung zwar grundsätzlich zu befürworten, da sie erstmals eine mengenabhängige Preisabsenkung bei DiGA verbindlich vorsieht, sie bleibt jedoch in ihrer gesetzlichen Ausgestaltung unzureichend und problematisch. Die Änderung im Gesetzestext selbst verweist lediglich auf zwei Abschlagsstufen – mindestens 2 % ab mehr als 3.000 Abgaben und 30 % erst ab mehr als 100.000 Abgaben pro Jahr. Damit adressiert die Regelung zwar grundsätzlich Skaleneffekte, lässt aber den für die GKV ausgabenrelevanten Bereich im Regelungstext dazwischen faktisch offen.

Zwar werden in den Erläuterungen differenziertere Staffelungen beschrieben – nämlich eine Abstufung von 2 % ab 3.001 bis unter 10.000 Abgaben, 3 % ab 10.000 bis unter 20.000, .usw... sowie 30 % ab 100.000 Abgaben. Diese Staffelung entspricht deutlich eher den langjährigen Forderungen der Krankenkassen nach ei-

ner progressiven und früher greifenden Abschlagslogik. Allerdings sind diese Differenzierungen ausschließlich in den Erläuterungen enthalten und nicht im Regelungstext selbst normativ verankert.

Aus Kassensicht führt dies zu erheblicher Rechtsunsicherheit. Erläuterungen haben keinen verbindlichen Regelungscharakter und können weder Vertragsparteien noch Gerichte in gleicher Weise binden wie der Gesetzestext. Es bleibt damit unklar, ob und in welchem Umfang die feinere Staffelung tatsächlich angewendet werden muss oder ob sich die Umsetzung auf die im Gesetz ausdrücklich genannten Schwellen beschränkt. Gleichzeitig wird der Mindestabschlag von lediglich 2 % bei bereits mehreren tausend Abgaben weiterhin als zu niedrig bewertet, da zu diesem Zeitpunkt Fixkosten typischerweise amortisiert sind und relevante Wirtschaftlichkeitsanreize fehlen.

Insgesamt stellt die Regelung aus Sicht der Krankenkassen daher einen Schritt in die richtige Richtung dar, verfehlt jedoch ihr Steuerungspotenzial, solange die differenzierten Abschläge nicht rechtsverbindlich geregelt sind. Ohne eine klare gesetzliche Festschreibung der feiner abgestuften Abschlagslogik bleibt die Gefahr bestehen, dass Skaleneffekte nur unzureichend an die Solidargemeinschaft weitergegeben und die Ausgaben der GKV weiterhin nur verzögert begrenzt werden.

zu b)

aa)

Die Ersetzung der bisherigen KANN-Regelung durch eine MUSS-Regelung in § 134 SGB V ist aus Sicht der Krankenkassen sachgerecht. Die Erfahrungen mit der bisherigen Rechtslage zeigen, dass die bloße Möglichkeit zur Festlegung von Schwellenwerten und Höchstbeträgen keine verlässliche Preis- und Mengensteuerung gewährleistet hat. Mit der neuen MUSS-Regelung wird die Festlegung solcher Instrumente erstmals verbindlich vorgeschrieben und damit ein zentraler Steuerungsauftrag gesetzlich klargestellt. Dies stärkt die Position der Krankenkassen und erhöht die Verbindlichkeit der Rahmenvereinbarung. Gleichzeitig bleibt kritisch anzumerken, dass der Gesetzgeber das ‚Ob‘ regelt, nicht aber das ‚Wie‘. Der konkrete Umfang und die Ambition der Schwellenwerte und Höchstbeträge bleiben weiterhin Verhandlungssache. Ob die Regelung ihr wirtschaftliches Potenzial entfaltet, hängt daher maßgeblich von der konkreten Ausgestaltung ab.

bb)

Der Vorschlag ist sachgerecht, denn es wird eine bisherige Regelungslücke geschlossen, da für diese Art von DiGA bislang kein klar definierter Maßstab bestand. Mit der Änderung finden die bereits etablierten Regelungen zur Festlegung, Anpassung und Fortschreibung der Höchstbeträge auch auf diesen neuen Höchstbetrag Anwendung. Dies sorgt für Verfahrensklarheit und Systemkohärenz. Künftig wird auch für digitale Gesundheitsanwendungen ohne Vergleichsgruppe zwingend ein Höchstbetrag festgelegt, was die bislang mögliche weitgehende Preiskopplung begrenzt. Positiv ist zudem, dass sich dieser Höchstbetrag systematisch am nach Abgabemengen gewichteten Mittelwert bestehender Höchstbeträge orientiert und damit in die bestehende Logik der Preissteuerung eingebettet wird.

Kritisch bleibt jedoch, dass das Preisniveau nicht eigenständig begrenzt wird, sondern von der Höhe der bereits festgelegten gruppenspezifischen Höchstbeträge abhängt.

Insgesamt stärkt die Neuregelung Transparenz und Steuerbarkeit, reicht aus Kassensicht aber nicht aus, um das Preisniveau strukturell abzusenken.

C Änderungsvorschlag

zu a)

Streichen, wenn beibehalten ändern:

§ 134 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 SGB V (Neufassung)

... Regelungen über preiswirksame Abschläge in Abhängigkeit von der Abgabemenge digitaler Gesundheitsanwendungen.

Die Abschläge gelten ab dem Tag der Aufnahme der digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 und sind progressiv auszugestalten.

Sie betragen mindestens:

- 1. 2 % bei mehr als 3.000 bis unter 10.000 Abgaben je Kalenderjahr,***
- 2. 3 % bei 10.000 bis unter 20.000 Abgaben je Kalenderjahr,***
- 3. 5 % bei 20.000 bis unter 30.000 Abgaben je Kalenderjahr,***
- 4. 10 % bei 30.000 bis unter 50.000 Abgaben je Kalenderjahr,***
- 5. 20 % bei 50.000 bis unter 100.000 Abgaben je Kalenderjahr,***
- 6. 30 % bei mehr als 100.000 Abgaben je Kalenderjahr.***

§ 134 Absatz 4 Satz 4 SGB V (Klarstellung)

Die Abschläge nach Satz 3 Nummer 2 gelten verbindlich und sind zwingender Bestandteil der Rahmenvereinbarung nach Absatz 1. Abweichungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sind unzulässig.

zu b)

aa)

Kein Änderungsbedarf.

bb)

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 56 § 134a Versorgung mit Hebammenhilfe

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Vorgaben des neu gefassten § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V zur Beitragssatzstabilität auch auf die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a ausgedehnt. Somit sind mögliche Vergütungsveränderungen des Vertrages zur „Versorgung mit Hebammenhilfe“ in den Jahren 2027 bis 2029 auf die Anwendung einer um einen Prozentpunkt geminderten Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V begrenzt.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht und vor dem Hintergrund der Rückkehr zu einer konsequenten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik und der Stärkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität zu sehen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 57 § 140a Besondere Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Mit der Neuregelung werden die Vorgaben des neu gefassten § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V zur Beitragssatzstabilität auch auf die selektivvertraglich organisierte „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V ausgedehnt. Somit unterliegt auch die „Besondere Versorgung“ in den Jahren 2027 bis 2029 der Anwendung einer um einen Prozentpunkt geminderten Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V sowie der Streichung der Möglichkeit, Mehrausgaben durch Einsparungen in anderen Bereichen auszugleichen gemäß des bisherigen § 71 Abs. 2 S. 2 SGB V.

Zu b)

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung in § 11 Absatz 6 Satz 4 SGB V.

B Stellungnahme

Die Änderung ist vor dem Hintergrund der Rückkehr zu einer konsequenten einkommenorientierten Ausgabenpolitik und der Stärkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität zu sehen und wird grundsätzlich als sachgerecht eingeschätzt.

Durch die Streichung der Möglichkeit, Mehrausgaben durch Einsparungen in anderen Bereichen auszugleichen (bisher § 71 Abs. 2 S. 2 SGB V), wird allerdings die Flexibilität bei der Gestaltung besonderer Versorgungsformen sowie einer (sektoren)übergreifenden Wirtschaftlichkeitsbetrachtung eingeschränkt bzw. erschwert.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch künftig solche gewünschten kompensatorischen Effekte im Rahmen allgemeiner Wirtschaftlichkeitsüberlegungen und unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität möglich bleiben werden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 58 § 175 Ausübung des Wahlrechts

A Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Änderung unterteilt sich in drei Unterpunkte. Während davon zwei Anpassungen (a und c) lediglich redaktioneller Art sind, betrifft die dritte Anpassung inhaltlich das Verfahren zur Information der Versicherten bei Änderungen des krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes. Den Krankenkassen wird nunmehr ermöglicht, ihrer im Zuge einer Anpassung des krankenkassenindividuellen Zusatzbeitrages Hinweispflicht nicht nur allein mit einem postalischen Versicherten-schreiben nachzukommen. Zukünftig können diese Schreiben den Versicherten auch elektronisch übermittelt werden.

B Stellungnahme

Sofern Krankenkassen bisher Ihren Zusatzbeitragssatz anpassen mussten, war jedes Mitglied der Krankenkasse in einem gesonderten postalischen Schreiben auf die Beitragsanpassung und das damit einhergehende Sonderkündigungsrecht sowie dessen Ausübung hinzuweisen. Ergänzend dazu ist der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz zu benennen und auf die beim GKV-Spitzenverband geführte Übersicht der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen hinzuweisen. Sollte der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz überschreiten, ist zudem auf die Möglichkeit des Wechsels in eine günstigere Krankenkasse hinzuweisen.

Der Gesetzgeber ermöglicht mit der Gesetzesanpassung nun, dass diese Schreiben nicht nur allein postalisch, sondern auch auf dem elektronischen Wege an die Versicherten gesendet werden können, wenn die Krankenkasse entsprechende Onlineportale zur Kommunikation mit den Versicherten vorhält. Allerdings sind die Versicherte auf den Eingang eines solchen Schreibens per E-Mail hinzuweisen und können dieses nach der Authentifizierung über ihr Onlinekonto abrufen/empfangen.

Grundsätzlich ist diese Anpassung zu begrüßen, da sie einen Teil der Forderungen der AOK-Gemeinschaft aufgreift. Sie geht allerdings nicht weit genug. Vielmehr sollte die Möglichkeit der allgemeinen Information der Versicherten geschaffen werden. Persönliche Schreiben, wenn auch auf dem elektronischen Weg, führen zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand. Durch allgemeine Hinweise zur Anpassung des Zusatzbeitragssatzes der Krankenkasse auf ihren Internetportalen/-auftritten und in den Mitgliederzeitschriften der Krankenkassen bzw. der allgemeinen Presse kann noch aufwandsärmer kommuniziert werden.

Der Gesetzgeber hatte bereits im Jahr 2022 erkannt, dass der Hinweispflicht in einem ausreichenden Maße nachgekommen werden kann, wenn auf andere geeignete Weise informiert wird. In der Begründung wurde dazu ausgeführt, dass die Information in Mitgliederzeitschriften und auf Internetseiten der Krankenkassen erfolgen kann. Daher wurde mit der Aufnahme des § 175 Abs. 4a SGB V durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz für Beitragssatzanpassungen im Zeitraum vom 01.01.2023 bis zum 30.06.2023 auf persönliche Versichertenschreiben verzichtet. Die

redaktionelle Anpassung durch Streichung des Absatzes ist aufgrund des Zeitablaufs nachvollziehbar. Jedoch sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft werden, ob diese, sich bewährte und verwaltungsarme Kommunikation zur Hinweispflicht, zukünftig bei Anpassungen des krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes ausreichend ist.

C Änderungsvorschlag

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

Nr. 60 § 221 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

Die Rückzahlung der Bundesdarlehen in Höhe von 5,6 Mrd. Euro stellt für die Zukunft eine große finanzielle Belastung für die GKV und die Beitragszahlenden dar. Die vorübergehende „Entlastung“ der GKV-Finzen durch Darlehen ist prinzipiell keine nachhaltige Maßnahme zur Stabilisierung, sondern eine Verschiebung von finanziellen Belastungen in die Zukunft. Daran ändert sich auch dann nichts, wenn der Rückzahlungstermin in die noch fernere Zukunft geschoben wird.

Die Darstellung der Regelung in Artikel 1 Nr. 60 als „Beitrag des Bundes“ wird daher nicht geteilt. Ein wirkungsvoller Beitrag des Bundes zur finanziellen Stabilisierung der GKV wäre die von der FKG vorgeschlagene *auskömmliche* Refinanzierung der Ausgaben von Bürgergeldbeziehenden oder allenfalls eine Umwandlung der Darlehen in einen zusätzlichen Bundeszuschuss nachträglich für die jeweiligen Jahre.

C Änderungsvorschlag

Nach § 221a Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„Die dem Gesundheitsfonds mit § 12 Absatz 4 Satz 1 des Haushaltsgesetzes 2023, § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2025 und § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2026 gewährten zinslosen Darlehen in Höhe von insgesamt 5,6 Mrd. Euro verbleiben abweichend von § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2025 und § 13 Absatz 4 und 5 des Haushaltsgesetzes 2026 als ergänzende Bundeszuschüsse im Gesundheitsfonds und sind nicht an den Bund zurückzuzahlen.“

Nr. 61 § 223 Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV wird zukünftig in dieser Rechtsgrundlage eigenständig geregelt.

Der neue Absatz 4 Satz 1 regelt die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV eigenständig. Ihr Wert im Jahr 2027 ist der um 3.600 Euro erhöhte Wert der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7. Dadurch steigt der sich unter Anwendung der Dynamisierungsregelung in § 6 Absatz 6 Satz 2 bis 4 für das Jahr 2027 ergebende Wert der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 zusätzlich um 3.600 Euro. Nach Absatz 4 Satz 2 gilt die Dynamisierungsregelung des § 6 Satz 2 und 3 für die Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze in den Folgejahren entsprechend. Somit wird der um 3.600 Euro erhöhte Wert der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2027 ab dem Jahr 2028 jährlich gesteigert entsprechend dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Absatz 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Die veränderten Beträge werden zudem - nur für das Kalenderjahr, für das die Beitragsbemessungsgrenze bestimmt wird - jeweils auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet.

Für das Jahr 2027 wird die bisher als Beitragsbemessungsgrenze in der GKV herangezogene, unter Anwendung der jährlichen Dynamisierungsregelung ermittelte, Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V um zusätzlich 3.600 Euro erhöht. Somit sind die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V sowie die Beitragsbemessungsgrenze in der SPV ab dem Jahr 2027 nicht mehr identisch.

Ausgehend von der so ermittelten Beitragsbemessungsgrenze in der GKV für das Jahr 2027 wird die Beitragsbemessungsgrenze in den Folgejahren wieder entsprechend der Regelung in § 6 Absatz 6 Satz 2 und 3 SGB V angepasst.

Nach Satz 3 wird auch die Beitragsbemessungsgrenze durch die Bundesregierung in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches festgesetzt.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt.

Die einmalige Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze für das Kalenderjahr 2027 wirkt sich zwar positiv auf die Einnahmeseite der Krankenversicherung aus, allerdings führt die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze um 300 Euro pro Monat zu einer ungerechtfertigt hohen Belastung der Beitragszahlenden.

Der durchschnittlich erhobene Zusatzbeitragssatz in der GKV stieg von 1,51 % im Jahr 2023 auf 2,9 % im Jahr 2026 an und hat sich damit innerhalb von nur drei Jahren fast verdoppelt. Die Abgabenlast der Beschäftigten und die Lohnnebenkosten der Unternehmen stellen bereits heute ein gravierendes wirtschaftliches Problem dar, das die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands schmälert und wirtschaftliches Wachstum hemmt. Hinzu kommt, dass die Beitragsbemessungsgrenze 2027 ohnehin bereits regulär auf ein sehr hohes Niveau anwachsen wird. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sind die Beitragszahlenden daher bereits in Vorleistung getreten. Die finanzielle Belastungsgrenze der Beitragszahlenden ist erreicht.

Diese unverhältnismäßige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze setzt zudem für junge, gutverdienende Versicherte weitere Anreize, in das System der privaten Krankenversicherung zu wechseln, da hier mit extrem niedrigen Beiträgen geworben wird. Die parallele Anhebung der Versicherungspflichtgrenze verringert dieses Risiko nur zum Teil, weil Mitglieder, deren beitragspflichtige Einnahmen die Versicherungspflichtgrenze um mehr als 3.600 Euro überschreiten, davon nicht betroffen sind.

Die Finanzkommission Gesundheit hat in ihrem ersten Bericht das Gewicht der Maßnahmen eindeutig auf die Ausgabenseite gelegt. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen auf der Ausgabenseite allein würde bereits ausreichen, um den Beitragssatz 2027 zu stabilisieren. Der nach der Kommission von den Beitragszahlenden zu tragende Anteil 2027 macht lediglich 11 % des Einsparvolumens aus, während die in der Anpassung des § 223 vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze Versicherte und Arbeitgeber wesentlich stärker belastet. Eine gerechte Lastenverteilung im Sinne des Kommissionsberichts findet dadurch nicht statt.

Deutschland besitzt bereits eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt mit nur durchschnittlicher Leistungsfähigkeit. Bevor nicht nachhaltige Strukturreformen auf der Ausgabenseite umgesetzt sind, ist eine Anhebung der Beitragslast ineffizient.

Zu berücksichtigen ist auch, dass die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze zu höheren Krankengeldausgaben führt.

Weiterhin führt die zusätzliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV um 3.600 Euro dazu, dass die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V sowie die Beitragsbemessungsgrenze in der SPV ab dem Jahr 2027 nicht mehr identisch sind.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Nr. 62 § 232a Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld

A Beabsichtigte Neuregelung

Um eine größere Beteiligung des Bundes an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung zu erreichen, wird der Wert der für diesen Personenkreis als Beitragsbemessungsgrundlage heranzuziehenden beitragspflichtigen Einnahmen aufgestockt.

Hierzu soll jährlich bis zum Jahr 2031 der Faktor, mit dem die monatliche Bezugsgröße zu multiplizieren ist, in fünf Schritten ab dem Jahr 2027 wie folgt erhöht werden:

- für das Jahr 2027 das 0,2234-fache der monatlichen Bezugsgröße,
- für das Jahr 2028 das 0,2312-fache der monatlichen Bezugsgröße,
- für das Jahr 2029 das 0,2464-fache der monatlichen Bezugsgröße,
- für das Jahr 2030 das 0,2618-fache der monatlichen Bezugsgröße und
- ab dem Jahr 2031 das 0,2766-fache der monatlichen Bezugsgröße.

Darüber hinaus sind die Beiträge für jeden für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.

B Stellungnahme

Die Regelung wird als unzureichend abgelehnt.

Auch mit der Neuregelung bleibt der für Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung tatsächlich geleistete Beitrag weit unter den durchschnittlichen Leistungsausgaben der Grundsicherungsbeziehenden. Da die Existenzsicherung der Grundsicherungsbeziehenden eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die dem Bund obliegt, hat dieser auch für die Kosten der Gesundheitsversorgung aufzukommen. Bereits mit dem letzten Gutachten, welches das IGES-Institut im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes erstellt hat, wurden für 2022 ca. 311,45 Euro und von der Finanzkommission Gesundheit für 2026 ein Betrag von ca. 400 Euro als kostendeckend ermittelt.

Mit der angestrebten Regelung werden diese kostendeckenden Beträge allerdings weiterhin nicht erreicht, so dass die GKV-Beitragszahler nach wie vor perspektivisch die überwiegenden Gesundheitsausgaben der Grundsicherungsbeziehenden schultern müssen.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Höhe der vom Bund zu leistenden Aufwendungen an den Ausgaben für den in Rede stehenden Personenkreis zu orientieren. Das heißt, der Faktor, mit dem die Höhe der für die Beitragsberechnung zugrunde zulegenden Einnahme ermittelt wird, ist ab dem Jahr 2027 so festzulegen und jährlich fortzuschreiben, dass eine dauerhafte Deckung der Gesundheitsausgaben für Grundsicherungsbeziehende erreicht wird.

Sofern eine andere Art der Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Grundsicherungsbeziehende angestrebt wird (z. B. über individuell berechnete Beträge je Mitglied statt des derzeitigen Pauschalbeitrages), sind die Regelungen des neuen § 242b auch für diesen Personenkreis zu berücksichtigen. Das heißt, dass bei einer Beitragszahlung je grundsicherungsbeziehendem Mitglied der Beitragszuschuss (2,5 % der beitragspflichtigen Einnahme) zu erheben und zu zahlen ist, sofern ein Ehe- oder Lebenspartner mitversichert ist, der nicht unter die Kriterien der kostenfreien Mitversicherung fällt.

C Änderungsvorschlag

Der für die Berechnung der Beitragspauschale für Grundsicherungsbeziehende zugrunde zulegende Faktor orientiert sich ab dem Jahr 2027 konsequent an den Ausgaben für diesen Personenkreis und wird jährlich neu festgelegt.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1

Für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner sollen die Krankenkassen einen Beitragszuschlag vom Mitglied i. H. v. 2,5 % erheben.

Kein Beitragszuschlag wird erhoben, wenn

- das Mitglied oder der familienversicherte Ehegatte/Lebenspartner ein Kind im Sinne des § 10 hat, das im Haushalt des Ehegatten/Lebenspartners lebt und
 - unter 7 Jahre alt ist oder
 - sich aufgrund einer Behinderung nicht selbst unterhalten kann.
- der familienversicherte Ehegatte/Lebenspartner
 - einen Angehörigen pflegt (mind. Pflegegrad 2; wenigstens 10 Std. an regelm. zwei Tagen/Woche oder eine Freistellung nach § 3 PflegezeitG beansprucht),
 - die Regelaltersgrenze erreicht hat (§§ 35 oder 235 des SGB VI) oder
 - voll erwerbsgemindert ist (§ 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI)

Die Krankenkassen berücksichtigen die o. a. Ausnahmen auch ohne Nachweis des Mitglieds, sofern ihnen die Informationen vorliegen

Absatz 2

Das Mitglied trägt den Beitragszuschlag allein.

Zu zahlen ist er vom dem, der die Beiträge des Mitglieds zu zahlen hat. Ist dies ein Dritter, hat dieser Anspruch gegen das Mitglied auf den Beitragszuschlag. Dieser Anspruch kann von dem Dritten mit der von ihm an das Mitglied zu erbringende Geldleistung verrechnet werden.

Ist der Einbehalt des Beitragszuschlags aus laufenden Geldleistungen nicht möglich, soll der rückständige Betrag gleichmäßig über einen Zeitraum von zwölf Monaten verteilt einbehalten und ein zum Ende der Mitgliedschaft verbleibender rückständiger Betrag mit dem letzten Abrechnungszeitraum vollständig einbehalten werden. Mit Einverständnis des Mitglieds kann die Verteilung des Einhalts des rückständigen Betrages über einen anderen Zeitraum als zwölf Monate erfolgen.

Absatz 3

Der Beitragszuschlag gilt entsprechend für Mitglieder, von denen die Versicherung eines Ehegatten, eines Lebenspartners oder eines Elternteils nach zwischen- oder überstaatlichem Recht abgeleitet wird.

Absatz 4

Der Beitragszuschlag soll ab 01.01.2028 gelten, aber bis einschließlich 30.06.2028 fällt er nicht auf Renten nach § 228 Abs. 1 Satz 1 SGB V und auf Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Nr. 4 SGB V an.

B Stellungnahme

Auf die Stellungnahmen zu Art. 1 Nr. 2 (§ 3 Sätze 3 und 4 SGB V) und Art. 1 Nr. 7 (§ 10 Abs. 6 SGB V) wird verwiesen.

Der Beitragszuschlag für bislang kostenfrei mitversicherte Ehegatten und Lebenspartner stellt für AOK-Versicherte eine höhere Belastung dar als in der übrigen GKV. Die von der Neuregelung der beitragspflichtigen Mitversicherung überdurchschnittlich betroffenen AOK-Haushalte haben insgesamt ein geringeres durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen im Vergleich zu den Versicherten in der übrigen GKV. Zudem leben die AOK-Versicherten überwiegend in größeren Haushalten mit mehreren Kindern unter 16 Jahren (Ehegatten/Lebenspartner mit Kindern unter 7 Jahren sind hierbei bereits herausgerechnet). Der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner wird daher abgelehnt, deshalb ist die Regelung zu streichen.

Sollte die Bundesregierung dennoch an der Regelung festhalten, sind nachfolgende Hinweise zu berücksichtigen:

Zu Absatz 1

Grundsätzlich sind die in § 242b SGB V geregelten Ausnahmetatbestände sachgerecht. Allerdings sind die beschriebenen Erfüllungsaufwände viel zu gering bemessen.

Insbesondere hinsichtlich des Nachweises des Vorliegens der Ausnahmetatbestände zur Beitragspflicht wird davon ausgegangen, dass im Regelfall die Angaben der Versicherten ausreichend sind und nur selten seitens der Krankenkasse nähere Nachweise einzuholen sind, da ihnen das Vorliegen der Voraussetzungen größtenteils bereits anderweitig bekannt sein soll. Dabei entstehen gerade aufgrund der Ausnahmeregelungen für pflegende Angehörige (mind. Pflegegrad 2; wenigstens 10 Stunden an regelmäßig zwei Tagen/Woche oder eine Freistellung nach § 3 PflegezeitG) erhöhte Prüfaufwände bei den Krankenkassen, da diese Informationen der die Familienversicherung durchführenden Krankenkasse in der überwiegenden Anzahl der Fälle nicht vorliegen und die Nachweise über die Pflege erst eingeholt und manuell geprüft und verarbeitet werden müssen. Eine maschinelle Prüfung kann hier, wie in der Begründung beschrieben, in der Regel nicht zum Einsatz kommen.

Zu Absatz 2

In der Bewertung zur Artikel 1 Nr. 7 (§ 10 Abs. 6) ist bereits beschrieben, dass das Mitglied eine elementare Rolle bei der Mitwirkung innehat, so dass die notwendigen Informationen an die relevanten Verfahrensbeteiligten erst zeitverzögert weitergeleitet werden können.

Die Verfahrensbeteiligten sind Dritte, über die das Mitglied Geldleistungen (Arbeitsentgelt, Rente, Versorgungsbezüge, Arbeitslosengeld, etc.) bezieht und die die Beiträge für das Mitglied zahlen. Diese beitragsabführenden Stellen haben laut der Beschreibung nur geringfügige Erfüllungsauswände bei der Anpassung der Abrechnungsprogramme, um auch den Beitragszuschlag für das Mitglied zu berechnen und zu zahlen. Die Krankenkassen erhalten die Informationen in der Regel zeitversetzt, weil sie im Rahmen der Prüfung der Familienversicherung zunächst ermitteln müssen, ob ein Mitglied für mitversicherte Ehegatten oder Angehörige der Pflicht zur Zahlung des Beitragszuschlags unterliegt. In der Folge können die Informationen zum Beitragszuschlag auch nur zeitversetzt an die beitragsabführenden Stellen übermittelt werden, was regelhaft zu einem rückwirkenden Eingriff in die Abrechnungen bei den beitragsabführenden Stellen und damit zu rückwirkenden Korrekturen und Nachzahlungen führen wird.

Die Beitragszuschläge können vom zahlungspflichtigen Dritten verrechnet und rückständige Beiträge über zwölf Monate verteilt vom Mitglied einbehalten werden. Ein „zum Ende der Mitgliedschaft“ verbleibender rückständiger Betrag ist mit dem letzten Abrechnungszeitraum vollständig einzubehalten. Fraglich ist allerdings, ob tatsächlich auf das Ende der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung abgestellt werden sollte, oder besser auf das Ende der „Kundenbeziehung des Mitglieds zum beitragsabführenden Dritten“. Eine Abführung des Beitragszuschlags an den Gesundheitsfonds ist ohne Weiteres auch durch die neue Krankenkasse möglich. Das Vorgehen bei der Zahlung des Beitragszuschlags äquivalent zur Zahlung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge auszugestalten, ist für die beitragsabführenden Stellen (z. B. für Arbeitgeber) ggf. aufwandsärmer und damit zielführender.

Regelungslücken bestehen allerdings noch für folgende Sachverhalte:

- Der beitragsabführende Dritte hat noch Ratenzahlungen für das Mitglied zu leisten, muss aber selbst keine Zahlungen mehr an das Mitglied vornehmen. Eine Verrechnung ist in diesen Fällen unmöglich und zwingt den Dritten, die Zuschläge vom Mitglied nach dem Ende seiner Kundenbeziehung einzufordern.
- Die Erhebung der Beitragszuschläge ist - wegen aufwändiger und langwieriger Klärung der Familienversicherung (z. B. bei der Prüfung der Pflegefähigkeit - erst rückwirkend durch die Krankenkasse erfolgt und das Mitglied hat zum Zeitpunkt der Mitteilung durch die Krankenkasse keine Kundenbeziehung mehr zu dem zuständigen beitragsabführenden Dritten. Eine Verrechnung ist auch in diesen Fällen unmöglich und zwingt den Dritten, die Zuschläge vom Mitglied nach dem Ende seiner Kundenbeziehung einzufordern.

In beiden Sachverhalten ist der beitragsabführende Dritte der Schuldner des Beitragszuschlags gegenüber der Einzugsstelle/Krankenkasse. Zu tragen hat den Beitragszuschlag jedoch das Mitglied und die beitragsabführende Stelle hat ihm gegenüber einen Anspruch auf diesen Beitragszuschlag. In der Folge muss sie diesen in

einem „Zivilverfahren“ vom jeweiligen Mitglied einfordern oder aus eigenen Bormitteln zahlen.

Sichergestellt werden muss in diesen Fällen, dass eine Verrechnung des Anspruchs der beitragsabführenden Stelle mit laufenden Zahlungen für andere Mitglieder ebenso ausgeschlossen wird, wie eine Rückweisung dieser Fälle an die Krankenkassen.

Auch die Frage der Prüfung der ordnungsgemäßen Berechnung und Abführung der Beitragszuschläge bei den beitragsabführenden Stellen ist weder im Erfüllungsaufwand adressiert noch im Gesetzentwurf verankert. Im Falle der Beitragsabführung über den Arbeitgebenden z. B. käme eine Prüfung im Rahmen der Betriebsprüfung, die die Deutsche Rentenversicherung durchführt, in Betracht. Die entstehenden Kosten sind wiederum durch die Einzugsstellen/Krankenkassen über die Einzugskostenvergütung auszugleichen. Auch dieser Aufwand minimiert den erwarteten Einnahmezuwachs für die Krankenversicherung.

Bei selbstzahlenden Versicherten (hier in der Regel freiwillig Versicherte, Studenten in der KVdS, usw.) wird der Beitragszuschlag künftig im Rahmen der originären Beitragsfestsetzung berücksichtigt. Dies lässt sich mit kasseninternen Softwareanpassungen der Bestandsysteme umsetzen. Der Zeitraum bis zum beabsichtigten Inkrafttreten zum 01.01.2028 ist hierfür ausreichend.

Nicht berücksichtigt, sowohl im Erfüllungsaufwand als auch im Ertrag, sind zudem die Aufwände und Rückstände, die infolge der Nichtzahlung des Beitragszuschlags anfallen. Ferner werden die Beitragsrückstände infolge der Nichtzahlung des Beitragszuschlags weiter ansteigen, was sich in den Rückstandsstatistiken widerspiegeln wird.

Zu Absatz 3

Die Erweiterung des Anwendungsbereichs des Beitragszuschlags nach Absatz 1 auf Sachverhalte, in denen die bislang beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Lebenspartnern nicht auf den Vorschriften der Familienversicherung nach § 10 beruht, sondern eine Versicherung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nach zwischen- oder überstaatlichem Recht abgeleitet wird, ist grundsätzlich sachgerecht.

Diese Regelung soll eine Gleichstellung von Mitgliedern mit mitversicherten Familienangehörigen mit Wohnsitz im Inland mit solchen im Ausland schaffen. Die Schlussfolgerung, dass der Beitragszuschlag auch für mitversicherte Elternteile zu erheben ist, ist daher nur folgerichtig und sachgerecht.

Nicht eindeutig geregelt ist allerdings, ob dieser Beitragszuschlag je familienversicherten Elternteil und Ehegatten/Lebenspartner zu erheben ist, denn nur dann würde die erwünschte Gerechtigkeit eintreten. D. h. bei einer mitversicherten Mutter, einem mitversicherten Vater und einer mitversicherten Ehefrau (insgesamt 3 mitversicherte erwachsene Familienangehörige) müsste der Beitragszuschlag auch dreimal erhoben werden ($3 \times 2,5 \% = 7,5 \%$). Diese Regelung ist nachzubessern, da im

Absatz 3 auf die Absätze 1 und 2 verwiesen wird, in denen nur der Ehegatte/Lebenspartner erwähnt ist. Da in Deutschland max. ein Ehegatte/Lebenspartner erlaubt ist, ist in diesen beiden Absätzen auch keine explizite Nennung einer Anzahl erforderlich.

Zu Absatz 4

Dass der Zuschlag auf Renten und Versorgungsbezüge nicht bis einschließlich 30.06.2028 anfällt, hat vermutlich umsetzungstechnische Gründe, die bei der Deutschen Rentenversicherung und den Zahlstellen liegen. Dies ist zwar nicht sachgerecht, aber nachvollziehbar.

Insgesamt sind die entstehenden neuen Verwaltungsaufwände der Beteiligten im Erfüllungsaufwand gar nicht oder nur sehr unzureichend berücksichtigt. Betrachtet man die mit dem Beitragszuschlag einhergehenden Kosten und den Bürokratie-/Verwaltungsaufwand jedoch vollumfänglich und über alle am Verfahren Beteiligten hinweg, schmälern letztendlich alle diese nicht berücksichtigten einmaligen und laufenden Aufwände/Kosten den prognostizierten Einnahmenezuwachs von jährlich 1,5 Mrd. Euro erheblich.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung

Alternativ ist der Absatz 2 Satz 5 wie folgt zu ändern:

(2) ... Im Übrigen gelten die §§ 252 bis 254 und § 256 mit der Maßgabe, dass bei einem unterbliebenen Einbehalt des Beitragszuschlags aus laufenden Einnahmen der rückständige Betrag gleichmäßig über einen Zeitraum von zwölf Monaten verteilt einzubehalten und **ein verbleibender rückständiger Betrag spätestens zum Ende der Mitgliedschaft/Kundenbeziehung des Mitglieds zum beitragsabführenden Dritten mit dem letzten Abrechnungszeitraum vollständig einzubehalten und auszugleichen ist.**

Alternativ ist der Absatz 3 wie folgt zu ergänzen:

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Mitglieder, von denen die Versicherung eines Ehegatten, eines Lebenspartners oder von Elternteilen nach zwischen oder überstaatlichem Recht abgeleitet wird. **Der Beitragszuschlag nach Absatz 1 ist für jede abgeleitete Versicherung eines Ehegatten, eines Lebenspartners oder eines Elternteils zu erheben.**

Nr. 64 § 249b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Arbeitgebende tragen ab dem 01.01.2027 für geringfügig entlohnt Beschäftigte zur Krankenversicherung einen Beitrag unter Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V.

B Stellungnahme

Der Vorschlag ist sachgerecht, belastet allerdings ausschließlich die Seite der Arbeitgebenden. Die Mehreinnahmen aus der Neuregelung im Gesetzentwurf erscheinen realistisch.

Fraglich ist, ob das Arbeitsmodell „Minijob“ noch in die zukünftige Arbeitswelt passt. Ggf. sollte im Rahmen eines folgenden Gesetzgebungsverfahrens bewertet werden, ob hier eine Neuordnung der versicherungs- und beitragsrechtlichen Bewertung erfolgen sollte.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 65 § 271 Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Fördersumme des Innovationsfonds wird mit der Anpassung des § 92a Absatz 4 ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert, abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse. Die bisherige hälftige Finanzierung über die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen fällt weg. Folglich wird auch der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse nicht mehr hälftig abgezogen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung, die sich aus den Anpassungen an § 92a Absatz 4 ergibt. Auf unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 37 wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 66 § 275c Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

Um die Anreizstruktur für regelkonforme Rechnungen zu stärken, werden die Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquote und zugleich die Prüfquoten selbst angehoben. In der Folge kann ein Krankenhaus erst bei einem höheren Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eine niedrigere Prüfquote erreichen.

B Stellungnahme

Die mit der beabsichtigten Neuregelung verbundene Stärkung der Anreizstruktur für regelkonforme Rechnungslegung wird grundsätzlich begrüßt.

Die Finanzkommission hatte jedoch den gänzlichen Entfall der Quotierung empfohlen. Damit würden auch die bürokratischen Aufwände entfallen, die mit der quartalsweisen Erhebung, Auswertung und Veröffentlichung, die insbesondere die Krankenkassen und den GKV-SV belasten. Diese Aufwände bleiben nun weiterhin bestehen.

Zudem kann nur durch eine generelle Streichung der Prüfquoten eine Benachteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber der Privaten Krankenversicherung behoben werden.

Des Weiteren muss noch der Vorschlag der Finanzkommission zur Retaxierbarkeit des Vorhalteanteils ohne anschließende Ausgleichsmöglichkeit (Vorschlag 35 FKG) ab dem Jahr 2028 umgesetzt werden, da ansonsten die Anreizwirkung zu korrekter Abrechnung für Kliniken ab diesem Zeitpunkt geschwächt wird. Anders ausgedrückt, bedeutet dies, dass Krankenhäuser sich Vorhaltevergütungsanteile auch auf dem Wege fehlerhaft zu hoher Abrechnungen sichern könnten (siehe auch Abschnitt III. Zusätzlicher Änderungsbedarf).

Die Sanktionierung von Falschabrechnung ist erst seit 2022 gesetzlich verankert. Die Auswertungen der Jahre 2022 bis 2024 (Jahresstatistik des GKV-SV) haben jedoch gezeigt, dass die Sanktionswirkung des Aufschlags nach § 275c Absatz 3 nahezu durch die Zahlungen der Aufwandspauschalen in Höhe von 300 Euro nach § 275c Absatz 1 Satz 2 aufgehoben wird. Die Aufwandspauschale ist deswegen zu streichen oder zumindest erheblich zu reduzieren.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf verwiesen, dass die Rückzahlung des nachweislich zu hoch abgerechneten Rechnungsanteils keineswegs eine Sanktion darstellt, sondern lediglich die Herstellung einer regelkonformen Abrechnung.

Abschließend sollte im Zuge der grundsätzlich befürworteten Stärkung der Anreizstruktur für korrektes Abrechnungsverhalten die Regelung zum Aufrechnungsverbot gemäß § 109 Absatz 6 angepasst werden. In ihrer jetzigen Form hat sie dazu geführt, dass Krankenhäuser einen Großteil der vom Medizinischen Dienst zu ihren Ungunsten geprüften Fälle formal in das bürokratische und Personalressourcen bindende Erörterungsverfahren gemäß § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG überführen, ohne

die Erörterung in der Sache zu betreiben. Die Aufhebung des Aufrechnungsverbots – ausschließlich für die vom Medizinischen Dienst geprüften Fälle – würde an dieser Stelle die Qualität der Durchführung des Erörterungsverfahrens und dessen Ergebnis erheblich steigern. Alternativ kann auch eine hälftige Aufrechnungserlaubnis installiert werden, was wiederum die Sozialgerichte entlasten würde, da Abrechnungstreitigkeiten häufig vergleichsweise beigelegt würden. Das Ergebnis dieser gerichtlichen Beilegung würde mit der hälftigen Aufrechnung somit in vielen Fällen vorweggenommen (siehe auch Abschnitt III. Zusätzlicher Änderungsbedarf).

C **Änderungsvorschlag**

Streichung der beabsichtigten Neuregelung, stattdessen Umsetzung der Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit zum Entfall eines quotierten Prüfregimes.

Hilfsweise Streichung des Absatz 1 Satz 2 (Aufwandspauschale), alternativ wird der Betrag in Höhe von 300 Euro durch 100 Euro ersetzt.

Absatz 6 Nummer 3 (Ausschluss des Vorhaltevergütungsanteils von der einzelfallbezogenen Prüfung):

Der Punkt nach „Krankenhausentgeltgesetzes“ wird durch ein Semikolon ersetzt. Dahinter wird folgender Halbsatz angefügt:

„Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen sind bei den Vorhaltebewertungsrelationen umzusetzen.“

Der Änderungsvorschlag zur Aufhebung des Aufrechnungsverbots ist im Abschnitt III. Zusätzlicher Änderungsbedarf formuliert.

Nr. 68 § 295 Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Die Neuregelung sieht vor, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet werden, auch die Daten zu Zeiten einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c (neu) im Rahmen der elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten aufzuzeichnen und an die Krankenkassen zu übertragen.

b) Redaktionelle Änderung mit dem Verweis auf § 27b SGB V

B Stellungnahme

zu a) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung zur Teilarbeitsunfähigkeit.

Mit dieser Neuregelung ist auch eine Anpassung/ Umstellung der derzeitigen digitalen Verfahren zur Übermittlung der AU-Daten vom Arzt an die Krankenkasse und auch im Abrufverfahren zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber erforderlich.

Da zunächst im G-BA darüber zu entscheiden ist, in welchem Umfang die AU-Daten bei einer Teilarbeitsunfähigkeit vom Arzt an die Krankenkassen übermittelt werden und danach erst das digitale eAU-Verfahren zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber entsprechend erweitert werden kann, wird eine vorgesehene Umsetzung in der Praxis zum 01.01.2027 als nicht realistisch angesehen.

zu b) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus § 27b SGB V.

C Änderungsvorschlag

a)
Artikel 8 (Inkrafttreten) wird wie folgt angepasst:

Artikel 8 ist dahingehend anzupassen, dass Artikel 1 Nr. 68 analog Artikel 1 Nr. 17 am 1. Januar 2028 in Kraft tritt.

b)
Kein Änderungsbedarf.

Nr. 69 § 346 Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung und die für Unterstützungsleistung vorgesehene Vergütung im Zusammenhang mit elektronischen Patientenakte wird für Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeuten sowie Apotheken gestrichen.

Die FKG hatte als Maßnahme Nr. 14 die Rücknahme der Vergütung vorgeschlagen, nicht jedoch die Verpflichtung der Leistungserbringer. Begründet wird dies mit umfassenden Effizienzsteigerungen durch die ePA. Änderungsbedarf: Ergänzend sollte in Abs. 1 Satz 1 die Verpflichtung zur Unterstützung auch bei der Erstbefüllung für GKV-Neuzugänge ergänzt werden. In Absatz 1 Satz 1 werden nach „§§ 347 bis 349 bei der“ die Wörter „erstmaligen Befüllung und bei der“ ergänzt. Neben der Streichung der Absätze 3 und 5 ist auch eine Streichung der Vergütungsregelung bei den Apotheken vorzunehmen (Abs. 4). Gerade für die noch nicht zu Ende verhandelten Unterstützungsleistungen der Versicherten bei der Verarbeitung arzneimittelbezogener Daten in der elektronischen Patientenakte durch Apotheken ist die Forderung der Apotheken nach einer zusätzlichen Vergütung nach Abs. 4 angesichts der knappen Finanzreserven der GKV nicht vertretbar. Zudem sollte aufgrund der hohen Verbreitung der ePA der zur Arzneimittelabgabe notwendige Dokumentationsaufwand in der ePA (§ 346 Abs 2.) beim Packungsfixum als verpflichtende Leistung inkludiert, eingepreist und damit abgegolten sein. Der Absatz 4 ist danach ebenso zu streichen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

Die FKG hatte als Maßnahme Nr. 14 die Rücknahme der Vergütung vorgeschlagen, nicht jedoch die Verpflichtung der Leistungserbringer. Begründet wird dies mit umfassenden Effizienzsteigerungen durch die ePA. Allerdings sollte ergänzend in Abs. 1 Satz 1 die Verpflichtung zur Unterstützung auch bei der Erstbefüllung für GKV-Neuzugänge festgehalten werden.

Aufgrund der angedachten Änderung ist darüber hinaus folgerichtig und angezeigt § 129 Abs. 5h Satz 2 Nr. 4 SGB V ersatzlos zu streichen.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 werden nach „§§ 347 bis 349 bei der“ die Wörter „erstmaligen Befüllung und bei der“ ergänzt.

§ 129 Abs. 5h Satz 2 Nr. 4 SGB V wird gestrichen.

Nr. 70 § 411 Vergütungsregelungen für Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neu als Übergangsregelung eingefügte § 411 SGB V sieht vor, dass Vergütungserhöhungen für außertariflich bezahlte Führungskräfte auf der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei

- den Krankenkassen und ihren Landesverbänden
- dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
- den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie
- den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

bei zukünftigen und mit Wirkung für am 30. März 2026 (Tag der Veröffentlichung der Vorschläge der Finanzkommission) bestehenden Dienstverträgen nur alle sechs Jahre zulässig sein sollen, soweit bestehenden Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist.

Die nach Ablauf von sechs Jahren mögliche Erhöhung der Grundvergütung ist auf einen Zuschlag auf die zuletzt vereinbarte Grundvergütung nach Maßgabe der durchschnittliche Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V des laufenden Kalenderjahres begrenzt.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

Die Regelung ist ohne erkennbaren Bezug auf den Bericht der Finanzkommission Gesundheit und ohne Begründung, wie dadurch beitragsrelevante Einsparung erreicht werden sollen, aufgenommen. Es werden nicht einmal konkrete Erkenntnisse dargelegt, die die Notwendigkeit einer gesetzgeberischen Maßnahme erkennen lassen. Ebenso wenig lässt der Entwurf erkennen, dass eine nähere Befassung mit den wirtschaftlichen Dimensionen und konkreten Einsparpotentialen stattgefunden hat, so dass von einer Eignung der Neuregelung im Sinne von beitragsrelevanten Einsparungen nicht ausgegangen werden kann. Vergleichbare Regelungen in anderen Bereichen der öffentlichen Haushaltsbereichen (z. B. Bundshaushalt) existieren nicht, so dass Erforderlichkeit und Eignung auch nicht aus entsprechenden Erfahrungssätzen abgeleitet werden können. Angesichts der nachfolgend beschriebenen Folgewirkungen führt dies bereits zu einer Unverhältnismäßigkeit des mit der Regelung verbundenen Eingriffs.

Durch die Regelung wird

1) die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenkassen im Wettbewerb um Führungskräfte massiv beeinträchtigt. Führungskräfte können am Markt deutlich bessere Bedingungen erzielen. Daraus folgen:

- > eine Abwanderung von Leistungsträgern sowie
- > erhebliche Probleme bei der Rekrutierung qualifizierten Personals.

2) eine flexibel an den gesetzlichen Aufgaben orientierte Unternehmensausrichtung erschwert. Denn:

- > Der Ausschluss einer Vergütungserhöhung gilt selbst bei einer Aufgabenerweiterung aufgrund von Marktveränderungen oder der Änderung der Unternehmenssituation/-organisation.

3) keine Entlastung der GKV-Finzen erzielt:

- > Bei aktuell geschätzt 220 von 60.000 Mitarbeitenden der AOKs (also 0,36 % der Mitarbeitenden) würde das Vergütungserhöhungsverbot bezogen auf diesen Bestand ein Einsparvolumen von unter 1 Mio. Euro p.a. bewirken.

4) es in der Praxis sogar gegenteilig zu höheren Vergütungen kommen. Denn:

-> Bei zukünftigen Vertragsabschlüssen wird das Vergütungserhöhungsverbot zu erheblich höheren Vergütungsvereinbarungen führen, um das Inflationsrisiko abzufedern.

Darüber hinaus ist das Vergütungserhöhungsverbot über die Dauer von sechs Jahren und der anschließenden Erhöhungsmöglichkeit gemäß der durchschnittlichen Veränderungsrate (§ 71 Absatz 3 SGB V) des laufenden Kalenderjahres sachfremd und erscheint willkürlich. Warum nur jede siebte jährliche Veränderungsrate heranzuziehen sein soll und die jährlichen Veränderungsrate in der Zwischenzeit nicht berücksichtigt werden sollen, ist logisch nicht nachvollziehbar. Dies beeinträchtigt eine willkürlich ausgewählte Personengruppe zudem einseitig, und unzumutbar hinsichtlich der von ihnen nicht beeinflussbaren Vergütungsrisiken, wie z. B. Inflation. Sofern zwischenzeitliche Anpassungen – ähnlich den Tarifsteigerungen – nur im Umfang des Inflationsausgleichs erfolgen, haben diese nicht einmal die Wirkung einer echten Erhöhung, da sie dem Erhalt des Reallohns dienen. Die nun vorgesehene sechsjährige Sperrfrist sowie die enge Begrenzung der Anpassung haben faktisch die Wirkung eines Reallohnverlusts. Die Regelung stellt außerdem einen ungerechtfertigten Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen dar. Zum Kernbereich der Selbstverwaltung gehört die interne Organisation der Verwaltung einschließlich der personalwirtschaftlichen Kompetenzen.

Die Regelung ist zudem offenkundig verfassungswidrig:

- > Sie greift in die Berufsausübungsfreiheit der von ihr betroffenen Personen ein, da sie mit der Beeinflussung der arbeitsvertraglichen Vergütungsregelungen objektiv eine berufsregelnde Tendenz aufweist.
- > Sie behandelt die direkt unterhalb des Vorstandes tätigen AT-Führungskräfte und die entsprechenden Führungskräfte, welche tariflich eingruppiert sind oder der Dienstordnung unterfallen, willkürlich ungleich. Auch behandelt sie Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene und Führungskräfte, die sich organisatorisch mehrere Stufen unterhalb der Vorstandsebene befinden, willkürlich ungleich. Zwangsläufig führt das in eine Situation, in der den betroffenen Körperschaften ein Personalmanagement entlang der geltenden arbeitsrechtlichen Grundsätze (z. B. das Prinzip der gleichen Bezahlung für gleiche oder gleichwertige Arbeit – Equal Pay) ggf. erheblich erschwert wird und es voraussichtlich zu arbeitsrechtlichen Auseinandersetzungen kommen wird. In welchem Verhältnis die dadurch entstehenden negativen Folgewirkungen bzw. -kosten zu den vom Gesetzgeber erwarteten Einsparungen stehen, lässt weder die Neuregelung noch die zugehörige Begründung erkennen.

- > Sie verletzt die durch die allgemeine Handlungsfreiheit geschützte Privatautonomie, indem sie einseitig und mit belastender Wirkung (Reallohnverlust) für Beschäftigte in die Ausgestaltung einer arbeitsrechtlichen Hauptleistungspflicht (Vergütung) bei bestehenden Arbeitsverträgen eingreift.
- > Die mit der Regelung verbundenen Grundrechtseingriffe sind ungerechtfertigt. Nach der Begründung des Gesetzentwurfs verfolgt die Regelung den Zweck, einen weiteren Anstieg der Vergütungen in den Spitzenpositionen zu verhindern, was zu einer dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen soll. Die Regelung ist bereits nicht geeignet, einen ernstzunehmenden Beitrag zu einer dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV zu leisten, da die mit ihr erzielten Finanzwirkungen für den Bereich der GKV allenfalls verschwindend gering sind und zu erheblichen arbeitsrechtlichen Friktionen, verbunden mit Folgewirkungen und -kosten, führen wird (s. o.). Sie ist jedenfalls zur Erreichung des vorgesehenen Zwecks nicht erforderlich. Angesichts des gravierenden Eingriffs durch die Vergütungsregelung ist sie für den betroffenen Personenkreis zudem unzumutbar und damit auch unverhältnismäßig im verfassungsrechtlichen Sinne.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Nr. 71 § 429 Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag (neu) und § 430 Evaluierung

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Streichung des Kombinationsabschlags wird eine Übergangsregelung für bisher abrechnungsfähige Arzneimittelkombinationen eingeführt.

B Stellungnahme

Die Streichung des Kombinationsabschlags wird abgelehnt, denn dies führt zu erheblichen Mehrausgaben für die GKV für Patentarzneimittel. Mit der Streichung wird das Problem von erheblichen Mehrausgaben aufgrund des kombinierten Einsatzes teurer Patentarzneimittel, denen ein unzureichend adäquater Mehrnutzen gegenübersteht, nicht mehr adressiert. Bereits jetzt führt der Kombinationsabschlag zu Erlösen in Höhe von etwa 130 Mio. Euro pro Jahr, die perspektivisch weiter steigen. Daher spricht sich der AOK-Bundesverband für eine Beibehaltung des bestehenden § 130e SGB V aus.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung und Beibehaltung des bestehenden § 130e SGB V.

Artikel 2 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 20 Aufbringung der Mittel, Übergangsbereich

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahme im Übergangsbereich wird für den Faktor F nicht mehr ein fester Wert in Höhe von 28 %, sondern die Summe aus allgemeinem Beitragssatz nach § 241 SGB V, durchschnittlichem Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V und 15 % Pauschalbeitragssatz zur Rentenversicherung berücksichtigt.

B Stellungnahme

Der Vorschlag ist sachgerecht und eine Folge der Neuregelung in Artikel 1 Nr. 64 (§ 249b SGB V).

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 35a Vorstand bei Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung von § 35a Abs. 6a Sätze 4 bis 9 sehen über die bisherige Vergütungsregulatorik hinaus weitergehende Regelungen für die Vereinbarung von Vorstandsvergütungen der Krankenkassen vor. Insbesondere werden Vergütungsanpassungen während einer Amtsperiode ausgeschlossen (Satz 5). Eine Erhöhung der Vergütung zu Beginn der Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes soll ausschließlich durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung möglich sein, wobei die Erhöhung auf die Grundlohnrate, die für das Kalenderjahr gilt, in dem der Vertrag neu abgeschlossen wird, beschränkt wird (Satz 6). Zudem soll der Aufsichtsbehörde zu Beginn einer neuen Amtszeit die Möglichkeit eingeräumt werden, eine niedrigere Vergütung anzuordnen (Satz 9). Nach Satz 7 sollen die Neuregelungen auch für bereits am 30. März 2026 bestehende Vorstandsdienstverträge gelten, es sei denn die Verträge sehen einen Anspruch auf eine konkrete Erhöhung vor.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

Die beabsichtigte Regelung ist weder erforderlich noch geeignet, um im Sinne der Beitragsstabilität eine beitragsrelevante Einsparung zu erzielen. Im Gegenteil: Die Regelung und ihre Begründung widersprechen den Feststellungen der Finanzkommission Gesundheit:

„Die Vorstandsvergütungen werden jährlich im Bundesanzeiger veröffentlicht und betragen im Jahr 2024 GKV-weit insgesamt rund 17 Mio. Euro. Dies entspricht einem Anteil von 0,14 % an den Nettoverwaltungsausgaben und von 0,005 % an den Gesamtausgaben. Demnach kann über eine Reduktion der Vorstandssitze oder eine Begrenzung von deren Vergütungen keine beitragsrelevante Einsparung erreicht werden.“ (Finanzkommission Gesundheit | Erster Bericht | 30.03.2026)

Im Übrigen wird zum Verbot der Vergütungserhöhung auf die Ausführungen zu Nr. 71 § 411 SGB V (neu) verwiesen, die hier entsprechend gelten.

Die vorgesehene auf Verlangen vorzulegende unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge greift in die Kompetenzverteilung zwischen Krankenkassen und den zuständigen Aufsichtsbehörden ein. Es ist eine Kernaufgabe der Rechtsaufsicht, eigenständig die rechtliche Bewertung dessen vorzunehmen, was die Selbstverwaltung mit Vorstandsmitgliedern verhandelt.

C Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nummer 2 wird gestrichen.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1 § 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuschläge für die Erstbefüllung der ePA sollen ab 2027 entfallen. Die entsprechenden Regelungen zu Zuschlägen für die Erstbefüllung der ePA im Krankenhausbereich sind daher zu streichen.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Streichung der Zuschläge wird begrüßt. Die Neuregelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b (Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme auf den neugeregelten Veränderungswert).

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 3 § 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a

Die Regelungen des Absatz 2 zum Pflegebudget sind letztmalig für den Vereinbarungszeitraum 2026 anzuwenden.

Zu Buchstabe b

Das Pflegebudget in seiner bisherigen Form wird ab dem Vereinbarungszeitraum 2027 in ein Pflegebudget überführt, das durch die Kopplung an die Entwicklung der Grundlohnsumme in seiner Refinanzierung durch die Krankenkassen gedeckelt wird. Steigerungen darüber hinaus dürfen von den Kassen nur refinanziert werden, wenn aufgrund rechtlicher oder sonstiger Vorschriften der zusätzliche Aufbau von Pflegefachpersonal notwendig ist. Aufsatzpunkt für das Pflegebudget 2027 ist das Pflegebudget 2026. In den folgenden Jahren ist dementsprechend jeweils das vorjährige Pflegebudget Basis für das folgende Pflegebudget.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a

In den Verhandlungen auf Ortsebene ist aktuell strittig, ob sich die im Zuge des KHAG erfolgte Klarstellung zu Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen (insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten), auch für den Vereinbarungszeitraum 2025 anzuwenden ist. Es ist deswegen eine präzisierende Klarstellung vorzunehmen, die den Vereinbarungszeitraum 2025 ausdrücklich miteinbezieht.

Zu Buchstabe b

Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt. Die FinanzKommission Gesundheit hat in seinem ersten Bericht die vollständige Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in die DRG-Fallpauschalen empfohlen (Reformempfehlung Nr. 27); dieser Vorschlag sollte stattdessen umgesetzt werden.

Das neu geregelte Pflegebudget konserviert die Fehlanreize des bestehenden Pflegebudgets, lediglich die Refinanzierung durch die Krankenkassen erfährt eine Deckelung im Sinne der angestrebten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik.

Mit der Fortführung eines gedeckelten Pflegebudgets ist es Krankenhäusern weiterhin möglich, ohne konkreten Bedarfsbezug Pflegefachpersonal am Krankenhaus zu halten. Dies ist auch im Falle absehbarer und nicht nur vorübergehender Leistungsmengenreduzierungen (z. B. bei Verlust einer Leistungsgruppe) der Fall.

Da das neu geregelte Budget auf dem Pflegebudget 2026 aufsetzt, setzt es zusätzlich den ökonomischen Fehlanreiz zum nicht bedarfsgerechten Aufbau von Pflegefachpersonal noch in 2026. Neben den daraus resultierenden Kostensteigerungen - die jetzt beobachteten Forderungen der Krankenhäuser für das Jahr 2026 liegen im

Bereich von etwa 12 % - führt diese Regelung zu einer zusätzlichen Belastung der schon jetzt schwierigen und sich im Verzug befindenden Budgetverhandlungen.

Im Fall von absehbaren, nicht nur vorübergehenden Leistungsmengenminderungen fehlt es zudem an einer Regelung, diese auch im Pflegebudget abzubilden; der umgekehrte Fall ist hingegen geregelt. Die Voraussetzungen zum Aufbau von Pflegepersonal über die gesetzlich geregelte Steigerungsrate hinaus sind jedoch so allgemein formuliert, dass Streitigkeiten über deren Nachvollziehbarkeit auf der Ortsebene vorprogrammiert sind.

Die angestrebte Fortführung des Pflegebudgets unter leicht geänderten Bedingungen adressiert zudem nicht den wirtschaftlich gebotenen Einsatz dieser wertvollen Ressource, da dessen Refinanzierung von betriebswirtschaftlichen Anreizen (z. B. Steigerung von Produktivität und Effizienz) weiterhin entkoppelt bleibt.

Um die Fehlanreize, die mit der Selbstkostenfinanzierung einhergehen, zu eliminieren, ist es mit Blick auf die Ausgabenentwicklung in diesem Bereich und zu der Schaffung von Anreizen zu einem bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Personaleinsatz geboten, die Kosten für das Pflegefachpersonal wieder in die Fallpauschalen zu integrieren. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der ab 2028 einsetzenden leistungsgruppenbezogenen Vorhaltefinanzierung relevant. Die Fehlentwicklungen vor Einführung des Pflegebudgets müssen dabei vermieden werden. Dies ist über bestehende und neue Vorgaben zur bedarfsgerechten Vorhaltung von Pflegefachpersonal zu regeln (z. B. Pflegepersonaluntergrenzen, leistungsgruppenbezogene Vorgaben).

Um den Fehlanreizen eines rein wirtschaftlich motivierten Aufblähens des Pflegebudgets 2026 entgegenzuwirken, sollte stattdessen das Pflegebudget 2025 (Ist-Kosten), korrigiert um die Steigerungsrate der Grundlohnsumme für 2026, als Basis herangezogen werden. Für die Kalkulation der Ausgangsgrundlage für 2027 könnte vom Gesetzgeber ein sachgerechter Steigerungswert in § 6a hinterlegt werden, der den personellen Aufwuchs sowie die Einkommenssteigerungen adäquat und bedarfsorientiert abbildet.

Letztlich fordert die AOK-Gemeinschaft der Reformempfehlung der Finanzkommission zum Pflegebudget zu folgen, da diese sowohl die dringend notwendigen Kostendämpfungseffekte verspricht und gleichzeitig einen stärkeren Bedarfsbezug als die hier vorliegende Neureglung vorweist.

C Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a

Die Worte „das Jahr“ werden gestrichen und durch die Worte „**die Jahre 2025 und**“ ersetzt.

Zu Buchstabe b

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Hilfsweise sind folgende Änderungen vorzunehmen:

- Klarstellung zur Nichtberücksichtigung von Ausgleichen für vorangegangene Vereinbarungszeiträume für die Ermittlung des Pflegebudgets
- Pflegebudget 2025 als Ausgangsgrundlage für 2027, erhöht um einen sach- und bedarfsgerechten Erhöhungswert
- Klarstellung im Sinne einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“, dass Tarifsteigerungen der Pflegefachkräfte lediglich im Umfang der Steigerung der Grundlohnsumme refinanziert werden
- Formulierung einer Regelung, die auch eine Reduzierung des Pflegebudgets für den Fall des vorhersehbaren Absinkens der Leistungsmenge, z. B. wegen des Entzugs einer Leistungsgruppe, zwingend bewirken.

Nr. 4 § 6c Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik werden auf die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen übertragen.

Im Buchstaben a) wird der Anstieg der Pflegepersonalkosten auf den Veränderungswert begrenzt. Basis ist die erstmalige Vereinbarung nach Umwandlung in ein süV. Eine Überschreitung ist vorgesehen, wenn dies zur Einhaltung von gesetzlicher oder anderer Personalvorgaben, hierzu zählen auch G-BA Richtlinien, erforderlich ist. Es wird eine Rückzahlungsverpflichtung bei Unterschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten eingeführt. Überschreiten die Ist-Kosten die Vereinbarung erfolgt kein Ausgleich. Die für das Pflegebudget (vgl. § 6a 2a KHEntgG (neu)) geltenden Regelungen werden vollständig auf süV übertragen.

Buchstabe b) begrenzt die Steigerung des Gesamtvolumens nach der erstmaligen Vereinbarung auf den Veränderungswert. Eine Überschreitung ist nur möglich, wenn sich Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen ändern.

B Stellungnahme

Insgesamt werden die Regelungen begrüßt. Kritisch ist für den Bereich der Pflegekosten der Aufsatzzpunkt. Ziel der süV wird es sein, einen möglichst hohen Ausgangswert zu vereinbaren. Es fehlt eine Regelung, die eine Absenkung vorsieht, sollte im Ist weniger Kosten entstanden sein als vereinbart. Des Weiteren ist die Menge nicht wirksam begrenzt. Der Bezug auf die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben ist zu weit gefasst.

Bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens muss in Bezug auf die Möglichkeit, Art und Menge der Mehrleistungen ober des begrenzten Gesamtvolumens zu vereinbaren eine Klarstellung geben, dass diese nur mit den variablen Kosten zu berücksichtigen sind.

Im Referentenentwurf war eine Berücksichtigung der Tariferhöhungsrate nicht vorgesehen. Im Gesetzesentwurf ist die Streichung der Regelung nicht mehr berücksichtigt. Es sollte, analog zum Pflegebudget, eine Klarstellung im Sinne einer „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ geben, dass Tarifsteigerungen der Pflegefachkräfte lediglich im Umfang der Steigerung der Grundlohnsumme refinanziert werden.

C Änderungsvorschlag

Pflegekosten müssen bereits im ersten Jahr begrenzt werden, damit keine unrealistisch hohen Personalkosten eingerechnet werden.

Bei der Berechnung des Gesamtvolumens dürfen zusätzliche Leistungen nur mit dem variablen Kostenanteil eingerechnet werden.

Nr. 5 § 8 Berechnung der Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen werden auch Vorgaben für die Berechnung der Entgelte ergänzt. Mit der Regelung des neuen Absatz 5a wird in Satz 1 vorgegeben, dass die Kurzzeitfallpauschalen nicht abrechenbar sind, wenn die Leistung im Katalog für ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen (AOP-Katalog) aufgeführt ist.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die Ablehnung der Kurzzeitfallpauschalen bleibt unabhängig davon bestehen (siehe dazu die Kommentierung unter Artikel 4 Nr. 2 zu den Kurzzeitfallpauschalen).

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 6 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, bis zum 30. Juni 2027 ihre bestehenden Abrechnungsbestimmungen in Gestalt der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung), die auch Regelungen zur Fallzusammenlegung vorsieht, kritisch zu überprüfen, inwieweit eine Erweiterung der bestehenden Regelungen möglich ist.

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb

Die Regelung sieht vor, dass die Vertragsparteien auch zukünftig eine Erhöhungsrate für Tarifierhöhungen und ein anteilige Erhöhungsraten vereinbaren. In Folge der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip wird zukünftig das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in die anteilige Tarifrefinanzierung einbezogen.

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd

Im Zusammenhang mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen haben nach § 9 Absatz 1 Nummer 11 die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Ortsebene nähere Einzelheiten für die Kurzzeitfallpauschalen zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist bis zum 30. September 2027 zu treffen, da die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen zum Jahr 2028 erfolgen soll und die örtlichen Vertragsparteien genügend Vorlauf haben sollen, sich mit den näheren Einzelheiten vertraut zu machen.

zu Buchstabe b

Die Vorgaben für die Vereinbarung des Veränderungswerts, der die Obergrenze für den Anstieg insbesondere der Landesbasisfallwerte darstellt, werden geändert (Streichung der sog. Meistbegünstigungsklausel). Ist der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert höher als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V zu vereinbaren (Satz 2). Ist der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert geringer als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V, haben die Vertragsparteien den Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts zu vereinbaren (Satz 3).

B Stellungnahme

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa

Eine Erweiterung der Regeln zur Fallzusammenführung wird grundsätzlich begrüßt, die beabsichtigte Neuregelung zur Umsetzung auf dem Vereinbarungswege wird jedoch abgelehnt.

Die Reformempfehlung Nr. 30 der Finanzkommission Gesundheit wird nur unvollständig aufgegriffen. Insbesondere das Aushandeln neuer Regelungen zwischen den

Vertragsparteien auf Bundesebene ist nicht zielführend, da davon auszugehen ist, dass die DKG keinerlei Veränderungen zustimmen wird, die mit Mindererlösen verbunden sind. Insofern ist in der Folge davon auszugehen, dass das damit verbundene Einsparziel nicht erreicht wird.

Alternativ sollte erwogen werden, die erweiterten Regeln zur Fallzusammenführung im Falle der Nichteinigung vom Bundesministerium für Gesundheit im Zuge einer Ersatzvornahme festlegen zu lassen. Gegebenenfalls ließe sich die Umsetzung der Regelungen zur Fallzusammenführung und somit auch die gewünschte Finanzwirkung von 2028 auf 2027 vorziehen, wenn das Bundesministerium für Gesundheit einfache Regelungen gesetzlich vorgeben würde. Beispielsweise könnte der Bezug zur oberen Grenzverweildauer bei Fallzusammenführungen gemäß § 2 Absatz 1 Fallpauschalenvereinbarung 2026 gelöst und durch einen nach Tagen bemessenen Wiederaufnahmezeitraum analog § 2 Absatz 2 Fallpauschalenvereinbarung (30 Tage) ersetzt werden.

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb

Vgl. hierzu die Stellungnahme zu § 10 Buchstabe d.

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd

Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt.

Es ist angesichts der weit auseinanderliegenden Interessen nicht erwartbar, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene auf dem Vereinbarungswege eine bedarfsgerechte und wirtschaftlich sinnvolle Fallzahlbegrenzung festlegen werden können. Die Festlegung im Zuge der Schiedsstelle erscheint auch nicht sachgerecht. Hilfsweise ist eine Festlegung der Höchstfallzahlen auf dem Verordnungswege oder eine Festlegung des Vereinbarungsinhalts im Zuge einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit zu regeln.

zu Buchstabe b

Die vorgesehene Abschaffung der Meistbegünstigungsklausel wird ausdrücklich begrüßt. Die Klausel hat in den vergangenen Jahren sowohl im somatischen Bereich als auch in der Psychiatrie zu nicht sachgerechten Steigerungen der Landesbasisfallwerte geführt und damit die Ausgabendynamik der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erheblich verstärkt. Vor dem Hintergrund der im BStabG-Kabinettsbeschluss verankerten Ziele – Beitragsstabilität, Ausgabenbegrenzung und Vermeidung struktureller Überfinanzierung – ist die Streichung der Meistbegünstigungsklausel ein notwendiger Schritt. Fachlich konsequent wäre in diesem Zusammenhang auch eine vollständige Streichung der Tarifratenrefinanzierung, da diese ebenfalls zu strukturellen Überfinanzierungen beiträgt.

C Änderungsvorschlag

Streichung.

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb

Streichung der Nr. 7

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd

Streichung. Hilfsweise ist eine Festlegung auf dem Ordnungswege bzw. auf dem Wege einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit zu regeln.

zu Buchstabe b

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 7 § 10 Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Buchstabe d

Die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird ab dem Jahr 2026 auf eine anteilige Finanzierung reduziert (Sätze 1 und 2). Da diese anteilige Tarifrefinanzierung der Höhe nach auch für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gilt, ist die bisherige Differenzierung des Pflegepersonals in Satz 3 Nummer 1 nicht mehr erforderlich. Die Sätze 4 bis 8 entsprechen dem bislang geltenden Recht. Der bisherige Satz 5 betraf eine in der Vergangenheit erledigte Verpflichtung der Vertragsparteien und wurde daher im Sinne einer Rechtsbereinigung gestrichen.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Vorgabe, dass das Statistische Bundesamt den Orientierungswert ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ermittelt, wird gestrichen (Satz 1). Auch der Anstieg des Pflegebudgets wird zukünftig durch den Veränderungswert begrenzt. Daher ist es sachgerecht, dass der Orientierungswert, der der Vereinbarung des Veränderungswerts zu Grunde liegt, sofern der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, zukünftig auch die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren

Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen umfasst. Die Änderungen in den Sätzen 2, 3 und 4 gegenüber dem bisher geltenden Recht dienen der Klarstellung und der Bestätigung der bisherigen Praxis, dass diese Vorschriften für die Weiterentwicklung des Orientierungswertes gelten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Inhalte der bisherigen Sätze 6 und 7 finden sich in geänderter Fassung in § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3.

B Stellungnahme

zu Buchstabe a

Die Regelung wird begrüßt.

zu Buchstabe b

Folgeänderung

zu Buchstabe c

Die Regelungen zu aa) und bb) sind sachgerecht und werden begrüßt.

zu Buchstabe d

Die Regelung ist abzulehnen. Vor dem Hintergrund der im BStabG-Kabinettsbeschluss verankerten Ziele – Beitragsstabilität, Ausgabenbegrenzung und Vermeidung struktureller Überfinanzierung – ist die vollständige Streichung der der Tarifratenrefinanzierung ein notwendiger Schritt, da diese ebenfalls zu strukturellen Überfinanzierungen beiträgt.

Tariftreueregelungen verstärken die Kostendynamik.

Die geltenden Tariftreueregelungen in § 72 und § 82c SGB XI führen ebenfalls dazu, dass Tarifsteigerungen im Krankenhausbereich unmittelbar auf die Pflegeheime durchschlagen. Die dadurch entstehenden Kostensteigerungen haben in den vergangenen Jahren zu massiv steigenden Eigenanteilen der Pflegeheimbewohner geführt. Da die Politik diese Entwicklung als unverhältnismäßig erkannt hat und im Rahmen einer Pflegereform eine Entlastung der Pflegebedürftigen anstrebt, ist eine Begrenzung der Kostendynamik zwingend erforderlich. Diese kann jedoch nicht erreicht werden, wenn im Krankenhausbereich weiterhin eine hälftige Refinanzierung sämtlicher Tarifsteigerungen erfolgt.

Weitere Problemstellung dazu:

Durch das Aufsetzen des Veränderungswertes beim Aufsatzpunkt i.H. des Orientierungswertes entsteht ein falscher Bezugspunkt für die Tarifraten, da dieser Wert Personal- und Sachkosten beinhaltet:

Beispiel für 2026:

Der Orientierungswert (2,98 %) enthält bereits Personalkostensteigerungen von 4,07 %.

Diese 4,07 % werden bei der Berechnung der Tarifraten jedoch nicht berücksichtigt.

Damit würden Personalkostensteigerungen zwischen 2,98 % und 4,07 % doppelt finanziert.

Eine solche Überfinanzierung widerspricht den Grundsätzen einer wirtschaftlichen, zweckmäßigen und sparsamen Mittelverwendung, wie sie im Rahmen der finanzpolitischen Leitlinien des Bundes – einschließlich der im BStabG-Kabinettsbeschluss verankerten Stabilitätsziele – festgelegt sind. Dies widerspricht unmittelbar den fiskalischen Leitlinien des BStabG, dass Doppelstrukturen und Überfinanzierungen ausdrücklich vermeiden soll.

Erforderliche Korrektur

Sollte die Tarifraten nicht vollständig gestrichen werden, muss der Bezugspunkt für 2026 ff. zwingend auf den bereits refinanzierten Personalkostensteigerungen liegen. Nur so kann eine Doppelfinanzierung verhindert werden.

zu Buchstabe e

zu aa)

Regelung, dass der Orientierungswert, der der Vereinbarung des Veränderungswerts zu Grunde liegt, sofern der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, zukünftig auch die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen umfasst, ist sachgerecht und wird begrüßt.

zu bb)

Die Streichung der Sätze 6 und 7 ist sachgerecht,

C Änderungsvorschlag

zu a, b, c)

Kein Änderungsbedarf.

zu d)

Ersatzlose Streichung von § 10 Abs. 5

Hilfsweise:

Nach § 10 Abs. 5 Satz 2 in der Fassung des Kabinettsentwurfs wird folgender Satz eingefügt: „Soweit der Veränderungswert dem Orientierungswert entspricht, wird abweichend 50 % des Unterschieds zwischen dem am 30. September vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Teilorientierungswert für Personalkosten und der Tarifraten berücksichtigt.“

zu e)

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 8 § 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 11 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2 und den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7“ durch die Angabe „und die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2“ ersetzt.

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1 § 17a Finanzierung von Ausbildungskosten

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Ausbildungsbudgets nach § 17a KHG sind von der Begrenzung durch den Veränderungswert ausgenommen. Es wird lediglich der Bezug zum neuen § 9 KHEntgG geändert.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum an dieser Stelle von der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik abgewichen wird.

C Änderungsvorschlag

Kosten der Schulen für Gesundheitsberufe (Pflege, Berufe nach §2 KHG) sollen aus Steuermitteln finanziert werden. Die würde die GKV-Finzen um 1,46 Mrd. Euro p.a. entlasten. (Erforderliche Anpassung in §§26, 33 PflBG, § 17a KHG).

Nr. 2 § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab 2028 sollen Kurzzeitfallpauschalen neben den bisherigen Abrechnungsmöglichkeiten (aDRG-Fallpauschale, Hybrid-DRG) geschaffen werden für somatische Behandlungen im Krankenhaus mit bis zu zwei Übernachtungen bzw. einer Dauer von höchstens drei Kalendertagen. Das InEK wird beauftragt, bis zum 31. März 2027 ein Konzept zu entwickeln, das geeignete Fallgruppen sowie eine gesonderte Kalkulation identifiziert, auf dessen Grundlage die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 30. April 2027 eine Vereinbarung schließen. Die sich aus der Bewertungsrelation ergebende Vergütungshöhe wird dabei unabhängig von der Verweildauer gezahlt, soweit die Behandlung im oben dargestellten Zeitraum abgeschlossen wird. Die Anwendung von Abschlägen für die Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer wird ausgeschlossen. Für den Fall der Nichteinigung der Vertragsparteien auf Bundesebene entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 innerhalb von drei Wochen nach Ablauf der Frist.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird in dieser Form abgelehnt.

Die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen führt aufgrund des gleichzeitigen Verzichts auf Abschläge für das Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer im ersten Schritt zu Mehrausgaben. Zudem wird die Annahme, dass sich im Zuge der jährlichen Neukalkulation der Kurzzeitfallpauschalen deren Bewertungsrelation wesentlich absenkt, nicht geteilt, da in den ersten Tagen einer Krankenhausbehandlung gewöhnlicherweise ein Gutteil der Kosten (Diagnostik, Labor, Operation etc.) der Kosten anfällt - unabhängig von der Vergütungslogik. Außerdem ist der Anreiz für eine Kostensenkung zu gering ausgeprägt, weil die Anpassung der Relativgewichte erst mit zwei Jahren Zeitverzug erfolgt.

Um den Anreiz zur Ambulantisierung deutlich zu steigern, wäre stattdessen ein Abschlag auf Kurzliegerfallpauschalen ein wichtiges Instrument, bis in den Kalkulationsdaten die Absenkung der Relativgewichte durch eine deutliche Verkürzung der Liegezeit nachvollzogen werden kann. In der Vergangenheit wurde bereits bei Beleg-DRGs mit pauschalen Abschlägen auf die Hauptabteilungs-DRGs gearbeitet, weil es zu wenige Fälle für eine Kalkulation aller Beleg-DRGs gegeben hat. Eine analoge Vorgehensweise kann eine Finanzwirkung deutlich vor 2030 bewirken.

Anzumerken ist, dass neben den Hybrid-Fallpauschalen und den DRG-Fallpauschalen nun ein drittes DRG-Vergütungssystem eingeführt werden soll, was die Komplexität weiter unnötig erhöht. Die Hybrid-DRGs sollten daher ersatzlos gestrichen und die Vergütung für diese Leistungen auf das Niveau des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) überführt werden, um die massive Übervergütung im vertragsärztlichen Bereich abzuschaffen (siehe dazu die Kommentierung unter Artikel 1 Nr.

42 zu § 115f SGB V) In diesem Fall wäre auch ein Festhalten an den Kurzzeitpauschalen unter Beachtung der oben genannten Restriktionen, die abzustellen wären, denkbar.

Hilfsweise wird vorgeschlagen, gesetzlich dafür Sorge zu tragen, dass die Effekte sinkender Bewertungsrelationen nicht über den Umweg der Landesbasisfallwerte wieder aufgehoben werden (siehe III. Zusätzlicher Änderungsbedarf). Zudem sollte im Falle der Nichteinigung der Vertragsparteien auf Bundesebene die Vereinbarung zur Umsetzung der Kurzzeitfallpauschalen im Zuge einer Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit erfolgen.

C Änderungsvorschlag

§ 115f SGB V wird gestrichen. Vgl. die Bewertung zu § 115f SGB V.

Buchstabe d

Nach Absatz 7 Satz 1 wird folgender geänderter Satz eingefügt:

„Kommt die in Absatz 2a Satz 1 genannte Vereinbarung nicht fristgerecht zu Stande, nimmt abweichend von Satz 1 legt das Bundesministerium für Gesundheit ohne Antrag innerhalb von drei Wochen nach Fristende die Inhalte auf dem Wege einer Ersatzvornahme fest.“

Nr. 3 § 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Sowohl bei einer Schriftlichen Prüfung als auch bei einer Vor-Ort-Prüfung müssen zukünftig zusätzlich entdeckte Auffälligkeiten vom Medizinischen Dienst bei der Abrechnung berücksichtigt werden (siehe Reformempfehlung FKG Nummer 33).

b) Die Selbstverwaltung wird beauftragt, in der Prüfverfahrensvereinbarung bis zum 30.06.2027 den Falldialog zu stärken, sodass dieser häufiger durchgeführt werden kann und den Prüfaufwand für beide Seiten deutlich reduziert.

B Stellungnahme

a) Die Verpflichtung zur Prüfung weiterer entdeckter Auffälligkeiten durch den Medizinischen Dienst bei der Prüfung ist sachgerecht.

b) Eine Stärkung des Falldialoges wird grundsätzlich begrüßt. Durch die Stärkung des Falldialoges wird dem deutlich wirksameren Prüferegime der Privaten Krankenversicherung ohne Einschaltung des häufig überlasteten Medizinischen Dienstes stärker gleichgezogen.

Generell sollte der bürokratiearme Falldialog noch durch eine Anpassung der Aufrechnungsregelungen gestärkt werden. Wird für die Kassen spätestens nach Feststellung einer überhöhten Krankenhausabrechnung durch den Medizinischen Dienst eine Aufrechnungsmöglichkeit wieder eingeführt, wird dadurch für die Krankenhäuser der Falldialog attraktiver.

C Änderungsvorschlag

a) Kein Änderungsbedarf.

b) Daher muss § 17c Absatz 2 noch wie folgt ergänzt werden:

„Die Krankenhäuser und Krankenkassen sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für das Verfahren gemäß Satz 2 Nummer 3 im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.“ siehe § 109, III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Artikel 5 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1 § 3 Vereinbarung eines Gesamtbetrags

A Beabsichtigte Neuregelung

zu Buchstabe a)

In Absatz 3 wird der Satz 5 neu gefasst, wonach zukünftig nur noch ein Veränderungswert durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart wird. Diese Vereinbarung erfolgt nach den Vorschriften des § 9 Absatz 1b KHEntgG. Die Regelung soll dem diesem Gesetz zugrundeliegenden Grundsatz der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik Geltung geben. Jedoch werden dabei weiterhin eine Reihe von Ausnahmen zugelassen.

Ebenfalls in Absatz 3 werden die Sätze 8 bis 10 neu gefasst. Hier geht es um die ab dem Jahr 2027 verpflichtende Rückzahlung nicht verbrauchter Mittel für vereinbarte, aber nicht besetzte Personalstellen im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum. Bisher hatten die Krankenkassen nur einen Anspruch auf Verhandlungen über die Rückzahlung, jedoch nicht auf die verpflichtende Rückzahlung.

zu Buchstabe b)

In Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 5 wird jeweils die Angabe „75 %“ durch die Angabe „37,5 %“ ersetzt.

B Stellungnahme

zu Buchstabe a

aa)

Die Regelung in Absatz 3, Satz 5 ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie ein Instrument zur Begrenzung der seit einigen Jahren zu beobachtenden zweistelligen Wachstumsraten in der Psychiatrie sein kann. Jedoch werden eine Reihe von Ausnahmen zugelassen, die dieses Ziel konterkarieren. Insbesondere ist hier die Ausnahme nach Satz 4, Nummer 5 zu nennen. Diese betrifft die Regelungen zur G-BA-Richtlinie nach § 136a Abs. 2 SGB V, welche die Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) regelt. Ca. 75 % der Kosten in der Psychiatrie und Psychosomatik werden durch Personal verursacht. Ausnahmen in diesem Bereich wirken unmittelbar auf den Gesamtbereich. Durch diese Ausnahme ist es den Krankenhäusern möglich, durch überzogene Personalforderungen Budgetsteigerungen weit oberhalb der hier festgelegten Obergrenze zu vereinbaren. Grund dafür ist die Möglichkeit der Umsetzung einer gewünschten leitliniengerechten Behandlung durch das Krankenhaus, die in der PPP-RL jedoch nicht definiert ist. Damit können Personalanforderungen in die Budgetverhandlungen eingebracht werden, die weit oberhalb des Mindestpersonalbedarfs liegen, welches sich aus der Anlage 1 der PPP-RL ableitet. Da der Personalbedarf einer leitliniengerechten Behandlung in der PPP-RL nicht definiert ist, kann dem gewünschten Personalbedarf eines Krankenhauses von Seiten der Krankenkassen nicht substantiiert entgegengetreten werden. Wegen dieses Umstands sind mögliche Schiedsstellenverfahren von Seiten der Krankenkassen aussichtslos, den Personalwünschen des Krankenhauses ist somit stattzugeben. In der Folge werden weiterhin zweistellige Budgetsteigerung bei den Krankenhäusern realisierbar sein.

bb)

Die Umsetzung in den Sätzen 8 bis 10 ist eine seit langem erhobene Forderung der AOK und schafft Waffengleichheit bei den Budgetverhandlungen. Gerade bei prospektiven Verhandlungen bedarf es zwingend einer Rückzahlungsverpflichtung, da in der Vergangenheit sehr häufig beobachtet werden konnte, dass die zum Personalaufbau von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Mittel, nicht verbraucht oder für einen anderen Zweck eingesetzt worden sind. Es ist dem Beitragszahler nicht zuzumuten, dauerhaft nicht besetzte Personalstellen im Krankenhaus zu finanzieren. Positiv hervorzuheben ist die Definition des Rechtsbegriffs „vorübergehende Unterschreitung“ in der Begründung, die geeignet scheint, Streitigkeiten auf der Ortsebene vorzubeugen.

zu Buchstabe b)

Die Regelung sieht vor, dass die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wie für somatische Krankenhäuser auch, auf eine anteilige Finanzierung in Höhe von 50 % reduziert wird. Die Regelung ist abzulehnen. Vor dem Hintergrund der im BStabG-Kabinettsbeschluss verankerten Ziele – Beitragsstabilität, Ausgabenbegrenzung und Vermeidung struktureller Überfinanzierung – ist die vollständige Streichung der der Tarifratenrefinanzierung ein notwendiger Schritt, da diese ebenfalls zu strukturellen Überfinanzierungen beiträgt.

C Änderungsvorschlag

zu Buchstabe a

zu aa) Im Satz 5 Streichung der Ausnahme nach Satz 4 Nummer 5.

zu bb) Kein Änderungsbedarf.

zu Buchstabe b

Ersatzlose Streichung von § 3 Abs. 4

Nr. 2 § 4 Leistungsbezogener Vergleich

A Beabsichtigte Neuregelung

Da der leistungsbezogene Vergleich in der Praxis bislang noch geringe Anwendung findet, wird er zur Verbesserung der Praxistauglichkeit um Kostendaten ergänzt. Damit wird dem Transparenzgedanken, der mit dem leistungsbezogenen Vergleich verbunden ist, Rechnung getragen. Der leistungsbezogene Vergleich soll die Vertragsparteien vor Ort dabei unterstützen, einen leistungsgerechten Gesamtbetrag, einen leistungsgerechten krankenhausindividuellen Basisentgeltwert und sonstige leistungsgerechte krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren. Durch den leistungsbezogenen Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung oder andere krankenhausindividuelle Aspekte zurückzuführen sind.

B Stellungnahme

Die Erweiterung des leistungsbezogenen Vergleichs um Kostendaten erfüllt eine AOK-Forderung und ist somit zu begrüßen. Bisher wurde der leistungsbezogene Vergleich nur von Krankenhäusern genutzt, zur Anpassung ihres niedrigen Basisentgeltwertes an Krankenhäuser mit einem höheren Basisentgeltwert, welcher mit regionalen und strukturellen Besonderheiten begründet wurde. Eine Absenkung konnten die Krankenkassen, entgegen anderslautender Äußerungen von Krankenhauseite, im leistungsbezogenen Bereich bisher nie erreichen. Insofern besteht die Hoffnung, mit der Lieferung von Kostendaten mehr Transparenz zu erreichen. Sollte in den Folgejahren weiterhin der leistungsbezogene Vergleich nur einseitig genutzt werden können, ist über eine Streichung der Regelung nachzudenken.

Darüber hinaus wird das grundsätzliche Problem der ungleichen Berücksichtigungsmöglichkeiten der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs bei der Budgetfindung über eine Anpassungsvereinbarung nicht behoben. Während gemäß § 3 Abs. 3 Sätze 6 und 7 BPflV eine Begrenzung der Vergütung erst bei deutlicher Überschreitung (definiert als > 30 v. H.) gilt, gibt es für eine Geltendmachung einer Unterschreitung weder eine Erheblichkeitsschwelle noch eine Begründungspflicht durch die Krankenhäuser (vgl. Gesetzesbegründung). Dies führte bereits zu einer einseitigen Anwendung des leistungsbezogenen Vergleichs zu Gunsten der Krankenhäuser, welche durch die Gesetzesanpassung nicht behoben wird.

C Änderungsvorschlag

Nach § 3 Abs. 3 Satz 7 wird folgender Halbsatz eingefügt: **„gleichzeitig darf eine Anhebung der bisher vereinbarten Entgelte nur erfolgen, sofern diese die maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 deutlich unterschreiten und wenn der Krankenhausträger schlüssig darlegt, aus welchen Gründen eine Anhebung unabweisbar ist“.**

Nr. 3 § 5 Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuschläge für die Erstbefüllung der ePA sollen ab 2027 entfallen. Die entsprechenden Regelungen zu Zuschlägen für die Erstbefüllung der ePA im Krankenhausbereich sind daher zu streichen.

B Stellungnahme

Parallel zur Somatik sollen auch in der Psychiatrie die Zuschläge für die Erstbefüllung der ePA sollen ab 2027 entfallen. Deshalb wird zur Bewertung auf die Stellungnahme zu Artikel 3, Nummer 1 (§5) verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Siehe Artikel 3, Nummer 1 (§5)

Nr. 4 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a

Streichung der Vorgabe zur Vereinbarung eines gesonderten Veränderungswerts für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser. Zukünftig gilt für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser auch der Veränderungswert, der für somatische Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3 KHEntgG vereinbart wird.

Zu Buchstabe b

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

B Stellungnahme

zu a

Die Regelungen werden begrüßt.

zu b

Die Änderung ist sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 5 § 15 Laufzeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Fehlers aus dem Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhausreformenpassungsgesetz.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 6 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 1 § 23 Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der in § 92a Absatz 4 (Aufbringung der Mittel für den Innovationsfonds) neu geregelten alleinigen Aufbringung der Mittel für den Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erübrigen sich die Regelungen des bisherigen § 23 RSAV.

B Stellungnahme

Die Streichung des § 23 RSAV ist eine sachgerechte Folgeänderungen aus der geänderten Finanzierung des Innovationsfonds in § 92a SGB V. Auf unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 37 wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 27 Übergangsregelung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Übergangsregelung dient der Umsetzung des Jahresausgleichs für das Jahr 2025 im Jahr 2027 in Folge der Änderungen in § 92a Absatz 4 SGB V und Streichung des § 23 RSAV.

B Stellungnahme

Die Aufnahme einer Übergangsregelung für die Durchführung des Jahresausgleichs 2025 im Jahr 2027 ist eine sachgerechte Folgeänderungen aus der geänderten Finanzierung des Innovationsfonds in § 92a SGB V und der der Streichung des § 23 RSAV. Auf unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 37 wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Abschaffung freie Preisbildung DiGA im ersten Jahr der Listung

§ 134 SGB V - Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeiträge; Verordnungsermächtigung

Sachstand

DiGA beanspruchen bislang eine initiale Preisfreiheit im ersten Jahr der Listung. Hersteller können somit im Fast-Track-Verfahren ihre Preise frei festsetzen, ohne dass diese in der Einführungsphase ausreichend reguliert oder an einen gesicherten Nutznachweis gekoppelt sind. In der Praxis hat dies zu deutlich steigenden Ausgaben der GKV geführt, obwohl der tatsächliche Versorgungseffekt vieler Anwendungen begrenzt oder noch nicht abschließend belegt sei. DiGA sind ausdrücklich als Hilfsmittel mit digitalen Skaleneffekten anzusehen, bei denen die variable Kostenstruktur sehr gering ist.

Änderungsbedarf und Begründung

Es besteht ein klarer Reformbedarf, da die bestehende Preisfreiheit wirtschaftlich nicht gerechtfertigt ist und Fehlanreize setzt. Die Kritik richtet sich insbesondere auf den Fakt, dass hohe Preise bereits in der Erprobungsphase zulasten der GKV verfestigt werden und spätere Preissteuerungsinstrumente nur begrenzt korrigierend wirken. Zudem werde der Preis derzeit nicht systematisch an Evidenz, Nutzen oder Abgabemengen gekoppelt.

Digitale Produkte unterliegen aufgrund ihrer theoretisch unbegrenzten Skalierbarkeit keinen vergleichbaren Kostenstrukturen wie klassische Hilfsmittel oder Arzneimittel. Hohe Einstiegspreise seien daher weder durch Produktions- noch durch Vertriebskosten gerechtfertigt. Zudem gefährdet die Preisfreiheit die Finanzstabilität der GKV, da DiGA-Ausgaben dynamisch wachsen, ohne dass ein proportionaler Versorgungsmehrwert nachweisbar sei. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V wird bislang nicht ausreichend durchgesetzt.

Änderungsvorschlag

§ 134 Absatz 1

Für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung über die verbindliche Preisfindung digitaler Gesundheitsanwendungen.

~~Der Hersteller kann im ersten Jahr nach Aufnahme der digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 den Preis frei festlegen.~~

Ab dem Tag der Aufnahme in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 ist der Erstattungsbetrag zwischen dem Hersteller und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu vereinbaren.

Streichung der Erprobungsregelung für DiGA - § 139e SGB V -Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

Sachstand

Nach geltender Rechtslage (§ 139e SGB V) können digitale Gesundheitsanwendungen auch ohne vollständigen Nachweis eines positiven Versorgungseffekts befristet zur Erprobung in das DiGA Verzeichnis aufgenommen werden. Während dieser Erprobungsphase sind sie voll erstattungsfähig. Die Regelung sollte ursprünglich Innovationen fördern und Evidenzaufbau ermöglichen. In der Praxis hat sich die Erprobung jedoch zu einem dauerhaften Marktzugangsinstrument mit erheblichen Ausgabenwirkungen entwickelt, ohne dass der Nutznachweis stets zeitnah oder überzeugend gelingt. Die Erprobungsphase ist damit faktisch Teil der Regelversorgung geworden.

Änderungsbedarf und Begründung

Aus Sicht der Krankenkassen besteht ein klarer Reformbedarf, da die Erprobungsregelung ein zentrales Einfallstor für ungesicherte Leistungen im GKV System darstellt. Sie führt zu einer Umkehr des Regel Ausnahme Verhältnisses: Statt nur evidenzbasierte Leistungen zu erstatten, finanziert die GKV zunächst Anwendungen und prüft den (ggf. nicht vorhandenen) Nutzen erst nachgelagert. Die vollständige Erstattung von DiGA ohne gesicherten Nutznachweis widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V). Digitale Anwendungen weisen geringe Grenzkosten und hohe Skalierbarkeit auf, sodass Fehlentscheidungen in der frühen Phase zu dauerhaften Ausgabenrisiken führen. Zudem hat sich gezeigt, dass der Evidenzaufbau auch ohne privilegierten Marktzugang möglich ist. Die AOK schließt sich der Forderung der FKG daher ausdrücklich an, die Erprobung nicht innerhalb der Regelversorgung, sondern außerhalb der GKV Erstattung durchzuführen.

Änderungsvorschlag

§ 139e Absatz 4 SGB V (Streichung)

~~Wird der positive Versorgungseffekt noch nicht vollständig nachgewiesen, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die digitale Gesundheitsanwendung befristet zur Erprobung in das Verzeichnis aufnehmen.~~

§ 139e Absatz 1 Satz 1 (Neufassung)

In das Verzeichnis nach Absatz 1 können nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen aufgenommen werden, **für die ein positiver Versorgungseffekt nach Maßgabe dieses Gesetzbuches nachgewiesen ist.**

§ 33a Absatz 1 Satz 1 SGB V (Klarstellung) mit Verweis auf § 139e SGB V

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen, **soweit deren positiver Versorgungseffekt nachgewiesen ist und sie in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 aufgenommen wurden.**

Einführung eines 14-tägigen Testzeitraums für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Sachstand

Derzeit entsteht der volle Leistungsanspruch auf eine digitale Gesundheitsanwendung mit der vertragsärztlichen Verordnung oder Genehmigung durch die Krankenkasse (§ 33a SGB V). Eine Möglichkeit zur unverbindlichen Erprobung durch Versicherte besteht nicht. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass ein erheblicher Teil der DiGA frühzeitig nicht oder nur sehr kurz genutzt wird. Abgaben und Kosten fallen gleichwohl vollständig zulasten der GKV an, unabhängig davon, ob die Anwendung tatsächlich genutzt oder als geeignet empfunden wird.

Änderungsbedarf und Begründung

Aus Sicht der Krankenkassen besteht Bedarf an einem kurzen, vorgeschalteten Testzeitraum, der es Versicherten ermöglicht, eine DiGA kennenzulernen und ihre grundsätzliche Eignung zu prüfen, bevor ein dauerhafter Leistungs- und Vergütungsanspruch ausgelöst wird. Ein 14-tägiger Testzeitraum stärkt die Patientenorientierung, da Versicherte fundiert entscheiden können, ob eine DiGA ihren Erwartungen, technischen Voraussetzungen und individuellen Bedürfnissen entspricht. Gleichzeitig werden Fehlanreize und unnötige Ausgaben reduziert, da Kosten bzw. ein Vergütungsanspruch nur dann entstehen, wenn die Anwendung tatsächlich weiter genutzt wird. Angesichts der geringen Grenzkosten digitaler Anwendungen ist ein zeitlich begrenzter Test wirtschaftlich vertretbar und systemgerecht.

Änderungsvorschlag

§ 33a Absatz 1b SGB V (neu)

Versicherte können eine digitale Gesundheitsanwendung für einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen ab erstmaliger Freischaltung zu Testzwecken nutzen (Testzeitraum).

Während des Testzeitraums entsteht kein Anspruch auf Vergütung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Anspruch nach Absatz 1 beginnt erst, wenn die versicherte Person nach Ablauf des Testzeitraums die weitere Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung ausdrücklich bestätigt.

§ 33a Absatz 1c SGB V (neu)

Wird die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung nach Ablauf des Testzeitraums nicht fortgesetzt, entfällt der Anspruch auf Vergütung.

Einführung von Zuzahlungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) - § 33a SGB V i. V. m. § 61 SGB V

Sachstand

Nach geltender Rechtslage (§ 33a SGB V) sind digitale Gesundheitsanwendungen für Versicherte zuzahlungsfrei. Unabhängig von Preis, Nutzungsdauer oder Therapieart entstehen für Versicherte keine Eigenbeteiligungen. Die vollständige Kostenübernahme durch die GKV begünstigt eine breite Nutzung, führt jedoch auch zu hohen Abgabemengen, teils ohne gesicherten oder nachhaltigen Versorgungseffekt. Steuerungs- und Wertanreize auf Versichertenseite fehlen bislang vollständig.

Änderungsbedarf und Begründung

Aus Sicht der Krankenkassen besteht ein klarer Änderungsbedarf, da die vollständige Zuzahlungsfreiheit ein zentraler Fehlanreiz im DiGA-System ist. Selbst die Finanzkommission Gesundheit empfiehlt, DiGA nicht länger grundsätzlich von Zuzahlungen auszunehmen, sondern sie – wie andere Hilfsmittel – in die Systematik der Eigenbeteiligung einzubeziehen. Ziel ist eine maßvolle Beteiligung der Versicherten zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und bewusster Nutzung. Die Einführung einer Zuzahlung dient mehreren Zielen:

Erstens stärkt sie die Kosten und Nutzenwahrnehmung bei Versicherten und reduziert ungesteuerte oder kurzfristige Nutzungen. Zweitens trägt sie zur finanziellen Entlastung der GKV bei, ohne den Zugang zu notwendigen Anwendungen grundsätzlich zu gefährden. Drittens schafft sie Systemgerechtigkeit, da DiGA derzeit gegenüber vergleichbaren Hilfsmitteln privilegiert sind. Die Zuzahlung wirkt dabei nicht als Zugangshürde, sondern als Lenkungsinstrument im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V).

Änderungsvorschlag

§ 33a Absatz 1 Satz 1 SGB V (Ergänzung)

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen. **Für digitale Gesundheitsanwendungen leisten Versicherte eine Zuzahlung nach Maßgabe des Absatzes 1a.**

§ 33a Absatz 1a SGB V (neu)

Versicherte leisten für digitale Gesundheitsanwendungen eine Zuzahlung in Höhe von 10 % des zum Zeitpunkt der Abgabe geltenden Erstattungsbetrages.

Die Zuzahlung entfällt, soweit Versicherte nach § 62 von Zuzahlungen befreit sind. Im Übrigen gelten die Vorschriften über Zuzahlungen entsprechend.

Streichung der nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen

Sachstand

Mit dem KHVVG wurden zusätzliche Fördergelder eingeführt, die aus Sicht der AOK sowie der FKG nicht kriteriengestützt und damit nicht zielgerichtet sind.

Änderungsbedarf und Begründung

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

Änderungsvorschlag

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

§ 87 Abs. 2 SGB V Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM

Sachstand

Die Reinerträge ärztliche Praxis ist durch eine erhebliche Spreizung zwischen den Fachgruppen zu Ungunsten der sprechenden Medizin gekennzeichnet. Facharztgruppen mit hohem technischen Leistungsanteil erwirtschaften deutlich höhere Reinerträge. Spitzenreiter sind Praxen mit den Fachgebieten Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, die ausweislich der Kostenstrukturerhebung 2023 auf einen Reinertrag (Reingewinn nach Abzug aller Kosten und Aufwände) von 1,187 Mio. Euro je Praxis. Dem gegenüber stehen beispielsweise Praxen mit dem Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die auf einen Reinertrag von 208.000 Euro kommen.

Änderungsbedarf und Begründung

Die FKG hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von bis zu 225 Mio. Euro bei der kurzfristigen Absenkung der Bewertung des technischen Anteils (TL-Anteils) im EBM für technische Facharztgruppen mit besonders hohen Reinerträgen identifiziert. Dadurch kann u. a. die Finanzlast des Maßnahmenpakets gleichmäßiger und gerechter verteilt werden.

Der AOK-Bundesverband stimmt der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Wie die FKG ausführt, können die Bewertungen des technischen Leistungsanteils in der EBM Kalkulation höher ausfallen als tatsächliche Kosten entstanden sind. Bedingt ist dies durch eine unzureichende Berücksichtigung bestimmter Faktoren, wie der tatsächlichen Geräteauslastung aufgrund veränderter Praxisstrukturen, der effektiven Nutzungsdauer des Geräts über die kalkulatorische Abschreibungszeit hinaus sowie durch Effizienzgewinne, etwa durch verkürzte Untersuchungszeiten oder automatisierte Abläufe bei der Kalkulation der Leistungen.

Die Kommission empfiehlt eine Absenkung des TL bis zu 30 % für die technischen Fachgruppen der Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin zu prüfen. Grundsätzlich scheint die Höhe der Anpassung noch nicht ausreichend. Perspektivisch wäre angezeigt, für alle Fachgruppen die beschriebenen Effekte (z. B. Praxisgröße, Auslastung, Art der Leistungserbringung) in der Kalkulationsgrundlage zu berücksichtigen und in der Vergütungssystematik anzupassen.

Für die Umsetzung ist ein gesetzlicher Auftrag an den Bewertungsausschuss erforderlich, der die Bewertungen der Leistungen mit medizinisch-technischen Geräten entsprechend absenkt. Hierbei ist die MGV um das reduzierte Vergütungsvolumen zu bereinigen.

Die Absenkung der Vergütung hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung. Sie führt zu einer Korrektur der zuvor genannten Faktoren und redu-

ziert Fehlanreize in der Versorgung. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden.

Änderungsvorschlag

Nach § 87 Absatz 2 SGB V Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Bewertungsausschuss hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit Wirkung zum 1. Januar 2027 dahingehend anzupassen, dass die Bewertungen der Leistungen berücksichtigten Kosten für medizinisch-technische Geräte pauschal um 30 % abgesenkt werden.“

§ 87 Abs. 2a SGB V Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-OPs

Sachstand

Die FKG hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von 150 Mio. Euro bei einer Absenkung der Bewertung der augenärztlichen Operationen bei grauem Star um 30 % identifiziert.

Der AOK-Bundesverband stimmt der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Kalkulation der Katarakt-OPs ist aufgrund des technischen Fortschritts und der nicht mehr bestehenden Notwendigkeit zur weiteren Ambulantisierung nicht mehr sachgerecht. Aufgrund der zu hohen Vergütung lassen sich starke Fehlentwicklungen beobachten, die negative Auswirkungen auf die Versorgung und die Versorgungsstrukturen haben.

Wie die Kommission ausführt, betrifft dies sowohl das Auseinanderdriften der Honorare von konservativ tätigen Augenärzten gegenüber ihren operativ tätigen Kollegen als auch die zunehmende Attraktivität für Finanzinvestoren, was bereits zu gebietsweisen monopolartigen Strukturen führt. Diese Fehlentwicklungen führen zu einer starken Mengenausweitung. Hierfür ist ein gesetzlicher Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Absenkung der Bewertung in diesem Bereich erforderlich.

Um zu einer sachgerechten Vergütung zu finden, bedarf es eines konkreten Zielwertes, der im oberen Bereich des von der Kommission gesetzten Rahmens bei 40 % liegen sollte.

Die Absenkung der Vergütung hat keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung und führt zu einer Korrektur der historisch bedingten Schieflage in Bezug auf die Relation verschiedener Leistungsbewertungen und korrigiert Fehlanreize in der Versorgung. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden. In dem Zusammenhang ist im EBM eine Vergütung für die in der OP verwendeten Linsen in Form einer Sachkostenpauschale in geeigneter Höhe entsprechend der tatsächlich realisierten Preise anzustreben.

Änderungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a werden folgende Sätze angefügt:

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

§ 87 Abs. 2a SGB V Rücknahme der Hygienezuschläge

Sachstand

Die FKG hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von 120 Mio. Euro durch Streichung der gesonderten Hygienezuschläge identifiziert.

Der AOK-Bundesverband stimmt der Kommission in der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Änderungsbedarf und Begründung

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

Die Hygienezuschläge sind nicht sachgerecht, da die Kosten in den Vergütungen der ärztlichen Leistungen enthalten sind. Die übliche Refinanzierung der Praxiskosten inkl. Hygieneaufwänden basiert auf Daten des Statistischen Bundesamts (Kostenstrukturerhebung). Durch die jährliche Fortschreibung der ärztlichen Vergütung mit dem Orientierungswert auf Basis der Kostenstrukturerhebungen werden Hygieneaufwände automatisch in den Praxiskosten erfasst. Somit ist gewährleistet, dass die Kosten durch die Fortschreibung der ärztlichen Vergütung vollständig und basierend auf tatsächlichen Kostendaten refinanziert werden. Durch die zusätzliche Vergütung über die sogenannten „Hygienezuschläge“ entsteht eine Doppelfinanzierung der Hygienekosten, die zu beenden ist. Mit der Streichung gehen keine Leistungseinschränkungen für die Versicherten einher und aufgrund der bereits berücksichtigten Gegenfinanzierung der Hygienekosten über die Fortschreibung des OW sind auch keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten zu erwarten. Vor diesem Hintergrund sollten die Hygienezuschläge gestrichen werden. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden. Es ist darauf hinzuweisen, dass im Bereich des ambulanten Operierens (AOP) gleichfalls Hygienezuschläge bestehen. Diese müssten ebenfalls entfallen, da die Vergütungen der AOP-Leistungen grundsätzlich überproportional hoch sind (siehe Katarakt-OPs).

Änderungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a werden folgende Sätze angefügt:

„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Hygienezuschläge enthalten.“

§ 35a Absatz 1 SGB V: Einführung einer vollumfänglichen Nutzenbewertung für Orphan Drugs

Sachstand

Orphan Drugs sind Arzneimittel für seltene Leiden. Diese haben derzeit nach §35a Absatz 1 SGB V eine Sonderstellung im Verfahren der frühen Nutzenbewertung durch den G-BA, wonach bei ihnen ein Zusatznutzen grundsätzlich angenommen wird. Erst nach Überschreiten einer Jahresumsatzgrenze von 30 Mio. Euro führt der Gemeinsame Bundesausschuss eine vollumfängliche Neubewertung dieser Arzneimittel durch.

Änderungsbedarf und Begründung

Nach Analysen der Ergebnisse von frühen Nutzenbewertungen von Orphan Drugs konnten diese in der überwiegenden Zahl der Fälle die gesetzliche Zusatznutzenfiktion nicht bestätigen. Darüber hinaus zeigen die Analysen, dass die in diesen Folgeverfahren vorliegenden Daten zumeist auch qualitativ nicht besser oder vollumfänglicher als zum Datenschnitt der Erstbewertung waren. Inzwischen haben sowohl das IQWiG als auch die FKG eine Streichung der gesetzlichen Zusatznutzenfiktion angemahnt. Diese wäre nunmehr dringend geboten angesichts der mit der fehlenden Bewertung einhergehenden Unsicherheit über den tatsächlichen therapeutischen Stellenwert einer Therapie, aber auch aufgrund der fehlenden Anreizwirkung für diese Arzneimittel zur Generierung von vollumfänglicher Evidenz. Eine Berücksichtigung der besonderen Situation dieser Arzneimittel kann im Bewertungsverfahren durch Anpassung der Ansprüche an die vorzuliegende Evidenz erfolgen, in dem auf ein dem Einzelfall angemessenes und sachgerechtes Niveau abgestellt wird. Dabei zeigen Analysen auch, dass auch für zahlreiche diese Arzneimittel oftmals hochwertige Evidenz verfügbar sein könnte.

Änderungsvorschlag

Streichung §35a Abs. 1 Satz 11- 16

§ 129 SGB V Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, Verordnungsermächtigung

Änderungsbedarf und Begründung

Aufgrund der hohen Verbreitung der elektronischen Patientenakte (ePA) ist davon auszugehen, dass die in § 129 Absatz 5h Satz 2 Nr. 4 SGB V vorgesehene Beratung der Versicherten durch Apotheken weder geeignet noch mehr erforderlich ist. Daher ist es folgerichtig, den § 129 Abs. 5h Satz 2 Nr. 4 SGB V ersatzlos zu streichen.

Änderungsvorschlag

§ 129 Absatz 5h Satz 2 Nr. 4 SGB V wird gestrichen.

§ 305a SGB V: Beratung der Vertragsärzte

Sachstand

Die Krankenkassen sollen insbesondere vor dem Hintergrund der Einführung des § 130e (neu) SGB V in § 305a SGB V das gesetzliche Recht erhalten, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu beraten.

Änderungsbedarf und Begründung

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind zentrale Akteure der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Sie verantworten nicht nur ihre eigenen Leistungen, sondern gestalten die bedarfsgerechte Versorgung durch Verordnungen und Einweisungen. Daher ist ein Dialog zwischen Ärzteschaft und Krankenkasse notwendig und unverzichtbar, denn die Beratung dient der Qualität und der Patientensicherheit. Sie wird von den Vertragsärztinnen und -Ärzten geschätzt und ist für diese freiwillig. Die Anerkennung und Bedeutung der aktuellen Beratungsleistung im bisherigen System wurde bereits 2018 in einer durch die AOK Niedersachsen veranlassten und durch das Marktforschungsinstitut „produkt + markt“ durchgeführten Arztbefragung zum Thema „Zufriedenheit mit der Arztberatung“ deutlich: 85% der teilnehmenden Ärzte befanden die Beratung durch die Krankenkasse für gut oder sehr gut (Ø 1,8 auf einer Skala von 1 bis 5).

Versorgungsorientierte Krankenkassen beraten durch qualifizierte Mitarbeitende die Ärzteschaft unter anderem bei der sinnvollen Verordnung von Leistungen auch im Rahmen der Pharmakotherapieberatung, informieren über Änderungen von Richtlinien oder über besondere Versorgungsangebote der Krankenkassen wie z. B. den Disease-Management-Programmen. Die Beratungen durch Krankenkassen umfassen ein breites Spektrum von wichtigen Fragen der alltäglichen Patientenversorgung und helfen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten Komplikationen im Praxisalltag vorzubeugen. Entsprechend schaffen Beratungen Klarheit und helfen, reibungslose Abläufe zwischen Ärztin oder Arzt und Krankenkasse zu sichern z. B., welche Einzelheiten bei der Veranlassung von Leistungen zu berücksichtigen sind. Eine solche Beratung kann auch helfen, die Umsetzung des Vertragskatalogs nach § 130e SGB V zu unterstützen. Da Wirtschaftlichkeitsberatungen durch die Prüfungsstellen erst ansetzen, wenn sich ein Prüfanlass ergibt, i. d. R. also, wenn Auffälligkeiten oder Fehler bestehen, ist die hier aufgenommene Beratung ergänzend zu sehen. Um den Missbrauch der Regelung für Beratung zu anderen Zwecken entgegen zu treten, wird eine entsprechende Klarstellung mit formuliert.

Änderungsvorschlag

Satz 1 wird ergänzt:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen **und die Krankenkassen** beraten in erforderlichen Fällen die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit.

Satz 7 wird ergänzt:

Eine Beratung des Arztes oder Psychotherapeuten durch die Krankenkasse oder durch einen von der Krankenkasse beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen auch mittels informationstechnischer Systeme ist unzulässig.

Mengenbegrenzung bei der stationären Versorgung im Zusammenhang mit der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik

Sachstand

Im Kontext einnahmenorientierte Ausgabenentwicklung ist die Mengenentwicklung nicht ausreichend berücksichtigt. Bis heute haben die Krankenhäuser die Fallmengen nicht auf das Niveau von 2019 angehoben. Die Differenz gegenüber 2019 beträgt nach wie vor 7 bis 8 %.

Ob eine Mengensteigerung erfolgen wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab:

- Mit der Einführung des Pflegebudgets wurden bis heute rund 50 Tsd. Pflegekräfte eingestellt, gleichzeitig werden die PpUG nach wie vor nicht besser eingehalten.
- Zudem haben die Krankenhäuser keine Verminderung beim ärztlichen Personal vorgenommen, sodass grundsätzlich ausreichend personelle Ressourcen vorhanden sein müssten, um mehr Krankenhausleistungen zu erbringen.
- Gegen eine Mengensteigerung könnten die „PatientInnenpräferenzen“ wirken, weil mit Covid-19 eine gewisse Zurückhaltung von Patientinnen und Patienten gegenüber elektiven Leistungen zu beobachten ist.

Änderungsbedarf und Begründung

Auf der anderen Seite sind die Anreizmechanismen für Mengensteigerungen zu bewerten. Eine Beschränkung der Preiskomponente (Abschaffung Meistbegünstigungsklausel) und eine Absenkung des Pflegebudgets reizen die Mengensteigerung an. Die Regelungen zur Vorhaltefinanzierung im KHAG stellen ebenso einen Mengenreiz da, weil die Fallmenge bzw. der Casemix für die Höhe des Vorhaltebudgets der Abสปrungpunkt für die Berechnung sind. In der Summe kann ein Mengenanstieg nicht ausgeschlossen werden.

Änderungsvorschlag

Um eine Begrenzung des Mengenanstiegs wirkungsvoll zu einzuführen, eignen sich verschiedenen Maßnahmen:

- Ab dem Überschreiten der Leistungsmenge des Vorjahres wird krankenhausbefogen eine prozentuale Degression der DRG-Vergütung gesetzlich festgelegt, sofern der Mengenanstieg nicht auf eine Erweiterung des Versorgungsauftrags durch die Landesregierung zurückgeführt werden kann. Die Degression muss dabei spürbar höher sein als die geltenden Mehrerlösausgleiche oder der Fixkostendegressionsabschlag (FDA), z. B. 50 bis 60 %. Dabei darf es keine weiteren breiten Ausnahmeregelungen geben, die die Wirkung des FDA erheblich eingeschränkt haben. Diese Mechanik ist grundsätzlich geeignet, den Anreiz für einen Mengenanstieg zu senken.
- Die konsequentere Variante wäre, eine Vergütung oberhalb der Menge des Vorjahres dadurch zu erschweren, dass bei der Festlegung der Preiskomponente des einzelnen Krankenhauses im nächsten Jahr der rechnerische Differenzbetrag als technischer Effekt vom Basisfallwert der Krankenhäuser abgezogen wird. Auch andere Prozentsätze wären vorstellbar.

§ 10 KHEntgG Landesbasisfallwert

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll gewährleistet werden, dass die Einspareffekte, die mit Einführung der Kurzzeitfallpauschalen im Zuge des Absinkens der jährlich kalkulierten Bewertungsrelationen entstehen können, nicht über den Umweg der Landesbasisfallwerte geschmälert oder gar aufgehoben werden.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Umsetzung des zusätzlichen Änderungsbedarfs ist sachgerecht.

Sofern auf dem Wege der Kurzzeitfallpauschalen Kostensenkungen generiert werden können sowie die Ambulantisierung bislang unnötigerweise stationär durchgeführter Behandlungen vorangetrieben werden kann, müssen diese Erfolge durch eine Regelung mit Blick auf die Landesbasisfallwerte abgesichert werden.

Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 7 werden klarstellend nach den Worten „Fünften Buches Sozialgesetzbuch V“ die Worte „sowie aus § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ hinzugefügt.

In Absatz 4 Satz 4 werden klarstellend nach den Worten „nach § 6c“ ein Komma sowie die Worte „Veränderungen gemäß § 17b Absatz 2a Krankenhausfinanzierungsgesetz“ hinzugefügt.

§ 109 SGB V Teilaufrechnung

Beabsichtigte Neuregelung

Das erst seit 2020 geltende strikte Aufrechnungsverbot, dass es Krankenkassen untersagt, gegen Forderungen von Krankenhäusern mit Ansprüchen auf Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen aufzurechnen, soll gestrichen werden. Voraussetzung dafür ist eine leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse, basierend auf einem Gutachten des Medizinischen Dienstes.

Alternativ soll das strikte Aufrechnungsverbot in ein Teilaufrechnungsverbot umgewandelt werden, das es den Kassen ermöglicht, bis zur Hälfte der zurückgeforderten Summe aufzurechnen.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Umsetzung des zusätzlichen Änderungsbedarfs ist sachgerecht.

Der Entfall des Aufrechnungsverbots in den o. g. Fällen trägt dazu bei, die Anzahl der Klagen der Kassen vor den Sozialgerichten sowie die Anzahl der bürokratisch aufwendigen Erörterungsverfahren zu senken. Darüber bewirkt das Aufrechnungsverbot, dass das Klagerecht sowie das Klagerisiko nach Identifikation der medizinisch fehlerhaften Abrechnung durch den neutralen Medizinischen Dienst wieder auf das Krankenhaus zurückfällt.

Alternativ: Die Einführung eines Teilaufrechnungsverbots in den o. g. Fällen trägt dazu bei, die Anzahl der Klagen der Kassen vor den Sozialgerichten sowie die Anzahl der bürokratisch aufwendigen Erörterungsverfahren hälftig zu senken. Darüber hinaus bewirkt das Teilaufrechnungsverbot, dass das Klagerecht sowie das Klagerisiko gleichmäßig auf die Beteiligten verteilt wird.

Dies erscheint vor allem sinnvoll vor dem Hintergrund, dass ein großer Teil Abrechnungsstreitigkeiten vor den Sozialgerichten mit einem Vergleich abgeschlossen werden. Insofern würde die Teilaufrechnung das Ergebnis lediglich vorwegnehmen und beide Seiten und die Sozialgerichte vom Klageaufwand entlasten.

Sowohl das oben geschilderte Verfahren wie auch die aufgezeigte Alternative erhöht zudem den Anreiz für das Krankenhaus sich mit der Krankenkasse schon im Vorfeld der Prüfung durch den medizinischen Dienst mit der Kasse im Falldialog bei fehlerhaften Abrechnungen zu verständigen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 6 wird nach Satz 1 ein neuer Satz 2 eingefügt; die Nummerierung der folgenden Sätze verschiebt sich entsprechend um eine Ziffer:

„Sofern sich gemäß einer leistungsrechtlichen Entscheidung auf Basis einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 ein geminderter Abrechnungsbetrag ergibt, ist abweichend von Satz 1 die Krankenkasse berechtigt, die Differenz zwischen dem abgerechneten und dem geminderten Abrechnungsbetrag mit einer anderen Forderung des Krankenhauses aufzurechnen.“

Alternativ: „Sofern sich gemäß einer leistungsrechtlichen Entscheidung auf Basis einer Prüfung durch den Medizinischen Diensten nach § 275c Absatz 1 ein geminderter Abrechnungsbetrag ergibt, ist abweichend von Satz 1 die Krankenkasse berechtigt, bis zur Hälfte der Differenz zwischen dem abgerechneten und dem geminderten Abrechnungsbetrag mit einer anderen Forderung des Krankenhauses aufzurechnen.“

§ 6c KHEntgG Ausnahme der Retaxierungen von Vorhaltevergütungsanteilen von der Ausgleichssystematik

Sachstand

Rückzahlungen von Vorhaltevergütungsanteilen der Krankenhäuser an die Krankenkassen im Zuge der Abrechnungsprüfung gemäß § 275c SGB V unterliegen ab 2028 nicht mehr der Ausgleichssystematik der Krankenhaus-individuellen Vorhaltebudgets.

Änderungsbedarf und Begründung

Um die Anreizwirkung zur korrekten Abrechnung aufrecht zu erhalten, ist es notwendig, die Ausgleichsfähigkeit der Mindererlöse, die im Zuge der Abrechnungsprüfung nach § 275c SGB V entstehen, gesetzlich zu untersagen. Diese Neuregelung beschränkt sich ausschließlich auf die mit Hilfe des Medizinischen Dienstes geprüften Abrechnungen. Rückzahlungen, die z. B. im Zuge des Falldialogs, also ohne gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes geleistet werden, sind von dieser Regelung ausgeschlossen. Dies setzt zudem einen stärkeren finanziellen Anreiz für die Krankenhäuser, den Falldialog mit den Krankenkassen zu intensivieren. Im Übrigen stellt dies auch eine Gleichbehandlung mit psychiatrischen Krankenhäusern dar, die gemäß Bundespflegegesetzverordnung abrechnen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 5 Satz 1 ist eine neue Nummer 3 einzufügen, die anschließende Nummerierung verschiebt sich entsprechend:

„3. Mindererlöse, die im Zuge der Abrechnungsprüfung gemäß § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen, nicht ausgeglichen werden,“

Sicherung von Ausbildungszuschlägen im Rahmen von Krankenhausinsolvenzen

Sachstand

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

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

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

Änderungsbedarf und Begründung

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

Änderungsvorschlag

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

In § 17a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 KHG wird vor dem Punkt am Ende folgender Satzteil eingefügt: **„sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellenden Zuschläge, der nach Absatz 6 Satz 4 an den Ausgleichsfonds abzuführenden Zahlungen und der aus dem Ausgleichsfonds nach Satz 5 zu zahlenden monatlichen Raten, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers eines Krankenhauses gestellt wurde“**

Pflegeberufegesetz (PflBG)

In § 33 Absatz 6 Satz 2 PflBG wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und der folgende Satzteil eingefügt: **„sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellenden Zuschläge, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers einer Einrichtung nach § 7 Absatz 1 gestellt wurde“**

Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PfAFinV)

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

In § 15 wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt:

„Wurde durch einen Träger der praktischen Ausbildung ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen gestellt, setzt die zuständige Stelle die Zahlung der Ausgleichszuweisungen ab Antragstellung aus.“

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

Wiederherstellung der Prüf- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei Leistungen zur medizinischer Rehabilitation - § 40 SGB V

Sachstand

Mit dem GKV-IPReG wurden im Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht nur vergütungsbezogene Änderungen vorgenommen, sondern auch die Prüf- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen eingeschränkt. Nach geltender Rechtslage gem. § 40 Abs. 3 S. 2 ff. SGB V wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation unter den gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist. Zudem wurde gem. § 40 Abs. 3 S. 10 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, festzulegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können.

Ziel der Regelung war es, den Zugang zur Rehabilitation zu erleichtern und Verzögerungen im Genehmigungsverfahren zu vermeiden. Dieses Ziel bleibt grundsätzlich nachvollziehbar und angemessen. Die Entwicklungen seit Inkrafttreten des IPReG zeigen jedoch, dass der tatsächliche Zugang zur Rehabilitation nicht durch eine breite Fallzahlausweitung abzulesen ist. In der Anschlussrehabilitation sind die Fallzahlen den amtlichen Statistiken zufolge von 2019 bis 2025 rückläufig. In der Geriatrie zeigt sich ein differenziertes Bild: in der med. Rehabilitation sind die Zahlen deutlich gestiegen, in der Anschlussrehabilitation sind die Zahlen rückläufig. Gleichzeitig sind die Kosten und insbesondere die Wartezeiten im Rehabilitationsbereich deutlich gestiegen. Diese Entwicklungen machen deutlich, dass nicht allein durch den Abbau von Prüfschritten der Zugang zur Rehabilitation verbessert wird. Maßgeblich ist vielmehr, ob die vorhandenen Reha-Kapazitäten zielgenau, bedarfsgerecht und wirtschaftlich eingesetzt werden können.

Änderungsbedarf und Begründung

Die geltende Regelung führt zu einem strukturellen Missverhältnis: Die Krankenkassen tragen weiterhin Finanzierungs- und Mitverantwortung für die rehabilitative Versorgung, können aber in den betroffenen Fallgruppen nicht mehr ausreichend prüfen, ob die beantragte Leistung medizinisch erforderlich ist, ob die gewählte Indikation zutrifft und ob die beantragte Versorgungsform im Einzelfall geeignet ist. Damit fallen Verantwortung und Steuerungsmöglichkeit auseinander.

Gerade bei langen Wartezeiten, begrenzten Kapazitäten und steigenden Ausgaben ist eine fachliche Einzelfallsteuerung erforderlich. Fehlsteuerungen können knappe Reha-Kapazitäten binden und den Zugang für Versicherte erschweren, die eine bestimmte Rehabilitationsleistung tatsächlich und zeitnah benötigen. Die Wiederherstellung der Prüfmöglichkeiten ist daher nicht als pauschale Zugangshürde zu verstehen. Ziel ist vielmehr, den Zugang zu medizinisch erforderlicher Rehabilitation durch eine passgenaue Steuerung zu sichern.

Die Krankenkassen müssen wieder in die Lage versetzt werden, die medizinische Erforderlichkeit, die zutreffende Indikation und die geeignete Versorgungsform im Einzelfall zu prüfen. Dies stärkt eine bedarfsgerechte Versorgung, vermeidet Fehlallokationen, unterstützt das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V und leistet einen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV, ohne das Leistungsniveau für Versicherte mit medizinisch erforderlichem Rehabilitationsbedarf einzuschränken. Die durch das IPReG eingeführten Einschränkungen in § 40 Absatz 3 SGB V sollten daher zurückgenommen werden. Folgeanpassungen in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind anschließend vorzunehmen.

Änderungsvorschlag

§ 40 Absatz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

- Die Sätze 2 bis 10 werden aufgehoben.
- Im bisherigen Satz 12, künftig Satz 3, wird die Angabe „Satz 11“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.
- Im bisherigen Satz 13, künftig Satz 4, wird die Angabe „Satz 11“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.
- Der bisherige Satz 18 wird aufgehoben.

Nationale Umsetzung der Richtlinie (EU) 2026/799 zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts

Sachstand

Nach derzeit geltender Rechtslage sind die Sozialversicherungsträger in Deutschland in Insolvenzverfahren den einfachen Insolvenzgläubigern gleichgestellt. Dies führt dazu, dass bereits gezahlte Sozialversicherungsbeiträge im Wege der Insolvenzanfechtung von Insolvenzverwaltern zurückgefordert und der Insolvenzmasse zugeführt werden können.

Änderungsbedarf und Begründung

Durch diese Insolvenzanfechtungen werden den Krankenkassen (und damit auch den AOKs) und den übrigen deutschen Sozialversicherungsträgern insgesamt jährlich Beitragsmittel in Höhe von mehreren 100 Mio. Euro zweckentfremdend und zur Aufstockung der Insolvenzmasse entzogen.

Änderungsvorschlag

Die langjährige Forderung der deutschen Sozialversicherung, dass Sozialversicherungsbeiträge, die von später insolventen Unternehmen gezahlt wurden, von der Anfechtung durch Insolvenzverwalter ausgenommen werden können, fand nun Eingang in die EU-Richtlinie zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts. Mit der Veröffentlichung der neuen EU-Insolvenz-Richtlinie im EU-Amtsblatt besteht nun die Möglichkeit, die in Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie formulierte Ausnahme in deutsches Recht umzusetzen. Die Richtlinie eröffnet die Möglichkeit, Zahlungen an Sozialversicherungsträger von der Insolvenzanfechtung auszunehmen oder bevorzugt zu behandeln und damit den Sozialversicherungsträgern und damit auch den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen. Dieser Gestaltungsspielraum muss genutzt werden, um die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme zu stabilisieren.

§ 275a Absatz 4 SGB V | MD-QPortal: notwendige Zugriffserweiterungen auf die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen

Sachstand

Nach § 283 Absatz 5 SGB V führt der Medizinische Dienst eine Datenbank u. a. zu den Prüfungen der Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen („Leistungsgruppenprüfungen“). Die Datenbank „MD-QPortal“ hat der Medizinische Dienst Bund zum 12.12.2025 in Betrieb genommen. Mit Inkrafttreten der LOPS-Richtlinie sind die Medizinischen Dienste verpflichtet, die Ergebnisse dieser Prüfungen an das MD-QPortal zu übermitteln. Nach Information des MD-Bund sind folgende Institutionen für das MD-QPortal zugangsberechtigt: Die Medizinischen Dienste in den Ländern, die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und seine Landesausschüsse, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Für die Landesverbände der Krankenkassen ergibt sich die Erforderlichkeit eines Zugriffs auf die Ergebnisse der Leistungsgruppenprüfungen insbesondere

- durch ihre gesetzlich vorgesehene Einbindung bei Leistungsgruppenzuweisungen trotz Nicht-Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 KHG,
- durch ihre weitere Beteiligung an den Krankenhausplanungsprozessen in den Ländern,
- im Hinblick auf die Überprüfung der Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen von Krankenhäusern, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht bzw. abgeschlossen werden soll (§ 108 Nr. 3 i. V. m § 109 SGB V) sowie
- durch ihre Verantwortung gegenüber ihren Versicherten für eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Änderungsbedarf und Begründung

Aufgrund der gegebenen Strukturen in den AOKs und der technischen Voraussetzungen für einen Abruf der Daten zu den Leistungsgruppenprüfungen, war ein Abruf der Daten durch die AOKs bislang nicht möglich. Eine mögliche Lösung stellt einen Abruf über den AOK-Bundesverband dar, welcher die Daten anschließend an die AOKs übermittelt. Dies wurde durch den MD-Bund mit Verweis auf die gesetzlich abschließend definierten Adressaten in § 275a Absatz 11 SGB V und § 283 SGB V abgelehnt. Da die Frist für den Abschluss der erstmaligen Leistungsgruppenprüfungen durch die MDs am 31.07.2026 endet und bis auf Niedersachsen und NRW alle Länder beabsichtigen, die erstmaligen Zuweisungen der Leistungsgruppen bis Ende des Jahres und teilweise auch bereits vorher abzuschließen, sollte es den Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen ebenfalls ermöglicht werden, für eine Weiterleitung der Daten Zugriff zu erhalten. Von einer solchen Anpassung würde mutmaßlich nicht nur das AOK-System, sondern auch die weiteren Kassenarten profitieren. Die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen sollten dementsprechend in § 275a Absatz 4 SGB V sowie in § 283 Absatz 5 SGB V als Empfänger der MD-Gutachten ergänzt werden.

Weiterhin sollte den AOKs Zugriff auf die bundesweiten Daten gewährt werden. Insbesondere in Grenzregionen der Länder versorgen Krankenhäuser Patientinnen und Patienten aus angrenzenden Bundesländern mit. Darüber hinaus sind Versicherte der AOKs auch außerhalb der Länder, in denen sie ihre Landesverbände haben, wohnhaft und werden in Krankenhäusern dieser Länder versorgt. Dementsprechend sollten die AOKs Kenntnis darüber erhalten, inwieweit die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in diesen Krankenhäusern erfüllt werden. Durch die derzeitigen Regelungen kommt es zu einer Schlechterstellung des AOK-Systems gegenüber den bundesweiten Kassen, die Zugriff auf die bundesweiten Daten erhalten. Hierdurch entsteht ein Wettbewerbsnachteil für das AOK-System, den es zu beseitigen gilt.

Änderungsvorschlag

§ 275a SGB V Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

2. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen **oder die von diesen beauftragten Arbeitsgemeinschaften,**

§ 283 Abs. 5 Satz 8 SGB V wird wie folgt geändert:

Der Medizinische Dienst Bund gewährt hinsichtlich der in § 275a Absatz 11 genannten Übermittlungen, Mitteilungen oder Informationen dem jeweiligen Empfänger **oder der beauftragten Arbeitsgemeinschaft** Zugang zu den für ihn entsprechend seiner örtlichen Zuständigkeit relevanten und für die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Daten.