



Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(39)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.20
19.06.2026

**BKK Dachverband
e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin**

**TEL (030) 2700403-
300
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachver-
band.de**

STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

vom 18.06.2026

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabi- lisierung der Beitragssätze in der ge- setzlichen Krankenversicherung (GKV- Beitragssatzstabilisierungsgesetz), Drs. 21/6130

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

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	7
II. DETAILKOMMENTIERUNG	11
1. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik	11
1.1 Koppelung der Vergütungen in der HzV an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität	11
1.2 Koppelung der Vergütungen bei der zahnärztlichen Versorgung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität	12
2. Arzneimittelbereich	13
2.1 Dynamischer Herstellerabschlag	13
2.2 Preismoratorium für Arzneimittel, Verbandmittel und Sonstige Produkte zur Wundbehandlung	14
2.3 Zusätzlicher Impfstoffabschlag	14
2.4 Gesetzliche Auffanglösung für Preis-Mengen-Regelungen	15
2.5 Rabattverträge für patentgeschützte, therapeutisch vergleichbare Arzneimittel	16
2.6 Streichung des Kombinationsabschlags	17
2.7 Abschaffung der „Leitplanken“ bei Erstattungsbeträgen	17
2.8 Ausschluss von der Verordnungsfähigkeit von Cannabis und Verbandmitteln	18
3. Apothekenbereich	19
3.1 Erhöhung des Apothekenabschlags	19

3.2 Streichung § 346 Abs. 4:	19
4. Krankenhausbereich	20
4.1 Grundprinzip: Kappung der Vergütungsdynamik	20
4.2 Pflegebudget: Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip	21
4.3 Abschaffung der Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts	24
4.4 Krankenhausabrechnungsprüfung: schärfere Anreize für korrekte Rechnungen	25
4.5 Einführung DRG-Kurzzeitfallpauschalen als Ambulantisierungsinstrument	28
4.6 Psychiatrie und Psychosomatik: Rückzahlungsverpflichtung bei fehlender Besetzung vereinbarter Personalstellen	30
5. Vertragsärztliche Versorgung	30
5.1 Begrenzung der Höhe der Anpassung des Orientierungswerts nach § 87 Absatz 2e SGB V und des Punktwerts nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V durch die Grundlohnrate als feste Obergrenze (Nr. 31. f und Nr. 32. a)	30
5.2 Der Anstieg des extrabudgetär vergüteten Ausgabenvolumens wird begrenzt.	31
5.3 Hausarztzentrierte Versorgung	34
6. Weitere Leistungserbringer	35
6.1 Preis- und Vergütungssteigerungen werden auf die Grundlohnrate begrenzt.	35
6.2 Blankoverordnung	37
6.3 Hilfsmittel	37

7. Krankenkassen	40
7.1 Verwaltungsausgaben	40
7.2 Werbeausgaben	41
7.3. Außertarifliche Vergütungen	42
7.4. Information über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes	43
8. Evidenzbasierung	45
8.1 Zweitmeinungsverfahren	45
9. Leistungsausschlüsse	45
9.1 Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene	45
9.2 Hautkrebscreening	46
9.3 Kieferorthopädie	46
10. Krankengeld	47
10.1 Absenkung Krankengeld bei Arbeitslosigkeit während Krankengeldbezug	47
10.2 Wartezeit für die Inanspruchnahme einer Wahlerklärung	48
10.3 Krankengeld bei Teilrentenbezug	49
10.4 Fristverkürzung bei Antrag auf Reha oder Rente	49
10.5 Teilkrankengeld und Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit	50
10.6 Anspruch auf individuelle Beratung bei Bezug von Krankengeld	51
11. Innovationsfonds	51
11.1 Absenkung der Finanzierung	51

11.2	Rückführung nicht verausgabter Mittel an den Gesundheitsfonds	52
11.3	Vereinfachte Förderverfahren	52
12.	Digitale Gesundheitsanwendungen	53
12.1	Höchstbetragsregelung im ersten Jahr	53
12.2	Abstaffelungsregelung ab dem 13. Monat	53
13.	Belastungen für Patientinnen und Patienten	54
13.1	Zuzahlungserhöhungen	54
13.2	Zahnersatz	55
14.	Belastungen für Arbeitgeber und Mitglieder	55
14.1	Dauerhafte Kürzung des Zuschusses des Bundes	55
14.2	Geringfügige Beschäftigung	56
14.3	Beitragsbemessungsgrenze	56
14.3	Beitragsfreie Familienversicherung	57
15.	Der magere Beitrag aus dem Bundeshaushalt: Darlehen, Finanzierung Grundsicherungsbeziehende und Zuckerabgabe	60
15.1	Verschiebung der Rückzahlung der Darlehen	60
15.2	Erhöhung des Bundesanteils an der Finanzierung für Grundsicherungsbeziehende	60
15.3	Einführung einer Zuckerabgabe	61
III.	ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	63

1. Elektronischer Datenaustausch zwischen der Finanzverwaltung und den Krankenkassen für Zwecke der Beitragsbemessung und zur Feststellung des Gesamteinkommens im Sinne der Regelungen zur Familienversicherung _ 63

2. Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen 66

I. VORBEMERKUNG

Es ist wichtig und richtig, dass der Gesetzgeber mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) einen Großteil der Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit aufgreift. Er setzt nun Maßnahmen in Gang, um schnell die nach wie vor hohe Ausgabendynamik zu bremsen und gleichzeitig auch durch mehr evidenzbasierte Medizin die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Mehr Qualität und stabilere Beiträge sind eine gute Nachricht für die Patient:innen und Beitragszahlenden.

Hierbei setzt der Gesetzgeber insbesondere das Primat der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Dies unterstützt der BKK Dachverband nachdrücklich, wurde es doch in den vergangenen Jahren zunehmend ausgehöhlt. Die alle Leistungserbringer umfassende Begrenzung von Preis- und Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnsummenentwicklung – ergänzt um einen zeitlich befristeten zusätzlichen Abschlag – ist Grundvoraussetzung für eine Reduzierung der hohen Ausgabendynamik in allen Versorgungsbereichen und damit einer Stabilisierung der Beitragssätze.

Damit dieses Instrument nicht durch Vorzieheffekte an Wirksamkeit verliert, ist z.B. im Bereich der Hilfsmittel ein sofortiges Preismoratorium vorzusehen. Bereits jetzt liegen Preiserhöhungsforderungen aus der Hilfsmittelbranche vor, die ohne Moratorium statt der geplanten Einnahmen sogar zu Mehrausgaben führen würden. Ein Moratorium würde zusätzlich bürokratische Verhandlungsaufwände mit eventuellen Schiedsverfahren vermeiden. Für langfristige wirksame Kostenbegrenzung und Wirtschaftlichkeit wäre außerdem das Instrument der Qualitätsausschreibungen nötig.

Zur Vermeidung von Vorzieheffekten ist neben den Hilfsmitteln auch ein Preismoratorium für Impfstoffe vorzusehen.

Wir begrüßen ausdrücklich die konsequente Stärkung der Evidenzbasierung etwa durch die Neuregelungen bei Cannabis, Verbandmitteln, der Wundversorgung oder der Ausweitung der Zweitmeinungsverfahren. Diese Maßnahmen stärken die Akzeptanz der GKV als solidarisches, wissenschaftsbasiertes System.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ferner insbesondere den dynamischen Herstellerabschlag, die Erhöhung des Apothekenabschlags und die Erhöhung des Impfstoffabschlags, sowie die Streichung der Cannabisblüten.

Kritisch sehen wir im Arzneimittelbereich die weitreichenden Ausnahmeregelungen für den dynamischen Herstellerabschlag, die Abschaffung der sogenannten Leitplanken bei den Erstattungsbeträgen im AMNOG-Verfahren und des Kombinationsabschlags. Damit werden wichtige Instrumente zur Kostenbegrenzung aus der Hand gegeben. Daraus resultieren wiederum zusätzliche Ausgaben für die GKV.

Wichtig und richtig sind die Änderung der Prüfquotenregelung sowie die Reform des Pflegebudgets im stationären Bereich. Allerdings gingen die Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit im Krankenhausbereich wesentlich weiter: Die Pflegebudgets sollten in die DRG zurückgeführt, die Prüfquoten komplett gestrichen werden. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es zudem dringend geboten, die Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang einzubeziehen. Damit könnten Fehlanreize und erhebliche Mehrausgaben vermieden werden.

In der ambulanten Versorgung werden die Begrenzung extrabudgetärer Ausgaben, die Rückführung von TSVG-Leistungen in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung sowie die Streichung sachlich nicht gerechtfertigter Zuschläge ausdrücklich unterstützt. Kritisch sehen die Betriebskrankenkassen hingegen den Wegfall zentraler Prüfinstrumente, da hierdurch Doppelvergütungen und unwirtschaftliche Leistungsausweitungen begünstigt werden.

Eine finanzielle Schieflage erhält das Gesetz dadurch, dass ein großer Teil der Maßnahmen auch zu Lasten der Patient:innen sowie der Beitragszahlenden gehen. Dabei ist genug Geld im System, das mit einem effizienteren und ressourcenschonenden Einsatz die Beitragssätze stabilisieren könnte. Vor allem aber erschüttern solche Maßnahmen das Vertrauen in unser Gesundheitssystem, das seit Jahren immer höhere Beiträge verlangt, dabei aber nur mittelmäßige Leistungen abliefert.

Wir lehnen ferner die geplanten Zuzahlungserhöhungen und die Rücknahme verbesserter Leistungen beim Zahnersatz ab, denn sie können zu einer Unterinanspruchnahme notwendiger Leistungen führen. Kritisch sehen wir auch die vorgesehene Einschränkung der beitragsfreien Familienversicherung und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Auch diese Maßnahmen reduzieren die Akzeptanz der GKV als wesentliche Säule unseres Sozialstaats. Immerhin wird die Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze mit einer Anhebung der Versicherungspflichtgrenze verbunden. Dennoch gilt: Durch eine Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze erfolgt auch eine zusätzliche finanzielle Belastung der Arbeitgeber. Dies ist kein gutes Signal an einen Wirtschaftsstandort, der mit vielen Krisen zu kämpfen hat.

Mit Blick auf die Regelungen der beitragsfreien Familienversicherung sei ferner darauf hingewiesen, dass sie dem Credo des Bürokratieabbaus zuwiderlaufen. Im Gegenteil werden diese Regelungen zu einem Bürokratieberg an zu erbringenden Nachweisen, Prüfungen und Verwaltungsprozesse bei Unternehmen und Arbeitgebern, Kranken- und Pflegeversicherten, Kranken- und Pflegekassen sowie weiteren, beitragsabführenden sowie meldepflichtigen Stellen führen.

Nachvollziehen können wir, dass auch die Krankenkassen selbst einen Beitrag zur finanziellen Stabilität der GKV leisten sollen. Diesen Beitrag leisten sie allerdings bereits seit Jahren, indem sie ihre Verwaltungskosten effizient und in der Entwicklung deutlich unter der Ausgabenentwicklung der Leistungsbereiche halten (zur Erinnerung: Im Jahr 2025 betrug die Entwicklung der Verwaltungskosten der Krankenkassen 4,7 Prozent gegenüber einer Entwicklung der Einnahmen von 5,3 Prozent bzw. der Leistungsausgaben von 7,9 Prozent). Der vorhandene Wettbewerb um eine gute Versorgung, Services und Beratung und nicht zuletzt des Preises setzt bereits einen intrinsischen Anreiz, so vorzugehen.

Diesen Beitrag leisten sie außerdem, seitdem durch das Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) eine gesetzliche Deckelung ihrer Verwaltungsausgaben erfolgte. Die damit verbundene Ausgabenbegrenzung wirkt unmittelbar dämpfend auf die Entwicklung der Verwaltungsausgaben. Eine weitere Reduzierung der Verwaltungskosten sollte daher differenzierter vorgenommen werden, als geplant. Selbst dann wird die Reduktion der Verwaltungskosten eine Kraftanstrengung, die die Krankenkassen jedoch übernehmen.

Der Gesetzentwurf steht unter dem Grundsatz der Ausgewogenheit der Maßnahmen, alle sollen sich gleichermaßen beteiligen. Der einzige Beitrag allerdings, den der Bundeshaushalt leistet, ist eine Verschiebung der Rückzahlung der Darlehen aus den Jahren 2023, 2025 und 2026 an die GKV auf die Jahre 2035 bis 2039 und der vermeintliche Einstieg in eine bessere Finanzierung der Beiträge für Grundsicherungsbeziehende. Tatsächlich ist die Entlastung bei den Grundsicherungsbeziehenden sehr überschaubar, sie beginnt mit 250 Mio. € und steigt bis auf 2 Mrd. € im Jahr 2031 an. Zugleich wird der Zuschuss des Bundes an die GKV sofort und dauerhaft auf 12,5 Mrd. € gekürzt. Damit wird die GKV nicht ent- sondern belastet – und zwar gleich im Jahr 2027 um 1,75 Mrd. €. Erst im Jahr 2031 sinkt diese zusätzliche Belastung auf Null. Damit findet seitens des Bundes keinerlei Entlastung statt.

Zusätzlich verschärft wird diese Situation dadurch, dass das erwartete Defizit für 2027 nach aktuellen Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit um 3,5 Mrd.

Euro höher ausfällt als erwartet. Damit reicht das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in seiner jetzigen Form nicht mehr aus, den Beitragssatz 2027 stabil zu halten. Zusätzliche Einsparmaßnahmen werden notwendig. Das Manöver zur Haushaltskonsolidierung zu Lasten der Beitragszahler:innen vergrößert das Defizit.

Angesichts der enormen Herausforderungen in der GKV appellieren wir daher auch erneut, dass der Staat seiner gesamtgesellschaftlichen Verpflichtung nachkommt und die Beiträge für Bürgergeldbeziehende adäquat erhöht und damit die Belastung auf breitere Schultern verteilt. Eine Kürzung des Bundeszuschusses, der Kosten für versicherungsfremde Leistungen decken soll, darf nicht erfolgen.

Wir plädieren außerdem dafür, weitere, gute Vorschläge der Kommission, die leicht umzusetzen wären, aufzunehmen. Dazu gehören die Wiedereinführung von apothekenbezogenen Ausschreibungen für Zytostatika und für Hilfsmittel. Ausschreibungen stellen die Wirtschaftlichkeit in der Versorgung sicher. Zusätzlich kommt es zum Ausbau von Qualitätskriterien, einer Erhöhung von Transparenz und Vermeidung von Korruption.

Insgesamt stellt der Referentenentwurf einen wichtigen Schritt dar, um strukturelle Ausgabenprobleme der GKV anzugehen. Er bleibt jedoch weit hinter seinen Möglichkeiten zurück. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen bedarf der Entwurf daher in zentralen Punkten einer deutlichen Nachschärfung und Ergänzung, um sowohl finanzielle Nachhaltigkeit als auch eine solidarische und qualitativ hochwertige Versorgung dauerhaft sicherzustellen.

Keinesfalls sollten daher die vorgesehenen Maßnahmen weiter abgeschwächt oder ausgehöhlt werden. Das Stabilisieren der Finanzsituation der GKV ist Voraussetzung dafür, dass die notwendigen strukturellen Reformen angegangen und finanziert werden können.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

1. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik

Artikel 1, Nr. 25 (§ 71, Abs. 2, Abs. 3 Satz 3 und 4 neu SGB V)

Die Vergütungsanstiege der Leistungserbringer werden auf die jeweilige Kostenentwicklung mit der Grundlohnrate (Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied) als Obergrenze begrenzt. Das bedeutet eine Anpassung der Lohnzuwächse im Gesundheitswesen an die Lohnzuwächse in der Gesamtwirtschaft.

Zusätzlich wird in den Jahren 2027 bis 2029 ein Prozentpunkt auf die Grundlohnrate abgeschlagen, da die Grundlohnrate bis 2029 voraussichtlich deutlich höher als im langfristigen Schnitt und wesentlich oberhalb der Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen liegen wird. Sollte die Inflation die realen Einkommenszuwächse im Gesundheitswesen bedrohen, wird eine Refinanzierung inflationsbedingter Kostensteigerungen möglich sein, sobald sich das auch in der Lohnentwicklung der Gesamtwirtschaft widerspiegelt.

Bewertung:

Die Regelung ist richtig und wichtig, um die Ausgabendynamik zu bremsen und an die Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung anzupassen. Dies entlastet die GKV finanziell und ermöglicht dennoch eine Vergütungs- und Investitionsentwicklung.

1.1 Koppelung der Vergütungen in der HzV an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität

Artikel 1 Nr. 27 (§ 73b Abs. 5 neu SGB V)

Diese Regelung gilt für Preisanpassungen für bestehende Leistungen ebenso wie für die Einführung neuer Leistungen. Die zusätzlichen Leistungen auf Grund eines festgestellten Anstiegs der Teilnehmer an den Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung werden mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise für die allgemeine

Fixkostendegression vergütet. Um den Anstieg der Teilnehmerzahl festzustellen, ist die Teilnehmeranzahl eines jeden Kalenderquartals mit der Teilnehmeranzahl des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres zu vergleichen. Die Leistungen für die Differenz der Teilnehmerzahl sind mit dem Abschlag zu vergüten.

Bewertung:

Die Regelung ist sachlogisch und richtig. Sie reduziert die Ausgabendynamik und Fehlansätze zur Mengenentwicklung.

1.2 Koppelung der Vergütungen bei der zahnärztlichen Versorgung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität

Artikel 1 Nr. 30 (§ 85 Abs. 2d neu, Abs. 3 Satz 2 neu SGB V)

Anstieg des Honorarvolumens für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied wird nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Ausgenommen sind zahnärztliche Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche, die Zuschläge für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie Parodontitisbehandlungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.

Bewertung:

Die Regelung ist sachlogisch und richtig. Wichtig sind die formulierten Ausnahmetatbestände.

2. Arzneimittelbereich

2.1 Dynamischer Herstellerabschlag

Artikel 1 Nr. 48a (§ 130a Abs. 1b SGB V)

Die wichtigste Maßnahme im Arzneimittelbereich ist der ergänzende dynamische Herstellerabschlag nach § 130a SGB V. Er soll ab 2027 zusätzlich zum allgemeinen Herstellerabschlag greifen und richtet sich danach, ob die Arzneimittelausgaben stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Technisch wird ein Ausgaben-„Soll“ anhand der BPE-Entwicklung definiert; liegt das tatsächliche Ausgabenniveau darüber, wird die Differenz im Folgejahr über die Abschlagshöhe ausgeglichen. Der Entwurf zielt damit ausdrücklich vor allem auf hochpreisige patentgeschützte Arzneimittel ab.

Bewertung:

Die Maßnahme wird ausdrücklich begrüßt. Die langfristige Anpassung des Abschlags trägt deutlich zur Stabilisierung der Finanzen der GKV bei. Die Preisentwicklung der Arzneimittel ist ein wesentlicher Kostentreiber in der GKV.

Vor diesem Hintergrund lehnt der BKK Dachverband die weitreichenden Ausnahmen ab, die z.B. sogar eine vollständige Befreiung vom Abschlag vorsehen. Die Finanzierung einer Industrie- und Standortförderung ist jedoch nicht Aufgabe der GKV-Beitragszahlenden. Die medialen Erpressungsversuche von Pharmaunternehmen gegen diese Regelungen sollten auch nicht darüber hinwegtäuschen, dass Standortentscheidungen für Forschung, Entwicklung und Produktion von Arzneimitteln maßgeblich von geopolitischen und Shareholder Value Erwägungen abhängen.

Ferner gehen gerade auch mit Blick auf diese Ausnahmeregelung wichtige Einsparmöglichkeiten verloren und die Verfahren zur Bestimmung der korrekten Abschläge werden zunehmend bürokratisch und komplex. Abzulehnen sind zusätzliche Ausnahmen, die erst im parlamentarischen Verfahren geprüft werden. Durch diese kommt es zu weiteren Verwässerungen. Das im Gesetzentwurf genannte Einsparpotential (das trotz der Ausnahmen gegenüber dem Referentenentwurf nicht angepasst wurde), ist damit nicht erreichbar und überschätzt.

Nicht nachvollziehbar ist insbesondere auch die Ausnahme für gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel (sogenannte Biosimilars). Laut Begründung bestünden bereits ausreichende Kostendämpfungen durch marktwirtschaftliche

Mechanismen. Diese Aussage ist insbesondere vor dem Hintergrund des Verbots der exklusiven Ausschreibungen im Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) fragwürdig. Dadurch werden für die GKV Einsparungen in Milliarden-Höhe eliminiert.

Insgesamt ist es dringend geboten, für die freie Preisbildung Mechanismen zu finden, die nachhaltig wirken und das Ausgabenniveau senken.

2.2 Preismoratorium für Arzneimittel, Verbandmittel und Sonstige Produkte zur Wundbehandlung

Artikel 1 Nr. 48c (§ 130a Abs. 3a SGB V)

Das Preismoratorium nach § 130a Abs. 3a SGB V wird bis 31. Dezember 2030 verlängert. Neu ist außerdem, dass es künftig bereits dann greift, wenn ein pharmazeutischer Unternehmer ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat. Zusätzlich wird ein Preismoratorium für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung eingeführt.

Bewertung:

Die Verlängerung des Preismoratoriums für Arzneimittel bis in das Jahr 2030 ist sachgerecht und ein wesentliches Instrument, ungebremste Preisanstiege abzufangen. Daher ist es auch sachlogisch, dieses sowohl für Verbandmittel, als auch die Wundversorgung einzuführen. Positiv ist, dass für die letztgenannten Produkte der Preisstand auf den 01.01.2026 fixiert wurde und damit Vorzieheffekte und Umgehungsstrategien der Hersteller vermieden werden.

Ergänzend müssten auch die Impfstoffe in diese Regelung fallen (siehe 2.3).

2.3 Zusätzlicher Impfstoffabschlag

Artikel 1 Nr. 48b (§ 130a Abs. 2 SGB V)

Ergänzend wird ein Impfstoffabschlag für Impfstoffe unter Patent- oder Unterlagenschutz mit 7 Prozent eingeführt.

Bewertung:

Es ist seit langem überfällig, dass der bislang ausschließlich für Arzneimittel geltende, allgemeine Herstellerabschlag i. H. v. 7 Prozent nun auch für Impfstoffe gilt. Impfstoffe sorgen aufgrund der freien Preisbildung seit Jahren für erhebliche Ausgabensteigerungen.

Zusätzlich sollte ein retrospektives Preismoratorium nach 130a Abs. 3a SGB V für Impfstoffe vorgesehen werden. Hierfür muss der Preisstand rückwirkend auf den 01.01.2026 eingefroren werden. Ohne diese Regelung könnte der erhöhte Herstellerabschlag leicht durch entsprechende Preiserhöhungen der Hersteller ausgeglichen werden, denn die Preisbildung für Impfstoffe ist frei. Zusätzlich sollten Impfstoffe zur Immunisierung gegen dieselbe Krankheit in ihrer jeweiligen Impfstoffklasse (Totimpfstoff, Lebendimpfstoff und genbasierter Impfstoff) als Wirkprinzip-analoger Impfstoff gelten. Damit werden Impfstoffe mit lediglich saisonalen Anpassungen, einer unterschiedlichen Abdeckung verschiedener Serotypen oder einer chemischen Modifikation des immunitätsauslösenden Agens gleichbehandelt. Ziel dieser Regelung ist die Vermeidung von Umgehungen des Preismoratoriums durch nicht-innovative Veränderungen des Wirkprinzips (analog der Pseudoinnovationen („me too“) im Arzneimittelbereich.

Außerdem sollten – wie von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen – Preisverhandlungen für neu auf den Markt kommende Impfstoffe geführt und Ausschreibungsmöglichkeiten für Krankenkassen geschaffen werden.

2.4 Gesetzliche Auffanglösung für Preis-Mengen-Regelungen

Artikel 1 Nr. 49a (§ 130b Abs. 1a SGB V)

Die Regelung sieht die Weiterentwicklung der Preis-Mengen-Regelung nach § 130b Abs. 1a SGB V vor. Der Entwurf betont, dass die bisherige Praxis die Krankenkassen nicht ausreichend an Skaleneffekten partizipieren lasse. Deshalb wird für den Fall fehlender Einigung zwischen GKV-SV und pharmazeutischem Unternehmer eine gesetzliche Auffanglösung vorgesehen. Die Begründung stellt klar: Die Schiedspraxis habe bislang zu Preisabschlägen unterhalb marktüblicher Konditionen geführt und das Einsparpotenzial nur unzureichend gehoben.

Bewertung:

Grundsätzlich ist die Maßnahme positiv zu bewerten: Die bisherige Regelung erzeugt zu wenig substantielle finanzielle Effekte.

In der aktuellen Ausgestaltung sind die stationär verabreichten Arzneimittel nicht berücksichtigt. Diese sollten ebenfalls in einem weiterentwickelten Preis-Mengen-Modell berücksichtigt werden, weil für sie der gleiche Grundsatz gilt wie für die ambulanten Arzneimittel. Beide erhöhen den Umsatz des pharmazeutischen Unternehmers und steigern die Ausgaben der GKV.

2.5 Rabattverträge für patentgeschützte, therapeutisch vergleichbare Arzneimittel

Artikel 1 Nr. 50 (§ 130e SGB V)

Der Entwurf eröffnet Krankenkassen die Möglichkeit, in Therapiegebieten mit mehreren vergleichbaren patentgeschützten Arzneimitteln Rabattverträge zur bevorzugten Verordnung auszuschreiben. Ziel ist ausdrücklich, auch im patentgeschützten Bereich Wettbewerb um Marktanteile zu erzeugen. Rabattierte patentgeschützte Arzneimittel nach § 130e sind neu bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen und in der Arztsoftware nach § 73 SGB V abzubilden.

Bewertung:

Dass im Markt der patentgeschützten Arzneimittel ein Wettbewerb eingeführt wird, ist zu begrüßen.

Vermieden werden sollte, dass damit die Bürokratie im System erhöht wird. Beispielsweise kann die Berücksichtigung der rabattierten Arzneimittel aus einer Gruppe patentgeschützter Arzneimittel den Aufwand der regionalen Prüfungsstellen (und damit ihren Personalbedarf) deutlich erhöhen. Zusätzlich widerspricht die Vereinbarung von Quoten aus dem selektivvertraglichen Bereich der Grundlage, dass die Vertragsparteien auf regionaler Ebene ihre regionalen Prüfvereinbarungen einheitlich und gemeinsam abschließen müssen. Die Berücksichtigung von selektivvertraglichen Quoten muss pragmatisch umsetzbar sein.

Bei der Ausgestaltung dürfen keine Wettbewerbsverzerrungen der Krankenkassen untereinander entstehen. Schon jetzt gezahlte Ärztepauschalen aus Verträgen dürfen auch zukünftig die Einsparungen aus diesen Selektivverträgen nicht überkompensieren.

Zu begrüßen ist die Abbildung der wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln in der Arztsoftware (Nr. 26, § 73 Abs. 9 SGB V)

Damit Krankenkassen über ihre neuen Selektivverträge auch die Vertragsärzte informieren können, sollte der Gesetzgeber die Änderungen des § 305a SGB V, die mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb ab dem Jahr 2021 eingeführt wurden, wieder in den Zustand zuvor überführen.

2.6 Streichung des Kombinationsabschlags

Artikel 1 Nr. 50 (Streichung des bisherigen § 130e SGB V)

Der alte § 130e SGB V soll gestrichen werden. Damit will der Gesetzgeber den Kombinationsabschlag komplett abschaffen. Der Kombinationsabschlag adressiert die weiterhin bestehende Problematik, dass neue Arzneimittel häufig als Add-on-Therapie in den Markt kommen. Dabei erhöhen sich die Kosten mehr als der zusätzliche Nutzen für die Betroffenen. Die aktuelle Umsetzung ist zeitaufwendig und streitbefangen. Die Einsparungen erreichen nicht das ursprünglich avisierte Ziel.

Bewertung:

In der aktuellen Ausgestaltung ist der Kombinationsabschlag nicht sinnvoll. Bei Änderung der Rahmenbedingungen könnte sich das zukünftig ändern. Aktuell scheint eine Streichung vertretbar.

2.7 Abschaffung der „Leitplanken“ bei Erstattungsbeträgen

Artikel 1 Nr. 49c (§ 130b Abs. 3 SGB V)

Der Entwurf sieht vor, dass die Rechtslage vor dem GKV-FinStG im Wesentlichen wiederhergestellt werden soll. Die bisherigen Obergrenzen in § 130b Abs. 3 fallen weg; zugleich wird betont, dass die dadurch erwartete Mehrbelastung der GKV durch andere

Instrumente wie Preiswettbewerb, Preis-Mengen-Regelungen und den dynamischen Herstellerabschlag kompensiert werden müsse.

Bewertung:

Die Abschaffung der Leitplanken schwächt die nutzen- und vergleichstherapiebasierte Preisbegrenzung im AMNOG und wird zu zusätzlichen Ausgaben der GKV führen.

Für die GKV werden erhebliche Mehrausgaben von 150 Mio. Euro im ersten Jahr bis 600 Mio. Euro im Jahr 2030 genannt. Diese gilt es zu kompensieren. Dass das gelingt, darf angesichts der Ausnahmeregelungen bei den Herstellerabschlägen bezweifelt werden.

2.8 Ausschluss von der Verordnungsfähigkeit von Cannabis und Verbandsmitteln

Artikel 1 Nr. 10b; Artikel 1 Nr. 8 (§ 31 Abs. 6 und § 11 Abs. 6 SGB V)

Der Anspruch auf Versorgung mit Cannabisblüten wird gestrichen. Erstattungsfähig bleiben standardisierte Extrakte sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon. Zudem wird der Begriff des Verbandmittels gesetzlich neu gefasst.

Bewertung:

Der Ausschluss von der Verordnungsfähigkeit der sonstigen Produkte zur Wundversorgung ohne Nutznachweis wird begrüßt. Die Übergangsfristen wurden seit 6 Jahren kontinuierlich verlängert. Durch den Ausschluss bestimmter Verbandsmittel soll nun endlich konsequent auf Evidenzbasierung gesetzt werden

Die Streichung von Cannabisblüten folgt ebenfalls dem Evidenzgedanken. Die Streichung der Begleiterhebung ist sachlogisch.

Dem widerspricht jedoch die vorgesehene gesetzliche Definition von „proteasemodulierenden oder antimikrobiell im oder am menschlichen Körper“ wirkenden Produkten als Verbandsmittel. An sich sollten diese Produkte als Sonstige Verbandsmittel nach Ablauf der Übergangsfrist aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden. Da dieses entfällt und der G-BA nicht mehr als Korrektiv eingreifen kann, ist eher mit Mehr-

als mit Minderausgaben zu rechnen. Und das auch noch für Produkte, die keinen Nutzensnachweis haben.

3. Apothekenbereich

3.1 Erhöhung des Apothekenabschlags

Artikel 1 Nr. 47 (§ 130 Abs. 1 SGB V)

Die zentrale und einzige apothekenbezogene Sparmaßnahme ist die Anhebung des Apothekenabschlags nach § 130 Abs. 1 SGB V von 1,77 Euro auf 2,07 Euro je abgegebener Packung.

Bewertung:

Die Maßnahme wird ausdrücklich begrüßt und ist angesichts der Anhebung des sogenannten Packungsfixums dringend geboten. Damit würde die entstehende Ausgabensteigerung von 875 Mio. Euro zumindest für einen kleinen Teil kompensiert werden.

Zu begrüßen ist, dass diese Regelung sofort nach Inkrafttreten greift.

Als weitere langfristige Maßnahme wäre der 3-prozentige Aufschlag für den Einkauf von Arzneimitteln zu deckeln. Diese Deckelung gewinnt angesichts der vermehrten Neueinführung hochpreisiger Arzneimittel immer mehr an Bedeutung. Der bislang nicht gedeckelte prozentuale Vergütungsanteil von drei Prozent setzt dabei den Anreiz zur Abgabe hochpreisiger Arzneimittel – wobei teurere Arzneimittel keinen höheren Aufwand bei der Abgabe erzeugen.

3.2 Streichung § 346 Abs. 4:

Artikel 1 Nr. 69 (§ 346 SGB V)

Durch den Wegfall der in § 346 Absatz 3 bislang geregelten gesonderten Pflicht zur Unterstützung des Versicherten bei der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) für Ärztinnen und Ärzte entfällt auch die Grundlage für die entsprechenden

Vergütungen. Dieses gilt gleichermaßen für die zusätzliche Vergütung für Apotheken im Abs. 4 und ist aufgrund zunehmender Digitalisierung sachlogisch und zu begrüßen.

4. Krankenhausbereich

4.1 Grundprinzip: Kappung der Vergütungsdynamik

Artikel 3 Nr. 6 (§ 9 Abs. 1b KHEntgG); Artikel 5 Nr. 4 (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 BPfIV)

Die Regelung sieht vor, dass der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert die Grundlage für die Vereinbarung des Veränderungswertes bildet, sofern dieser niedriger ist als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V. Ist der Orientierungswert hingegen höher als die Veränderungsrate, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V zu vereinbaren.

Bewertung:

Die Regelung stellt eine Abkehr von der bisherigen Logik der Meistbegünstigungsklausel dar und wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Durch die geplante Regelung wird sichergestellt, dass in Zukunft sowohl für Krankenhäuser, die nach KHEntgG behandeln, als auch für Krankenhäuser, die nach BPfIV behandeln, nur die tatsächlich anfallenden Kosten vergütet werden. Wie im Bericht der Finanzkommission richtig dargestellt, verursacht die Anwendung der Meistbegünstigungsklausel, dass die Vergütung der Krankenhausleistungen deutlich über der Einnahmeentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung liegt. Dadurch bewirkt die bisherige Regelung, dass es für Krankenhäuser einen geringen Anreiz gibt, Kostenentwicklungen zu prüfen und wo möglich zu reduzieren.

Ferner sollte die im Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) eingefügte Regelung (§ 6 Absatz 3 Satz 9 KHEntgG), wonach als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung der Erlössumme für das Jahr 2027 die für das Jahr 2026 vereinbarte oder festgesetzte Erlössumme um 1,14 Prozent zu erhöhen ist, gestrichen werden. Die analoge Regelung im BPfIV-Bereich ist ebenfalls zu streichen. Beide Regelungen laufen der Intention der hier vorgenommenen Änderungen entgegen.

Artikel 5 Nr. 1 (§ 3 Abs. 3 S. 5 BPfIV); Artikel 5 Nr. 4 (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 BPfIV)

Bei der Regelung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung von § 9 Absatz 1 Nummer 5. Die Aufhebung führt dazu, dass zukünftig nur noch ein Veränderungswert durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart wird.

Bewertung:

Die Änderung ist sachlogisch.

4.2 Pflegebudget: Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip

Artikel 3 Nr. 3 (§ 6a KHEntgG)

Die Regelung führt die Begrenzung der Kostenanstiege in den Pflegebudgets über den Veränderungswert ein. Vorgaben des Absatzes 2 sind letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2026 anzuwenden. Für das Jahr 2027 wird das Pflegebudget des Jahres 2026 und nachfolgend jeweils das vorherige Vereinbarungsjahr als Ausgangsgrundlage genommen. Ab dem Vereinbarungsjahr 2027 wird eine Erhöhung der Pflegebudgets auf die Höhe des jeweils gültigen Veränderungswertes begrenzt. Eine Überschreitung des Veränderungswertes ist jedoch möglich, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben, die sich aus Bundesgesetzen, Verordnungen, die auf Grundlage des SGB V erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben, dies erfordert. Bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten erfolgt kein Ausgleich dieser Mehrkosten mehr. Minderkosten werden weiterhin vollständig ausgeglichen. Die Möglichkeit der Anrechnung der Kosten für pflegeentlastende Maßnahmen im Pflegebudget wird gestrichen. Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a von dem vereinbarten Pflegebudget ab, so werden Mehr- oder Mindererlöse weiterhin ohne Begrenzung des Veränderungswertes vollständig ausgeglichen.

Bewertung:

Die Abschaffung der Anrechnung der pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget wird begrüßt, da diese in den DRG-Fallpauschalen bereits abgebildet sind und es hier zu einer unnötigen Doppelfinanzierung kommt.

Die Deckelung der Ausgaben des Pflegebudgets durch die Abschaffung des Prinzips der Selbstkostendeckung ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen ein wichtiger Schritt zur Begrenzung der unkontrollierten Anstiege der Pflegepersonalkosten. Schließlich wurde das politisch intendierte Ziel einer Steigerung der Pflegegehälter erreicht.

Durch das Selbstkostendeckungsprinzip besteht durch die derzeitige Finanzierungsgrundlage kein Anreiz für einen effizienten Einsatz des Pflegepersonals. Stattdessen entstehen durch die Hebung von Effizienzgewinnen und der damit verbundenen Absenkung der Budgetgrundlage für die Verhandlungen der zukünftigen Pflegebudgets Nachteile für die Krankenhäuser und damit Anreize, das Pflegebudget so hoch wie möglich zu vereinbaren und eine Ausweitung des Personaleinsatzes zu erreichen. Tätigkeiten außerhalb des Kerntätigkeitsbereichs der Pflege wie Reinigungs- oder Transportarbeiten werden auf das Pflegepersonal umgelegt und das bisher dafür verantwortliche Personal wird entlassen. Es kommt zur Abwanderung von Pflegepersonal aus der Altenpflege ins Krankenhaus.

Gleichzeitig hat die bisherige Regelung das Ziel einer besseren Pflegepersonaldecke in den Krankenhäusern nicht vollumfänglich erreichen können, da die Pflegepersonaluntergrenzen in vielen Krankenhäusern noch immer nicht eingehalten werden. Stattdessen konkurrieren die Krankenhäuser untereinander um die Pflegekräfte, diese wandern in Krankenhäuser mit besseren Ausgangsvoraussetzungen ab, was die Personalnot insbesondere in kleineren Krankenhäusern zusätzlich verschärft. Die Deckelung der Vergütung über den Veränderungswert, wie durch die Regelung vorgesehen, begrenzt diese negativen Auswirkungen.

Die Umsetzung der Maßnahme über die Pflegebudgets des Jahres 2026 als Ausgangsgrundlage wird allerdings kritisch gesehen. Die Pflegebudgets des Jahres 2026 sind noch nicht in allen Krankenhäusern verhandelt. Dadurch besteht ein sehr hoher Anreiz, die Pflegebudgets so hoch wie möglich zu verhandeln, um so eine möglichst hohe Ausgangsbasis für die Budgets ab 2027 zu schaffen. Hier muss dringend eine Lösung gefunden werden, um die Verhandlungen auf Ortsebene zu entlasten und eine Blockade der Budgetbeschleunigung zu verhindern. Stattdessen sollte als Aufsatzpunkt auf die bereits vereinbarten Pflegebudgets 2025 aufgebaut werden, welche um den Wert 3,99

Prozent zu erhöhen sind, der aktuell im Rahmen der Tarifraten für den Pflegebereich in 2026 vereinbart wurde.

Auch die Öffnung der Deckelung durch die Veränderungsrate, um die Einhaltung von Personalvorgaben, Vorgaben von Bundesgesetzen und Verordnungen oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu gewährleisten, ist in dieser allgemeinen Form kritisch zu sehen.

Grundsätzlich sollten diese Tatbestände in den Pflegebudgets abgedeckt werden, sie eröffnen auf Ortsebene aber auch Möglichkeiten, um die Deckelung des Pflegebudgets zu umgehen. Hier muss sichergestellt werden, dass solche Tatbestände und ihre Kosten klar abgegrenzt werden. Dies ist über eine allgemein formulierte Ausnahmeregelung nicht möglich. Die aktuell geplante Ausgestaltung wird weder eine effektive Deckelung der Kostensteigerung gewährleisten, noch den administrativen Aufwand reduzieren, da aufgrund der vorgesehenen Ausnahmeregelungen die Ausgaben faktisch nicht auf den Veränderungswert begrenzt werden. Auf jeden Fall ist eine Überprüfung der Auswirkungen und gegebenenfalls eine Anpassung der Regelung vorzusehen.

Um das Ziel einer Ausgabenbegrenzung im Pflegebudget wirklich wirksam erreichen zu können, ist langfristig eine Wiedereingliederung ins DRG-System unumgänglich. Die Eigenständigkeit der Pflegebudgets kann dabei auch nach der Reintegration der Pflegepersonalkosten in das DRG-System beibehalten werden, indem die Pflegebewertungsrelationen im DRG-Katalog als abgrenzbarer Teil der Fallpauschale erhalten bleiben. So würde auch in Zukunft ein Anteil der pauschalen Vergütung als leistungsbezogenes Pflegebudget identifizierbar bleiben, während den Krankenhäusern gleichzeitig eine leistungsbezogene Grenze für die Höhe der Personalkosten vorgegeben würde.

Es sollte ergänzend eine Klarstellung aufgenommen werden, dass Rufbereitschaftsdienste für freiberufliche Hebammen nicht über das Pflegebudget zu finanzieren sind.

Art. 3 Nr. 7 (§ 10 Abs. 5 KHEntgG)

Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sollen erstmals für das Jahr 2026 Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 hinaus berücksichtigt werden. Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten berücksichtigt.

Bewertung:

Mit der Aufhebung der ursprünglich geplanten Streichung der vollständigen Refinanzierung der Tarifraten fällt der Gesetzgeber hinter die Empfehlungen der Finanzkommission zurück. Die vollständige Streichung der Tarifrefinanzierung ist eine notwendige und sinnvolle Maßnahme, die eine Entkopplung der Tarifverhandlungen von Wirtschaftlichkeitsanreizen verhindern würde und unnötige Doppelfinanzierung beenden könnte. Unabhängig davon, ob die Refinanzierung der Tarifsteigerungen hälftig oder vollständig erfolgt, werden die betreffenden Kosten bereits über den Orientierungswert (bzw. der Teilorientierungswert für Personalkosten) und in den Landesbasisfallwertverhandlungen abgebildet. Da die Mehrkosten über die Beiträge finanziert werden und die Tarifpartner diese nicht selbst zu tragen haben, führt die geplante Regelung zu Tarifabschlüssen, die über das wirtschaftlich vertretbare Maß hinausgehen. Zudem entfalten die höheren Tarifabschlüsse im stationären Bereich eine Sogwirkung auf die Tarife in anderen Sektoren, etwa im ambulanten Bereich.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist die Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung deshalb wie ursprünglich im Referentenentwurf geplant, aber bereits ab dem Jahr 2026 umzusetzen.

4.3 Abschaffung der Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts

Artikel 3 Nr. 7 (§ 10 Abs. 5 KHEntgG), Artikel 3 Nr. 2 (§ 6 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG), Artikel 3 Nr. 3 (§ 6a Abs. 4 Sätze 5 und 6 KHEntgG), Artikel 3 Nr. 6 (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG) sowie Artikel 4 Nr. 1 (§ 3 Abs. 4 und Abs. 5 Sätze 4 und 5 BPfIV)

Ab dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 soll abweichend von Satz 3 für den Rest des jeweiligen Jahres der krankenhausespezifische Pflegeentgeltwert nach Satz 3 erhöht um 50 Prozent der Erhöhungsrates angewendet werden. Dabei soll der für das restliche Kalenderjahr anzuwendende, in Satz 5 genannte krankenhausespezifische Pflegeentgeltwert infolge der unterjährigen Vereinbarung entsprechend erhöht werden.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen lehnen auch die anteilige Umsetzung der Tarifsteigerungen in Höhe von 50 Prozent im Krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert ab.

Mit der Aufhebung der ursprünglich geplanten Streichung der vollständigen Refinanzierung der Tarifraten fällt der Gesetzgeber hinter die Empfehlungen der Finanzkommission zurück. Die vollständige Streichung der Tarifrefinanzierung ist eine notwendige und sinnvolle Maßnahme, die eine Entkopplung der Tarifverhandlungen von Wirtschaftlichkeitsanreizen verhindern würde und unnötige Doppelfinanzierung beenden könnte. Unabhängig davon, ob die Refinanzierung der Tarifsteigerungen hälftig oder vollständig erfolgt, werden die betreffenden Kosten bereits über den Orientierungswert (bzw. der Teilorientierungswert für Personalkosten) und in den Landesbasisfallwertverhandlungen abgebildet. Da die Mehrkosten über die Beiträge finanziert werden und die Tarifpartner diese nicht selbst zu tragen haben, führt die geplante Regelung zu Tarifabschlüssen, die über das wirtschaftlich vertretbare Maß hinausgehen. Zudem entfalten die höheren Tarifabschlüsse im stationären Bereich eine einseitige Sogwirkung auf Pflegende in anderen Sektoren, etwa im ambulanten Bereich, da die analogen Regelungen zur Tariftreue in § 72 SGB XI, § 132a SGB V, § 132l SGB V etc. explizit auf die Grundlohnrate begrenzt sind. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist die Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung deshalb wie im Referentenentwurf geplant, aber bereits ab dem Jahr 2026 umzusetzen und dringlich den Regelungen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege anzupassen, um gleiche Wettbewerbsbedingungen zu schaffen.

4.4 Krankenhausabrechnungsprüfung: schärfere Anreize für korrekte Rechnungen

Artikel 1 Nr. 66 (§ 275c SGB V)

Bei der Krankenhausabrechnungsprüfung hält der Entwurf am Prüfquotensystem fest, verschärft aber die Anreize für korrekte Abrechnungen. Die Prüfquoten als auch die Schwellenwerte hinsichtlich der Abrechnungsqualität der Krankenhäuser werden angehoben. Ab dem Jahr 2027 ist folgende Staffelung vorgesehen:

bis zu 5% (bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen \geq 80%)

bis zu 15% (bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60-80%)

bis zu 25% (bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen $\leq 60\%$)

Eine Prüfquotenöffnung und damit ein unbegrenzter Prüfspielraum ist möglich bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40%.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Zielsetzung des Entwurfs, den Anreiz für eine korrekte Rechnungsstellung zu stärken, indem die Prüfquoten und Schwellenwert angehoben werden. Die Stärkung der Wirtschaftlichkeitskontrollen sind ein wesentlicher Baustein, um die Leistungsausgaben des stationären Sektors zu dämpfen. Damit wird sichergestellt, dass GKV-Beitragsmittel ordnungsgemäß an die Krankenkassen zurückfließen, wenn der Medizinische Dienst bescheinigt, dass die Rechnung überhöht oder falsch war.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Prüfquotensystem haben gezeigt, dass die gewünschten Steuerungseffekte leider nicht im erhofften Maß eingetreten sind. Die Statistiken des GKV-Spitzenverbandes verdeutlichen, dass sich der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen seit der Einführung kaum verändert hat. Aufgrund der hohen bürokratischen Aufwände und des zusätzlichen Konfliktpotentials bei der quartalsweisen Ermittlung der Prüfquoten, sprechen sich die Betriebskrankenkassen nach wie vor für eine vollständige Abschaffung des quartalsbezogenen Prüfquotensystems aus. Stattdessen sollte die Prüfquote einheitlich bei 20 Prozent festgelegt werden. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft zwischenzeitlich eine feste Quote fordert.

Aufwandspauschale, Rechnungsaufschlag sowie die Jahresstatistiken sollen erhalten bleiben. Wichtig ist jedoch, dass § 275c Abs. 3 SGB V, der die Rechnungsaufschläge bei beanstandeten Abrechnungen regelt, an die neue Regelung angepasst wird – unabhängig davon, ob doch noch eine einheitliche Prüfquote eingeführt oder letztendlich die bisher vorgesehene Erhöhung der Prüfquoten und Schwellenwerte umgesetzt wird.

Eine wichtige Reformempfehlung der FinanzKommission Gesundheit ist im Gesetzentwurf nicht enthalten, sollte aber unbedingt noch umgesetzt werden: die Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang der Krankenkassen. Wenn die Vorhaltebudgets faktisch immun und ein blinder Fleck der Krankenhausabrechnung bleiben, wird sich die finanzielle Wirkung der Krankenhausabrechnungsprüfung ab 2028 in etwa

halbieren. Es werden wieder erhebliche, nicht intendierte Mehrausgaben für die GKV entstehen. Die Einführung des Vorhaltebudgets kann damit nicht budgetneutral umgesetzt werden.

Die Betriebskrankenkassen drängen darauf, die Regelung zur Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang nach § 275c Abs. 6 Nr. 3 zu streichen und klarzustellen, dass daraus resultierende Mehr- und Mindererlöse nicht ausgeglichen werden, sondern das Erstattungsvolumen bei den Krankenkassen verbleibt.

Positiv hervorzuheben ist, dass die automatische Erweiterung des MD-Prüfauftrages auf alle abrechnungsrelevanten Sachverhalte eines Prüffalles gesetzlich verankert werden soll. Außerdem begrüßt werden die Aufnahme der Vorschläge der Finanzkommission zur Fallzusammenführung und zur Stärkung des Falldialogs.

Für eine rechtssichere und zeitnahe Umsetzung des Falldialogs fordern die Betriebskrankenkassen unbedingt die gesetzliche Verankerung, dass Krankenhäusern bereits im Vorverfahren relevante medizinische Fallunterlagen an die Krankenkassen übermitteln dürfen. Der bisher im Gesetzentwurf vorgesehene Prüfauftrag sowie eine daraus resultierende zeitlich verzögerte Umsetzung nach dem Jahr 2027 sind aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht erforderlich. Vielmehr kann eine konkrete gesetzliche Änderung bereits jetzt vorgenommen werden.

Damit kann der Prüfaufwand bei Krankenhäusern, die diese Möglichkeit partnerschaftlich mit den Krankenkassen nutzen, zeitnah sinken und Kapazitäten des Medizinischen Dienstes werden geschont.

Änderungsvorschläge

§ 17c Absatz 2 KHG sollte wie folgt ergänzt werden:

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

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

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

4.5 Einführung DRG-Kurzzeitfallpauschalen als Ambulantisierungsinstrument

Artikel 4 Nr. 2 (§ 17b Abs. 2a KHG neu)

Die Regelung erteilt den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 den Auftrag, das DRG-Vergütungssystem dahingehend weiterzuentwickeln, sogenannte Kurzzeitfallpauschalen für den Bereich von kurzen Behandlungsdauern im Krankenhaus einzuführen. Hiermit soll weiteres Potenzial für Verweildauerverkürzungen und für eine Ambulantisierung gehoben sowie unnötige Ausgaben für die Versichertengemeinschaft vermieden werden.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Einführung der DRG-Kurzzeitfallpauschalen. Krankenhausfälle können in den ambulanten Bereich verschoben werden, ohne einen gleichzeitigen Steigerungseffekt bei der Vergütung im ambulanten Bereich zu verursachen. Die intendierten Wirtschaftlichkeitsanreize in der Behandlung insbesondere hinsichtlich der Verweildauer motivieren die Krankenhäuser zu einer bedarfsgerechten Patientenversorgung. Zudem sind kostenseitige und strukturelle Anpassung innerhalb der vorgesehenen Zeitschiene in den Krankenhäusern für die Kurzlieger-Fälle gut realisierbar. Die Krankenhäuser können einschätzen, welche Fälle bereits heute Kurzlieger-Fälle sind und entsprechend ihr Leistungsportfolio dahingehend anpassen. Der notwendige Aufbau von Ambulantisierungsstrukturen wird gleichzeitig forciert.

Zudem befürworten die Betriebskrankenkassen ausdrücklich, dass die bereits seit langem kritisierten Erlösoptimierungen bei der UGVD mit der Einführung der DRG-Kurzzeitfallpauschalen entfallen. Eine vom InEK kalkulierte Pauschale unabhängig von der Verweildauer führt zusätzlich zu einem Abbau von Aufwänden durch den Wegfall der Prüfung auf UGVD.

Weiterhin ist durch die jährliche Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen ein langfristiger Einsparungseffekt bei der GKV zu erwarten. Ohne begleitende Steuerungsinstrumente besteht jedoch das Risiko, dass die prognostizierten Entlastungen für die GKV nicht in vollem Umfang realisiert werden oder durch andere Kostenentwicklungen kompensiert werden. Des Weiteren sind zusätzliche Vergütungsdynamiken im ambulanten Sektor zu beachten.

§ 115f Abs. 2 S. 2 SGB V (Änderung)

Die Regelung besagt, dass Fälle, die mit den in § 17b Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, auf die in § 115f Abs. 2 genannten Fallzahlvorgaben anzurechnen sind.

Bewertung:

Die Änderung ist sachlogisch und nachvollziehbar.

Artikel 3 Nr. 5 (§ 8 Abs. 5a KHEntgG neu)

Mit der Regelung wird 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.

Bewertung:

Die Änderung ist nachvollziehbar. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen braucht es klare Regelungen, um eine Abgrenzung zu den bereits implementierten Ambulantisierungs-Instrumenten Hybrid-DRG und AOP sowie zu weiteren Abrechnungswegen im ambulant-stationären Grenzbereich zu gewährleisten. Langfristig ist eine Vereinfachung des aG-DRG-System anzustreben.

Artikel 3 Nr. 6 (§ 9 Absatz 1 Nr. 11 KHEntgG neu)

Die Vertragsparteien haben gemäß dieser Regelung auf Bundesebene nähere Einzelheiten für die Kurzzeitfallpauschalen zu vereinbaren. Es sind Vorgaben zu treffen, mit denen sichergestellt wird, dass das jeweilige Krankenhaus durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitung der stationären Behandlungsfälle von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen vornimmt. Zudem sind die Folgen zu vereinbaren, sofern das einzelne Krankenhaus entgegen den Vorgaben eine Fallzahlausweitung vorgenommen hat und die festgelegte Mengenbegrenzung nicht eingehalten wurde.

Bewertung:

Der Hinweis des Gesetzgebers auf die drohende Fallzahlausweitung ist korrekt. Es muss aus Sicht der Betriebskrankenkassen sichergestellt werden, dass die mit

Einführung der Kurzzeitfallpauschalen verbundenen Mengenanreize, kurzfristigen Übervergütungen und drohende Wechselwirkungen im aG-DRG-System in der Ausgestaltung ausreichend Berücksichtigung finden.

Weiterhin besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser die Reduzierung der Fallmenge durch Kurzzeitfallpauschalen oder Hybrid-DRG kompensieren. Sie könnten am Ende trotz politisch gewollter Ambulantisierung und Fallreduzierung gleich viele oder sogar mehr Fälle abrechnen, um ihren bisherigen Case-Mix beizubehalten.

4.6 Psychiatrie und Psychosomatik: Rückzahlungsverpflichtung bei fehlender Besetzung vereinbarter Personalstellen

Artikel 5 Nr. 1 (§ 3 Abs. 3 Sätze 8-10 BPfIV)

Die vorgesehene Ergänzung des § 3 Abs. 3 Sätze 8-10 BPfIV umfasst die Verpflichtung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser zur Rückzahlung von Mitteln für vereinbarte aber nicht besetzte Personalstellen. Zudem ist der demnach überhöhte Gesamtbetrag abzusenken.

Bewertung:

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt, trägt sie doch zur zweckentsprechenden Verwendung finanzieller Mittel der gesetzlichen Krankenversicherungen bei.

5. Vertragsärztliche Versorgung

5.1 Begrenzung der Höhe der Anpassung des Orientierungswerts nach § 87 Absatz 2e SGB V und des Punktwerts nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V durch die Grundlohnrate als feste Obergrenze (Nr. 31. f und Nr. 32. a)

Artikel 1 Nr. 32a (§ 87a Absatz 2 Satz 1 und Absatz 2e SGB V)

Die Regelung stellt klar, dass bei der Festlegung der Weiterentwicklung des Orientierungswertes nach §87 Absatz 2g SGB V und des Punktwertes nach § 87a Absatz 2

Satz 1 SGB das Prinzip Beitragsstabilität gilt. Dazu wird die Veränderungsrate entsprechend § 71 Absatz 3 Satz 3 bis 5 begrenzt.

Dies gilt auch für die vertraglichen Vergütungsanpassungen für Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren sowie für die hausarztzentrierte Versorgung, für die zudem ein Abschlag zur Berücksichtigung der Fixkostendegression eingeführt wird.

Bewertung:

Die Regelungen sind sachgerecht und werden ausdrücklich begrüßt.

5.2 Der Anstieg des extrabudgetär vergüteten Ausgabenvolumens wird begrenzt.

Die Begrenzung des extrabudgetären Ausgabenvolumens soll durch verschiedene Maßnahmen erreicht werden.

Artikel 1, Nr. 31, 69 (§ 87 Abs. 2a, Abs. 2b Satz 3 und 5 neu, Abs. 2c Satz 3 neu, Satz 8 neu, § 346 Abs. 3 und 5 SGB V)

Streichung von Vergütungsbestandteilen (SGB V § 87 Abs. 2a Streichung Sätze 25 und 26, Abs. 2b Satz 3 und 5 neu, Abs. 2c Satz 3 neu, Satz 8 neu, § 346 Streichung Abs. 3 und 5)

Die Zuschläge für einen zeitnahen Behandlungsbeginn nach einer Terminvermittlung, die Zuschläge bei der psychotherapeutischen Kurzzeittherapie und die Vergütung der Beratung bei der Organspende werden abgeschafft.

Die Pflicht zur Unterstützung des Versicherten bei der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) entfällt (Streichung der Absätze 3 und 5 im § 346 SGB V). Durch den Wegfall entfällt auch die Grundlage für die entsprechende Vergütung im vertragsärztlichen Bereich. Die entsprechende Änderung im § 87 SGB V (Streichung der Sätze 25 und 26 in Absatz 2a) ist sachlogisch und zu begrüßen.

Änderungsvorschlag:

Streichung § 346 Abs. 2.

Artikel 1, Nr. 32 (§ 87a Abs. 3 Satz 5 bis 8 neu SGB V)

Überführung der extrabudgetären Vergütungen nach dem TSVG in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (SGB V § 87a Abs. 3 Satz 5 bis 8 neu)

Die mit dem TSVG eingeführte extrabudgetäre Vergütung von Leistungen, die im Rahmen der Vermittlung der Terminservicestelle oder eines Hausarztes oder im Rahmen der offenen Sprechstunde erbracht wurden, soll ab dem Jahr 2027 abgeschafft werden. Das bereits bereinigte Vergütungsvolumen soll ab dem Jahr 2027 basiswirksam in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung zurücküberführt werden.

Bewertung:

Die Rücküberführung in die MGV wird ausdrücklich begrüßt, wurden die Ziele, die mit der Regelung erreicht werden sollten, wie z.B. schnellere Facharzttermine nicht erreicht. Die Regelung entspricht den Forderungen des BKK-Systems.

Artikel 1, Nr. 32c (§ 87a Abs. 3b und c neu SGB V)

Anpassung der Systematik der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin und im Bereich hausärztlichen Versorgung (SGB V, § 87a Absätze 3b und 3c neu)

Die Vorgaben zur Anpassung der Bildung und Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bereich Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt-MGV) wird inhaltlich angepasst und an die Systematik bei der Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung angeglichen.

Sofern Leistungen im hausärztlichen oder kinder- und jugendmedizinischen Bereich nicht vollständig aus der jeweils vereinbarten MGV vergütet werden können, sollen die von den Krankenkassen zu vergütenden Ausgleichszahlungen künftig mit einem Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen vergütet werden.

Bewertung:

Um eine Kostendämpfung zu erreichen und den bürokratischen Aufwand so gering wie möglich zu halten, sollten sowohl Leistungen der Kinder- und Jugend-Medizin, als auch der hausärztlichen Versorgung innerhalb der MGV finanziert werden.

Eine Vereinheitlichung der Systematik der Entbudgetierung für den Fall, dass eine MGV-Finanzierung nicht umgesetzt werden soll, wird als sachgerecht eingeschätzt.

Die Einführung von Abschlägen auf Ausgleichszahlungen für eine allgemeine Kostendegression könnte mit einer Überführung in die MGV entfallen. Im Falle des Beibehaltes der Entbudgetierung sind die Abschläge sachgerecht.

Artikel 1 Nr. 34 (§ 87d neu SGB V)

Änderung der Systematik der extrabudgetären Vergütung (SGB V §87d neu)

Die Systematik der extrabudgetären Vergütung soll grundsätzlich angepasst werden um weitere Ausgabenanstiege zu begrenzen: Künftig sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen je eine Gesamtvergütung für das Ausgabenvolumen von Leistungen der Vorsorge und Prävention sowie eine für weitere durch Beschluss des Bewertungsausschusses EGV-finanzierte Leistungen beschließen. Die Gesamtvergütungen sind mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichten.

Diese Finanzvolumina sollen erstmalig bis zum 15. Februar 2027 festgelegt und für das Jahr 2027 in Kraft gesetzt werden. Eine Weiterentwicklung dieser Gesamtvergütungen soll anschließend jährlich bis zum 31. Oktober für das Folgejahr anhand der Versicherungszahlentwicklung, der Veränderung der Morbiditätsstruktur, der Orientierungswertanpassung und der veränderten Leistungsstruktur erfolgen. Die Weiterentwicklung wird dabei grundsätzlich auf die Grundlohnsumme und für die Jahre 2027, 2028 und 2029 auf die Grundlohnsumme minus ein Prozent begrenzt.

Vollständig extrabudgetär vergütet werden sollen weiterhin nichtärztliche Dialyseleistungen, neue Leistungen innerhalb der ersten zwei Jahre, Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit sowie kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen. Der Bewertungsausschuss kann zudem Kriterien festlegen, die Leistungen erfüllen müssen, damit diese ebenfalls vollständig extrabudgetär vergütet werden können. Dabei müssen die Kriterien sicherstellen, dass die Leistungen

nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen und dies mit einer Vergütung der Leistungen innerhalb der MGV oder EGV-Gesamtvergütung nicht erreicht werden. Eine Extrabudgetäre Vergütung anhand der Kriterien ist nachzuweisen.

Für die im neuen § 87d vorgesehenen Änderungen wird zudem eine umfassende Evaluation eingeführt.

Bewertung:

Die Begrenzung Ausgaben für die meisten EGV-Leistungen ist sachgerecht und wird sehr begrüßt. Auch die Ermöglichung einer unbudgetierten EGV-Vergütung in Ausnahmefällen zur Förderung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit und auf Basis einer strikten Evidenzbasierung wird als sachgerecht eingeschätzt. Es wird erwartet, dass es in einzelnen Leistungsbereichen zu Leistungsverschiebungen kommen kann. Zum Beispiel könnten künftig mehr Operationen als Hybrid-DRG-Leistung abgerechnet werden, da dort eine höhere und sichere Vergütung zu erwarten wäre.

Um eine ressourcenintensive erstmalige Festsetzung der beiden Gesamtvergütungen in siebzehn Kassenärztlichen Vereinigungen zu vermeiden wird vorgeschlagen, die Festsetzung der EGV- Gesamtvergütungen für das Jahr 2027 in den Aufgabenbereich des Bewertungsausschusses aufzunehmen. Dies hätte gleichzeitig den Vorteil, dass eine bundeweit einheitliche und vergleichbare Systematik bei der Festlegung der Gesamtvergütungen gewährleistet wäre.

Eine umfassende Evaluation wird ausdrücklich begrüßt.

5.3 Hausarztzentrierte Versorgung

Artikel 1, Nr. 27 (§ 73b SGB V)

Bei steigender Teilnehmerzahl an den Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) sind zusätzliche Leistungen mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise zu vergüten, um allgemeine Kostendegressionen bei Fallzahlsteigerungen zu berücksichtigen. Die Höhe des Abschlags sollen die Vertragspartner vereinbaren und den Teilnehmeranstieg quartalsweise mit den Zahlen desselben Quartals des Vorjahres vergleichen.

Darüber hinaus können die Einzelverträge der HzV Abweichendes von den Vorschriften des § 73b SGB V regeln, lediglich die Regelungen zur Kostendegression sind einzuhalten.

Bewertung:

Die Einführung einer Kostendegression bei steigenden Fallzahlen wird grundsätzlich begrüßt. Eine Öffnung der Verträge der HzV über das bestehende Maß hinaus ist abzulehnen. Die Teilnahme an der HzV für Krankenkassen sollte künftig als freiwilliges Angebot ausgestaltet werden.

6. Weitere Leistungserbringer

6.1 Preis- und Vergütungssteigerungen werden auf die Grundlohnrate begrenzt.

Artikel 1 Nr. 40, 41, 51, 52, 53, 54, 56, 57 (§111 Abs. 5 Satz 2 und 3 neu, § 111c Abs. 3 Satz 2 und 3 neu, 44, §§ 132a und 132l SGB V, § 125 Abs. 3 Satz 3 neu, § 133 neu, § 134a Abs. 1 Satz 2 und 3 neu, 140a Abs. 2 Satz 2 neu SGB V)

Die Preis- und Vergütungsbegrenzung auf die Grundlohnrate gilt für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen, insbesondere Vertragszahnärzte, Heilmittelerbringer, Hebammen, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Rettungsdienste und Krankentransportunternehmen sowie Hersteller von Hilfsmitteln und Unternehmen der medizinischen Behandlungspflege.

Bewertung:

Dies ist positiv und sachlogisch und wird ausdrücklich unterstützt, inkl. des Abschlages in Höhe von 1% in den Jahren 2027 bis 2029.

Im Bereich der Heilmittel schlägt der BKK Dachverband vor, das von der Finanzkommission Gesundheit als kurzfristige und gezielte Sparmaßnahme empfohlene einjährige Preismoratorium für das Jahr 2027 umzusetzen. Dieses wurde von den Expertinnen und Experten der Kommission aufgrund der im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen überdurchschnittlich hohen Dynamik bei der Preiskomponente als sachgerecht

adressiert. Es ist nicht ersichtlich, weshalb auf das Einsparpotenzial in Höhe von 0,7 Mrd. Euro im Rahmen des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes verzichtet werden soll.

Artikel 1 Nummer 52 und 53 (§§ 132a und 132l SGB V)

Das Ansinnen, etwaige Vergütungssteigerungen für den Bereich der häuslichen Krankenpflege und mithin der außerklinischen Intensivpflege auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V (n.F.) zu begrenzen und der damit verbundenen Wegfall der Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den jeweiligen Vergütungsverhandlungen wird unterstützt.

Hinzuweisen ist aber darauf, dass die hier adressierten Leistungserbringer – insbesondere die ambulanten Dienste – gleichwohl SGB XI-Leistungen erbringen und deshalb zur Versorgung gem. § 72 SGB XI zugelassen sind und folglich die hier zugrundeliegenden Tariftreue-Regelungen mit entsprechenden Refinanzierungsmechanismen gem. § 82c SGB XI versehen sind. Da die Vergütung dieser Leistungserbringer im Zusammenhang zu sehen ist, muss die hier angedachte Regelung zwingend auch im SGB XI nachvollzogen werden, insofern gehen die dazu angedachten Regelungen in § 72 SGB XI im Rahmen des Referentenentwurfs zum Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) in die richtige Richtung.

Anders verhält es sich mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in vollstationären Pflegeeinrichtungen (sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe) gemäß § 132g SGB V. Insbesondere bei stationären Pflegeeinrichtungen, die gleichwohl zur Versorgung gem. 72 SGB XI zugelassen werden, erfolgt die Refinanzierung – u.a. unter Berücksichtigung der etwaigen Personalkosten – im SGB-übergreifenden Kontext. Insofern bedarf es auch in § 132g SGB V zwingend der expliziten Berücksichtigung der angedachten Maßgaben bzgl. etwaiger Vergütungssteigerungen, welche an die Grundlohnsummenentwicklung gem. § 71 Absatz 3 SGB V (n.F.) gekoppelt werden soll.

6.2 Blankoverordnung

Artikel 1 Nr. 45 (§ 125a Abs. 2 Satz 2 und 3 neu SGB V)

Im Heilmittelbereich werden versorgungsbezogene Pauschalen für die Blankoverordnung für nicht vereinbarungsfähig und somit nicht durch die GKV zu finanzieren erklärt.

Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt. Die versorgungsbezogene Pauschale verursacht hohe Kosten. Die Erfordernis einer solchen Pauschale hinsichtlich eines zu vergütenden Mehraufwandes für die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages der Blankoverordnung wird verneint.

Auch der Gesetzgeber macht in der Begründung deutlich, dass für Heilmittelerbringer zur Durchführung der Blankoverordnung der zusätzliche Aufwand mit der Analyse des therapeutischen Bedarfs beziehungsweise der therapeutischen Diagnostik abgegolten ist und darüber hinaus kein zusätzlicher Aufwand entsteht. Eine gesonderte Vergütung wäre deshalb nicht gerechtfertigt.

6.3 Hilfsmittel

Artikel 1 Nr. 15, 46 (§ 36 neu, § 127 Abs. 1 Satz 1 neu, Abs. 1b neu, Abs. 4 neu SGB V)

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, das Festbetragsinstrument umfassender als bisher anzuwenden, um vorhandene Wirtschaftlichkeitspotenziale effektiver aususchöpfen. Als Übergangsregelung bis zur finanziellen Wirksamkeit dieser Maßnahmen gilt für die Jahre 2027 und 2028 ein dreiprozentiger Abschlag für die vertraglich vereinbarten Preise.

Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt. Allerdings bleiben Festbeträge hinter den Potenzialen von Ausschreibungsverfahren zurück. Daher bedauern wir, dass dieses starke Instrument zur Förderung des Wettbewerbs nicht aufgegriffen wurde: Die Wiedereinführung von Ausschreibungen wäre ein effizientes Wettbewerbsinstrument, um die Hilfsmittelversorgung kostengünstiger und gleichzeitig qualitativ messbarer zu machen und die Beitragszahler langfristig zu entlasten. Die durch die Finanzkommission geschätzten

Einsparung von bis zu 350 Mio. Euro pro Jahr werden somit nicht gehoben. Durch Mindestanforderungen an Qualität von Produkt und Dienstleistung sowie ein qualitätsorientiertes Ausschreibungsdesign, wie Mehrpartnermodelle und Gebietslose könnte eine hohe Versorgungsqualität gewährleistet werden.

Zu Artikel 1 Nr. 15 (§ 36 Absatz 2 SGB V)

Der gestärkte Auskunftsanspruch für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird begrüßt, um eine Festsetzung realistischer Festbeträge zu ermöglichen.

Zu Artikel 1 Nr. 46 (§ 127 Satz 1 SGB V)

Die im § 127 SGB V verankerte Koppelung der Vergütung an die Beitragssatzstabilität wird begrüßt. Es besteht jedoch das Risiko, dass eine konsequente Anbindung an die Grundlohnsumme (GLS) zu Mehrausgaben führt, da Leistungserbringer dadurch regelmäßige Preisanpassungen einfordern könnten, die über die bisherigen Preisanpassungen in den Verhandlungen für bestimmte Produktbereiche hinausgehen. Auch werden Effizienzsteigerungen, die die Leistungserbringer bei der Herstellung der Produkte erzielen, in diesem Instrument nicht berücksichtigt.

Zu Artikel 1 Nr. 46 (§ 127 Absatz 1b SGB V)

Für die Wirksamkeit des Instrumentes bei Hilfsmitteln ist ein Preismoratorium bis zum Wirksamwerden der Regelung des § 127 Absatz 4 SGB V vorzusehen, um die Abschläge nicht durch Vorzieheffekte unwirksam werden zu lassen und bürokratische Verhandlungsaufwände mit eventuellen Schiedsverfahren zu vermeiden.

Weiterhin bedarf es einer Klarstellung, dass nicht nur die Vertragspreise, sondern auch Preisersatzregelungen und Versorgungspauschalen, die nicht einzelne Versorgungen konkret betreffen, sowie Einzelfallentscheidungen nach § 127 Abs. 3 SGB V davon abgedeckt sind, um nicht Ausweichmechanismen mit hohem bürokratischem Aufwand zu erzeugen.

Es wird daher folgende Ergänzung empfohlen:

„(1b) Für Hilfsmittelversorgungen nach § 33, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 1 erfolgen und im Zeitraum ... [einzusetzen: 1. Januar 2027, es sei denn, das Gesetz tritt erst danach in Kraft, dann einzusetzen: Datum des auf - 31 die Verkündung folgenden Tages] bis zum 31. Dezember 2028 begonnen haben, vermindert sich die vertraglich vereinbarte Vergütung um drei Prozent je Versorgung. Eine Versorgung gilt

als begonnen, sobald der Leistungserbringer nach Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen mit der auf die konkrete versicherte Person bezogenen Versorgungstätigkeit begonnen hat. Näheres regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Umsetzungsempfehlung.“

Zu Artikel 1 Nr. 46 (§ 127 Absatz 4 SGB V)

Die Preisbegrenzung innerhalb eines Korridors zu den Festbeträgen wird begrüßt. Die Begründungs- und Darlegungslast für Abweichungen von den Festbeträgen unterhalb des Korridors dürfte den Krankenkassen regelhaft schwerfallen, auch wenn einzelne Leistungserbringer oder Verbände diesen Vertragspreisen in Verhandlungen bereits zugestimmt haben. Die Wirtschaftlichkeit wird damit eingeschränkt. Da die Leistungserbringerverbände im Festsetzungsverfahren der Festbeträge bereits beteiligt sind, wird eine Notwendigkeit für diesen Ausschluss in den Vertragsverhandlungen außerhalb von Schiedsverfahren nicht gesehen

Änderungsvorschlag:

c) Absatz 4 wird durch folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(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 in begründeten Fällen um bis zu 10 Prozent über- oder unterschreiten; bis zur erstmaligen Festsetzung neuer Festbeträge nach § 36 Absatz 3 Satz 5 dürfen die Über- oder Unterschreitungen bis zu 15 Prozent betragen. Die Begründungs- und Darlegungslast für Abweichungen von den Festbeträgen oberhalb von § 36 Absatz 2 in den Verhandlungen und Schiedsverfahren trägt die Vertragspartei, die hieraus objektiv einen Vorteil in Bezug auf das Verhandlungsergebnis erhält.“

7. Krankenkassen

7.1 Verwaltungsausgaben

Artikel 1 Nr. 3 (§ 4 Abs. 5 neu SGB V)

Verwaltungsausgaben je Versicherten dürfen ab 2027 höchstens in Höhe der Grundlohnrate angepasst werden. Die Begrenzung gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik sowie für Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl entstehen.

Bewertung:

Gerade die Krankenkassen zeichnen sich dadurch aus, dass sie schon bislang verantwortungsvoll mit den Beitragsgeldern und damit auch den Verwaltungskosten umgegangen sind. So lag die Ausgabenentwicklung deutlich unter der Steigerung der Einnahmenentwicklung sowie der Leistungsausgaben. Der vorhandene Wettbewerb um eine gute Versorgung, Services und Beratung und des Preises setzt bereits einen intrinsischen Anreiz, so vorzugehen. Nicht zuletzt ist auch der immer kritische Blick der Partner der sozialen Selbstverwaltung in den Gremien der Krankenkassen auf effiziente und Strukturen und Prozesse der Krankenkassen gerichtet, um im Versorgungs- und Preiswettbewerb bestehen zu können.

Die Betriebskrankenkassen können dennoch die Absicht des Gesetzgebers nachvollziehen, auch die Ausgabenzuwächse der Krankenkassen an die Grundlohnsummenentwicklung zu koppeln, damit auch die Krankenkassen ihren Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der Ausgaben leisten.

Mit einer nachhaltigen Reduzierung der Verwaltungskosten muss jedoch auch der Abbau von Bürokratie, die Reduzierung von Berichtspflichten und eine konsequente Gegenfinanzierung zusätzlicher gesetzlicher Aufgaben erfolgen.

Die Verwaltungsausgaben hängen grundsätzlich von der Zahl der Versicherten ab; daher ist es sachgerecht, dass die Begrenzung die Versichertenentwicklung einbezieht. Allerdings spiegeln sich Versichertenverluste bei Krankenkassen allenfalls zu einem geringen Teil unmittelbar in einem Abbau von Verwaltungskosten wider. Vielmehr müssen hier seitens der betroffenen Kassen strukturelle Maßnahmen ergriffen werden (z.B. Anpassung des Personalbestandes, Anpassung bestehender Verträge), die erst

mit zeitlicher Verzögerung Wirkung entfalten. Für von einem Versichertenrückgang betroffene Krankenkassen sollte deshalb bei der angestrebten Neuregelung des § 4 SGB V ein Ausnahmetatbestand ergänzt werden.

Die Aufwände, die Kassen zur Umsetzung gesetzlicher Vorgaben betreiben, steigen seit Jahren. Sie sind notwendig, um die Versorgung auch in Ausnahmesituationen aufrecht zu erhalten. Dies Aufwände steigen aber auch, um Prozesse zu digitalisieren, um Fehlverhalten aufzudecken und vieles andere mehr. Darum sollten weitere Aufwendungen von der Verwaltungskostenbegrenzung ausgenommen sein, z.B. die Digitalisierung der Verwaltungsprozesse, sämtliche Aufwendungen zur Durchführung von Sozialversicherungswahlen, Aufwendungen für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und Kosten, die bei freiwilligen Vereinigungen (Fusionen) anfallen.

Auch der vorliegende Gesetzesentwurf verlangt von den Krankenkassen die Erfüllung neuer Aufgaben. So ist die Regelung des modifizierten §10 SGB V beziehungsweise § 242b SGB V (neu) mit deutlich höherem Aufwand seitens der Krankenkassen verbunden. Es könnten somit weitere Ausnahmen von der Verwaltungskostenbegrenzung sachgerecht sein.

7.2 Werbeausgaben

Artikel 1 Nr. 4 (§ 4a Abs. 3 neu, Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 neu SGB V)

Für die Werbeausgaben der gesetzlichen Krankenkassen wird eine jährliche Höchstgrenze gesetzlich festgelegt.

Bewertung:

Die Absicht des Gesetzgebers ist nachvollziehbar, dass auch die gesetzlichen Krankenkassen einen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV leisten. Dies geschieht bereits durch deutlich anteilig am Gesamtvolumen sinkende Verwaltungskosten in den letzten Jahren. Der wettbewerbliche Rahmen und hieraus entstehende Druck hat einen maßgeblichen Anteil an dieser Entwicklung.

Wettbewerb verlangt Differenzierung und daher auch Marketing. Werbekosten sind ein Teil der Verwaltungskosten und tragen wesentlich zum Wettbewerb um schlanke Strukturen und günstige Beiträge bei.

Mit Artikel 1 Nr. 3 soll der Anstieg der Verwaltungsausgaben ab 01.01.2027 gedeckelt werden – hier sind die Werbeausgaben bereits inkludiert. Es ist daher nicht notwendig und sinnvoll, das Werbebudget gesondert zu kürzen. Die Krankenkassen sollten nach eigenem Ermessen entscheiden, bei welchem Teil der Verwaltungskosten sie sparen.

Daher sollte diese Regelung gestrichen werden.

7.3. Außertarifliche Vergütungen

Artikel 1 Nr. 29, 59, 67, 70 (§ 79 Abs. 6 neu, § 217b Abs. 2 neu, § 282 Abs. 4 neu, § 410 neu, § 411 neu SGB V) Artikel 2 Nr. 2 (§ 35a Abs. 6a neu SGB IV)

Die Vergütungen für außertariflich beschäftigte Führungskräfte der Krankenkassen, der Medizinischen Dienste und der Kassenärztlichen Vereinigungen werden begrenzt. Vergütungserhöhungen sind nur noch alle 6 Jahre als Zuschlag auf die vereinbarte Grundvergütung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V des laufenden Kalenderjahres möglich.

Bewertung:

Personal- und Haushaltshoheit sind die Kernkompetenzen der Verwaltungsräte der Krankenkassen. Insofern sind die vorgesehenen Regelungen ein Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen. Außerdem führt die Regelung zu einem Wettbewerbsnachteil gegenüber anderen Akteuren im Gesundheitswesen bei der Auswahl des Führungspersonals und benachteiligt die betroffenen Beschäftigten. Schließlich will man auch bei den Krankenkassen auf Führungsebene hoch qualifizierte Managementpersönlichkeiten, die Versorgung gestalten und für die Versicherten gute Beratung und Services sicherstellen. Mit Vorgaben zu Gehaltsanpassungen nur alle sechs Jahre haben die Krankenkassen im Wettbewerb um entsprechende Führungskräfte keine Chance mehr. Schließlich führt das sechsjährige Einfrieren von Gehältern zu einem massiven Wertverlust der Entgelte. Damit unterbietet diese Regelung sogar die Abbildung der Grundlohnentwicklung in den Vergütungen aller anderen Leistungsbereiche, die jährlich angepasst werden. Darum ist diese Regelung zu streichen.

Die Argumente im Einzelnen:

Zum Kern der Selbstverwaltung gehört, dass Organisationen ihre interne Struktur, ihr Personal und die damit verbundenen Kosten eigenständig festlegen können. Die geplanten Änderungen greifen deutlich in diese Rechte ein: Wenn Vergütungen für außertarifliche Beschäftigte künftig nur noch alle sechs Jahre angepasst werden dürfen, und dann auch nur in Höhe der jährlichen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V für das jeweilige Kalenderjahr, bleibt die Entwicklung der Veränderungsrate der Kalenderjahre seit der letzten Vergütungserhöhung unberücksichtigt – ein Inflationsausgleich wäre damit ausgeschlossen. Eine so starke Einschränkung ist unverhältnismäßig.

Hinzu kommt, dass diese Regelungen die Krankenkassen im Vergleich zu anderen Akteuren im Gesundheitswesen und zu Unternehmen in anderen Branchen deutlich ins Hintertreffen setzen. Denn während dort Gehälter flexibel und marktgerecht gestaltet werden können, wären die Krankenkassen an starre gesetzliche Vorgaben gebunden. Das erschwert es erheblich, qualifizierte Führungskräfte zu gewinnen und zu halten.

Besonders problematisch ist, dass die neuen Vorgaben auch für bereits geschlossene Arbeitsverträge gelten sollen (bis einschließlich 30. März 2026). Ein Vertrauensschutz wäre nur dann vorgesehen, wenn im Vertrag eine konkrete Gehaltserhöhung bereits fest vereinbart ist. Dagegen sollen sogenannte Überprüfungs- oder Nachverhandlungsklauseln nicht geschützt sein – also Regelungen, die eine spätere Anpassung zwar ermöglichen, aber der Höhe nach nicht konkret festlegen. Die geplanten Regelungen greifen rückwirkend in den vertraglich vereinbarten Anspruch auf Überprüfung und Entscheidung nach billigem Ermessen bei laufenden privatrechtlichen Verträgen ein und unterlaufen den Grundsatz des Vertrauensschutzes.

7.4. Information über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

Artikel 1 Nr. 58 (§ 175 Absatz 4 Satz 7 neu SGB V)

Künftig können Krankenkassen über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes durch ein entsprechend § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches bekanntgegebenes elektronisches Dokument informieren.

Bewertung:

Bei Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes besteht eine differenzierte, schriftliche Hinweispflicht der Krankenkassen. Die Klarstellung, dass eine elektronische Bekanntgabe des Informationsschreibens möglich ist, wird begrüßt.

Die Änderung geht jedoch nicht weit genug. Ein nicht unerheblicher Teil der Mitglieder hat die digitale Kommunikation mit der Krankenkasse noch nicht eröffnet und muss daher postalisch informiert werden. Bei geschätzten Kosten von ca. 2,00 EUR pro Brief (Porto, Druck, Papier) bedeutet dies – auch angesichts der aktuellen Dynamik und in kurzer Folge notwendig werdender Beitragssatzanhebungen – eine nicht unerhebliche wirtschaftliche Zusatzbelastung der Krankenkassen.

Die Betriebskrankenkassen plädieren für die Ermöglichung der Information ohne zwingende Formvorgaben, somit auch über die Mitgliederzeitschrift oder beispielsweise die Homepage. Die Krankenkassen blieben informationspflichtig

Darüber hinaus sind die Hinweispflichten zum Sonderkündigungsrecht bei erstmaliger Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags auf das Maß der für das Mitglied sinnvollen und hilfreichen Informationen zu beschränken. Der zwingend in die Information aufzunehmende Hinweis auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz ist unsachgerecht und zu streichen. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist eine rein rechnerische und somit keine geeignete Referenzgröße für den Vergleich unter den verschiedenen Krankenkassen. Der Hinweis auf die Möglichkeit des Wechsels in eine günstigere Krankenkasse ist ebenfalls zu streichen. Preissensible Personen vergleichen die Beitragssätze ohnehin. Mitglieder können sich unerwünscht fühlen. Dies ist ein negatives Signal, das die Krankenkassen nicht aussenden wollen.

Änderungsvorschlag:

„Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in § 175 Absatz 4 Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf das Sonderkündigungsrecht und den von der Krankenkasse zu erhebenden Zusatzbeitragssatz hinzuweisen.“

8. Evidenzbasierung

8.1 Zweitmeinungsverfahren

Artikel 1 Nr. 10 (§ 27b neu SGB V)

Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens bei ausgewählten mengenanfälligen Eingriffen. Der G-BA bestimmt erstmals bis zum 31. März 2027 mindestens einen und danach jährlich mindestens einen weiteren planbaren, mengenanfälligen Eingriff, für den ein gesetzliches Abrechnungsverbot bei nicht eingeholter Zweitmeinung greift. Die Aufklärung des Versicherten über sein Recht zum Einholen einer Zweitmeinung sowie über mögliche Folgen bei einer ausbleibenden Einholung kann mündlich durch den Arzt erfolgen. Informationen über den avisierten Eingriff sowie Behandlungsalternativen sind jedoch zusätzlich in Textform auszuhändigen. Hierbei ist auf die Unterlagen zur Entscheidungsunterstützung von Versicherten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zurückzugreifen.

Bewertung:

Positiv. Reduziert medizinisch nicht zwingend erforderliche Operationen und stärkt zugleich die Rechte und Selbstbestimmung der Versicherten.

9. Leistungsausschlüsse

9.1 Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene

Artikel 1 Nr. 9 (§ 25 Abs. 4 Satz 7 neu SGB V)

Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene (§ 25 Absätze 1 und 2 SGB V): Der G-BA soll die in seiner Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie geregelten Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten auf der Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse überprüfen und ggf. anpassen und inhaltlich weiterentwickeln.

Bewertung:

Eine Überprüfung der Richtlinien und Aktualisierung ist richtig.

9.2 Hautkrebsscreening

Artikel 1 Nr. 9 (§ 25 Abs. 4 Satz 7 neu SGB V)

Der G-BA wird aufgefordert, die in seiner Krebsfrüherkennungs-Richtlinie geregelten Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs anhand des aktuellen Wissensstands zu überprüfen und ggf. in ein risikobasiertes Hautkrebs-Screening zu überführen.

Bewertung:

Positiv, da Rückkehr zur Evidenzbasierung. Verhindert werden muss, dass Ärzte diese Leistung künftig gesondert zu Lasten der Patient:innen abrechnen (IGEL).

9.3 Kieferorthopädie

Artikel 1 Nr. 11, 31, 36 (§ 28 Abs. 2 Satz 6 und 7 neu, Abs. 2a neu, § 87 Abs. 1d neu, Abs. 2h Satz 4 neu, § 92 Abs. 1a Satz 3 und 4 neu SGB V)

Die bisherige Einzelleistungsvergütung für kieferorthopädische Leistungen wird durch Pauschalen ersetzt. Die fachlichen Qualifikationsanforderungen an die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Behandlungen durchführen, werden erhöht. Zusätzlich soll der G-BA die Anspruchskriterien für kieferorthopädische Behandlungen evaluieren und die Festlegung evidenzbasierter Leitlinien für Indikationen und Kontraindikationen für Röntgenaufnahmen bei kieferorthopädischen Behandlungen prüfen.

Bewertung:

Durch höhere Qualifikationsanforderungen besteht das Risiko der Unterversorgung in Strukturschwachen Regionen. Die Versorgung in diesen Regionen muss durch eine Ausnahmeregelung sichergestellt werden.

Die Vorschläge beziehen sich auf strukturelle Änderungen die zeitlich und in der Umsetzung nicht richtig eingeordnet sind. Die Überprüfung und Anpassung der Richtlinien durch den G-BA muss nacheinander erfolgen, eine parallele Abfolge ist nicht sinnvoll. Erst danach können entsprechende Anpassung in der bestehenden Versorgung durchgeführt werden.

10. Krankengeld

10.1 Absenkung Krankengeld bei Arbeitslosigkeit während Krankengeldbezug

Artikel 1 Nr. 18 (§ 47 Abs. 2a neu SGB V)

Bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses während einer Erkrankung mit Krankengeldbezug wird das Krankengeld auf das Niveau des Arbeitslosengeldes I abgesenkt.

Endet ein Beschäftigungsverhältnis während Arbeitsunfähigkeit, beträgt das Krankengeld vom Tage nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses an abweichend von Absatz 1 60 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes. Der Betrag erhöht sich auf 67 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes, sofern der Versicherte oder der Ehe- oder Lebenspartner mindestens ein Kind im Sinne des § 32 des Einkommensteuergesetzes hat.“.

Bewertung:

Mit der Regelung soll eine sachlich nicht gerechtfertigte Besserstellung vermieden werden und eine Gleichbehandlung von Versicherten, die bereits arbeitslos sind. Ein Einsparungseffekt wird durch die Reduzierung der Höhe des Krankengeldes erzielt.

Die vorgeschlagene Regelung, das Krankengeld nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses während bestehender Arbeitsunfähigkeit pauschal auf 60 % des Nettoarbeitsentgeltes (bzw. 67 % bei Vorliegen eines Kindes im Sinne des § 32 EStG) festzusetzen, ist im Ansatz deutlich praktikabler als komplexe Verweisungen auf das Arbeitslosengeldrecht. Sie schafft eine klare, eigenständige und für die Krankenkassen grundsätzlich handhabbare Berechnungsgrundlage.

Allerdings sind den BKK regelmäßig die Ehe- oder Lebenspartner der Versicherten nicht bekannt. Zudem kann die BKK nicht feststellen, ob ein Kind im Sinne des § 32 EStG vorhanden ist.

10.2 Wartezeit für die Inanspruchnahme einer Wahlerklärung

Artikel 1 Nr. 16 (§ 44 Abs. 2 Satz 4 neu SGB V)

Es soll eine Wartezeit für die Inanspruchnahme einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V kurz vor dem Eintritt eines absehbaren Krankheitsfalls eingeführt werden.

Neu im Kabinettsentwurf: „Der Anspruch auf Krankengeld entsteht mit Zugang der Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 bei der Krankenkasse, wenn die Versicherten erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung begründen oder unmittelbar vor Abgabe der Wahlerklärung einen Anspruch auf Krankengeld hatten, der aufgrund eines Wechsels ihres Versichertenstatus, insbesondere durch Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit, ohne Abgabe der Wahlerklärung nicht mehr besteht, und die Wahlerklärung der Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach Begründung der Mitgliedschaft oder nach Eintritt des Statuswechsels zugeht. Für andere Versicherte, die eine Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 abgeben, entsteht der Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten nach Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse.“

Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu oder tritt eine Arbeitsunfähigkeit während der in Satz 5 genannten Wartezeit ein, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt. Abweichend von den Sätzen 5 und 6 entsteht der Anspruch auf Krankengeld ab dem ersten Tag der Krankheit, wenn diese Krankheit, die die Versicherten während der in Satz 5 genannten Wartezeit arbeitsunfähig macht oder aufgrund derer sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, innerhalb der in Satz 5 genannten Wartezeit durch einen Unfall herbeigeführt worden ist.“

Bewertung:

Es wird verhindert, dass Versicherte sich kurz vor dem Eintritt einer absehbaren Arbeitsunfähigkeit, bzw. Eintritt der Mutterschutzfrist, gegen lange Einkommensausfälle absichern, ohne vorher einen angepassten Beitrag zu leisten.

Es sollte ausdrücklich klargestellt werden, dass ein Anspruch auf Krankengeld frühestens nach Ablauf der Wartezeit und erst nach Beendigung einer zu diesem Zeitpunkt bestehenden Arbeitsunfähigkeit entstehen kann. Zudem sollte die Wartezeit nicht

beginnen, wenn zum Zeitpunkt der Abgabe bereits Arbeitsunfähigkeit besteht. Insgesamt macht die vorgesehene Erweiterung die Regelung komplex. Dies wird zu einem erhöhten Beratungs- und Prüfaufwand führen. Auch die Nachweisproblematik bei einem Unfall führt zu erhöhtem Aufwand und kann zu Streitigkeiten führen.

10.3 Krankengeld bei Teilrentenbezug

Artikel 1 Nr. 20 (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 neu SGB V)

Um Mitnahmeeffekte zu verhindern, sollen Versicherte, die eine Teilrente beziehen, die mehr als zwei Drittel der Vollrente beträgt, künftig keinen Anspruch auf Krankengeld mehr haben. Bislang ist es möglich, auch bei Wahl einer 99,99-prozentigen Teilrente einen Krankengeldanspruch geltend zu machen.

Bewertung:

Das Krankengeld ist eine Entgeltersatzleistung, um den Lebensunterhalt zu sichern. Eine entsprechende Zielsetzung hat auch eine Altersrente. Es werden systemwidrige Mitnahmeeffekte mit dieser Regelung vermieden.

10.4 Fristverkürzung bei Antrag auf Reha oder Rente

Artikel 1 Nr. 21 (§ 51 Abs. 1 und 2 neu SGB V)

Die bisherigen Fristen nach § 51 SGB V zur Antragstellung auf rehabilitative Maßnahmen oder auf Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente werden auf 4 Wochen verkürzt.

Bewertung:

Es handelt sich um eine Angleichung zur Fristsetzung anderer Sozialversicherungsträger. Die Änderung dient der noch konsequenteren Umsetzung des Nachranggrundsatzes von Krankengeld im Verhältnis zur Rente.

10.5 Teilkrankengeld und Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit

Artikel 1 Nr. 17, 19, 28, 68 (§§ 44c und d neu, SGB V § 49 Abs. 1 Nr. 1 neu, § 74 Satz 1 neu, § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 neu, Abs. 4 Satz 5 neu SGB V)

Für Versicherte mit nicht nur geringfügigen Erkrankungen und einer voraussichtlich länger als vier Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeit wird die Möglichkeit geschaffen, teilarbeitsunfähig zu sein und Teilkrankengeld zu beziehen.

Bewertung:

Grundsätzlich positiv, da Arbeitnehmer:innen ermöglicht wird, auch teilweise der Beschäftigung nachzukommen.

Wir erwarten aber keine kurzfristigen Einsparungen, sondern eher einen hohen Verwaltungsaufwand für die Einführung. Dies umfasst die Koordination einer Vielzahl von Schnittstellen zwischen Arbeitgebern, Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern (insbesondere Renten- und Unfallversicherung), aber auch im Verhältnis zu den bereits existierenden Instrumenten und Leistungsansprüchen (Rehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung, Lohnfortzahlung, betriebliche und tarifliche Regelungen). Fraglich bleibt auch die Nutzung.

Das Teilkrankengeld wird aus dem ausgefallenen Arbeitsentgelt geleistet. Diese Vorgehensweise ist für Arbeitgeber und Krankenkassen sehr bürokratisch. Vielmehr sollte das Krankengeld entsprechend gekürzt (25%, 50%, 75%) werden und als Teilkrankengeld geleistet werden. Es wird davon ausgegangen, dass hieraus regelmäßig ein wirtschaftlicher Vorteil gegenüber einem vollständigen Bezug von Krankengeld entsteht. Dies ist nachvollziehbar. Zudem ergibt sich durch die Einführung des §44 d ein doppelter Krankengeldanspruch bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankengeld sollte daher in § 44 SGB V integriert werden. Auf Grund der umfassenden Änderungen ist eine Umsetzung vor 2028 nicht realistisch.

10.6 Anspruch auf individuelle Beratung bei Bezug von Krankengeld

Artikel 1 Nr. (§ 44 Abs. 4 neu SGB V)

Für den Anspruch auf individuelle Beratung wird die bisherige Einwilligungslösung durch eine Erlaubnisnorm mit Widerspruchsrecht (Opt-out) ersetzt.

Bewertung:

Wir bewerten dies positiv, denn die Unterstützung der Versicherten bei Krankheit mit individuellen Angeboten der Betriebskrankenkassen wird erleichtert. Die derzeitige Formulierung zum Widerspruch ist jedoch zu unbestimmt und sollte präzisiert werden. Insbesondere sollte klar geregelt werden, dass ein Widerspruch ausschließlich die freiwillige Beratung nach § 44 Abs. 4 betrifft, während gesetzlich erforderliche Kontakte unberührt bleiben. Dies würde Rechtssicherheit schaffen und zugleich datenschutzrechtlichen Anforderungen an Transparenz und Zweckbindung besser gerecht werden.

11. Innovationsfonds

11.1 Absenkung der Finanzierung

Artikel 1 Nr. 37 (§ 92a neu gefasst SGB V)

Die Finanzierung des Innovationsfonds wird ab dem Jahr 2027 dauerhaft auf 100 Millionen Euro pro Jahr abgesenkt und ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen.

Bewertung:

Wir befürworten die dauerhafte Absenkung und ausschließliche Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

11.2 Rückführung nicht verausgabter Mittel an den Gesundheitsfonds

Artikel 1 Nr. 37, 65 (§ 92a neu, §271 Abs. 5 neu SGB V)

Sämtliche seit Bestehen des Innovationsfonds angesammelten und nicht verausgabten Mittel, soweit sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, werden einmalig an den Gesundheitsfonds zurückgeführt.

Nicht verausgabte Mittel, sofern sie nicht für andere Aufgaben gebunden sind, werden künftig regelhaft an den Gesundheitsfonds zurückgeführt.

Bewertung:

Grundsätzlich befürworten wir die Rückführung der nicht verausgabten Mittel.

Allerdings regen wir an, eine Übertragbarkeit von nicht verausgabten Fördermitteln in das nächste Jahr in Höhe von 10 % des jährlichen Fördervolumens zu gewährleisten. Damit kann eine gewisse Flexibilität bei der Antragsauswahl trotz der drastischen Kürzung des Fördervolumens ermöglicht werden. Die Begrenzung der übertragbaren Mittel auf 10 % der jährlichen Fördersumme verhindert zudem auch eine zu große Bildung von Rücklagen.

11.3 Vereinfachte Förderverfahren

Artikel 1 Nr. 38 (§ 92b Abs 1 Satz 2 neu, Abs. 2 neu, Abs. 5 Satz 1 und 2 neu SGB V)

Die Förderverfahren im Innovationsfonds werden vereinfacht und somit der Bürokratieaufwand der Förderung reduziert.

Bewertung:

Das Vorhaben der Vereinfachung der Förderverfahren begrüßen wir ausdrücklich. Allerdings sehen wir die geplante Reduktion der Personalmittel der Geschäftsstelle des Innovationsfonds kritisch, da durch die Vereinfachung der Förderverfahren nicht zwingend mit einer reduzierten Anzahl von Anträgen auszugehen ist und die Aufgaben der Geschäftsstelle eher zunehmen.

12. Digitale Gesundheitsanwendungen

12.1 Höchstbetragsregelung im ersten Jahr

Artikel 1 Nr. 55 (§ 134 Abs. 1 Satz 4 und 5 neu, Abs. 5 Satz 3, 6 und 7 neu SGB V)

Für das erste Jahr der Erstattung wird ein Höchstbetrag als Auffangwert für digitale Gesundheitsanwendungen eingeführt, die keiner Höchstbetragsgruppe angehören.

Bewertung:

Die Finanzkommission hat deutlich weitergehende und konsequentere Maßnahmen zur Preissteuerung empfohlen. Der Entwurf bleibt dahinter zurück und setzt stattdessen auf formal stärkere, aber faktisch wirkungsschwache Instrumente.

Höchstbeträge schaffen keinen echten Wettbewerb, sondern wirken als Zielpreise für Hersteller: Die Preise orientieren sich systematisch am oberen Rand der Regulierung. Fehlende Vergleichbarkeit von DiGA verhindert einen wirksamen Preisdruck.

12.2 Abstufungsregelung ab dem 13. Monat

Artikel 1 Nr. 55 (§ 134 Abs. 1 Satz 4 und 5 neu, Abs. 5 Satz 3, 6 und 7 neu SGB V)

Für die verhandelten Vergütungsbeträge, die ab dem dreizehnten Monat gelten, wird in Form einer Abstufungsregelung eine generelle Berücksichtigung der mit steigenden Abgabemengen sinkenden Grenzkosten für digitale Produkte vorgegeben.

Bewertung:

Die Finanzkommission hat eine frühere und konsequentere Preisregulierung nahegelegt, der gefolgt werden sollte. Da der Entwurf hingegen daran festhält, dass Preisadjustierungen erst ab dem 13. Monat greifen, verbleibt das finanzielle Risiko somit vollständig bei der GKV in der sensiblen Einführungsphase. Überhöhte Preise können somit weiterhin über Monate hinweg realisiert werden, bevor Korrekturen greifen. Diese können dann aber in Fällen von Zahlungsunfähigkeiten i.S. von Insolvenzen nicht mehr realisiert werden.

Abschläge bleiben zudem pauschal und nicht am Versorgungserfolg orientiert. Strategische Ausweichreaktionen der Hersteller sind zu erwarten und werden durch eine Abstufung sogar noch befeuert.

Der Entwurf ignoriert ferner die Empfehlung der Finanzkommission, Zuzahlungen für die DiGA einzuführen und verzichtet damit auf ein Steuerungsinstrument zulasten von Eigenverantwortung und nachhaltiger Ausgabenentwicklung. DiGA zeichnen sich durch eine freiwillige Inanspruchnahme sowie eine heterogene Nutzung und Nutzenbewertung aus. Eine differenzierte Einbindung von Zuzahlungen – etwa sozial ausgewogen gestaltet und an klare Kriterien geknüpft – könnte hier also durchaus einen sinnvollen Beitrag leisten, um die Ausgabendynamik in diesem wachsenden Leistungsbereich besser zu steuern und zugleich die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken, ohne sie unangemessen finanziell zu belasten.

13. Belastungen für Patientinnen und Patienten

13.1 Zuzahlungserhöhungen

Artikel 1 Nr. 23 (§ 61 neu SGB V)

Die Zuzahlungsgrenzen und -beträge werden um 50 Prozent angehoben. Zudem erfolgt künftig eine Dynamisierung der Zuzahlungsgrenzen und -beträge auf Basis der Grundlohnrate.

Bewertung:

Eine Erhöhung der Zuzahlungen erscheint zwar als probates Mittel, sie negiert jedoch, dass gerade die Beitragszahlenden und vor allem Patient:innen in den vergangenen Jahren bereits durch hohe Beitragssätze belastet waren. Selbst mit einem Beibehalt der Belastungsgrenzen erfolgt eine Mehrbelastungen insbesondere multimorbider Versicherter, die ggf. notwendige medizinische Maßnahmen nicht mehr in Anspruch nehmen, was zu einer Verschlechterung der Versorgung beitragen würde.

13.2 Zahnersatz

Artikel 1 Nr. 22 (§ 55 Abs. 1 neu, Abs. 2 Satz 1 neu, Abs. 5 Satz 6 neu SGB V)

Die Anhebung für Festzuschüsse beim Zahnersatz wird rückgängig gemacht.

Bewertung:

Durch ein Absenken der Festzuschüsse beim Zahnersatz erhöht sich der Eigenanteil der Versicherten. Diese Mehrbelastungen der Versicherten lehnen wir ab, notwendige zahnmedizinische Maßnahmen könnten teilweise nicht mehr in Anspruch genommen werden und so zu einer Verschlechterung der Versorgung beitragen und in den Folgejahren höhere Kosten verursachen.

14. Belastungen für Arbeitgeber und Mitglieder

14.1 Dauerhafte Kürzung des Zuschusses des Bundes

Artikel 1 Nr. 60 (§ 221 Abs. 1 Satz 2 neu SGB V)

Ab 2027 wird der Zuschuss an die GKV aus dem Bundeshaushalt, der derzeit 14,5 Mrd. Euro im Jahr beträgt, unbefristet um 2 Mrd. Euro im Jahr gekürzt.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen lehnen die beabsichtigte Absenkung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds von 14,5 auf 12,5 Milliarden Euro entschieden ab. Der Bundeszuschuss dient nach seiner Zweckbestimmung dem Ausgleich versicherungsfremder Leistungen und ist damit kein politischer Verfügungsbetrag, der in Zeiten haushaltspolitischer Konsolidierung gekürzt werden kann. In einer Phase, in der die GKV bereits unter erheblichen finanziellen Belastungen steht, verschiebt die Kürzung zusätzliche Lasten auf Beitragszahlende und Arbeitgeber. Statt einer Absenkung braucht es eine verlässliche, dynamische und auskömmliche Finanzierung des Bundesanteils.

Die Reduktion der Beteiligung des Bundes an den versicherungsfremden Leistungen belastet die Beitragszahler in Höhe von rund einem Beitragszehntel zusätzlich. Dabei umfasst die Höhe des Bundeszuschusses bereits seit 2017 den Betrag von 14,5 Mrd.

Euro. In dieser Zeit ist das Volumen versicherungsfremder Leistungen Jahr für Jahr gestiegen, sodass anstelle der Kürzung eine entsprechende Dynamisierung sachgerecht wäre. Die geplante Kürzung konterkariert den Wunsch, die Lohnnebenkosten zu senken und Bund entzieht sich seiner Finanzierungsverantwortung für versicherungsfremde Leistungen, die er für die GKV vorsieht.

14.2 Geringfügige Beschäftigung

Artikel 1 Nr. 64 (§ 249b Satz 1 neu SGB V)

Künftig wird der Beitragssatz für den vom Arbeitgeber aus einer geringfügigen Beschäftigung zu tragender Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung anhand des allgemeinen Beitragssatzes und des jeweils für das betreffende Jahr bekanntgegebenen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes berechnet und somit an den durchschnittlich bei versicherungspflichtigem Beschäftigungsverhältnis geltenden Beitragssatz angeglichen.

Bewertung:

Die Regelung belastet die Arbeitgeber und sollte vor dem Hintergrund der aktuellen wirtschaftlichen Situation überdacht werden.

14.3 Beitragsbemessungsgrenze

Artikel 1 Nr. 61 (§ 223 Abs. 3 und 4 neu, § 6 neu SGB V)

Im Jahr 2027 wird die monatliche Beitragsbemessungsgrenze einmalig zusätzlich um rund 300 Euro monatlich (3.600 Euro im Jahr) angehoben. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) wird um denselben Betrag angehoben.

Bewertung:

Die finanzielle Situation der GKV hat sich in den vergangenen Jahren aufgrund der sehr dynamischen Ausgabendynamik verschlechtert. Die Maßnahme erhöht die Einnahmen der GKV und reduziert somit partiell den Konsolidierungsbedarf bei den Ausgaben. Sie stärkt jedoch auch die private Krankenversicherung (PKV). Arbeitnehmer in der GKV

oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (die zugleich somit oberhalb der BBG verdienen) sowie alle übrigen freiwillige Mitglieder oberhalb der BBG haben mit der Neuregelung einen zusätzlichen finanziellen Anreiz, in die PKV abzuwandern. Dabei haben jene Personen mit aktuell unterdurchschnittlicher Morbidität einen besonders großen Anreiz, in die PKV zu wechseln. Diese Personengruppe trägt jedoch im Status quo maßgeblich zur Finanzierung bei. Damit wird die GKV weiter ausgehöhlt. Gleichzeitig werden die Arbeitgeber zusätzlich belastet.

Die außerordentliche Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze sowie der Beitragsbemessungsgrenze ist ausdrücklich keine Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit.

Zu beachten gegeben wird zudem, dass im Zuge der außerordentlichen Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenzen (Artikel 1 Nummer 5, § 6 SGB V) mit der Neufassung des § 6 Absatz 8 SGB V eine weitere – dritte – Jahresarbeitsentgeltgrenze geschaffen wird. Entgegen der Zielsetzung der Bundesregierung, Bürokratie abzubauen, werden Prozesse für Krankenkassen sowie Arbeitgeber komplexer und für die Mitglieder intransparenter.

14.3 Beitragsfreie Familienversicherung

Artikel 1 Nr. 2, 7, 63 (§ 3 Satz 3 und 4 neu, § 10 Abs. 6 neu, § 242b neu, § 250 Abs. 4 neu SGB V)

Die beitragsfreie Familienversicherung soll dahingehend begrenzt werden, dass sie nur noch für Ehe- und Lebenspartner:innen mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, mit zu pflegenden Angehörigen sowie nach Erreichen der Regelaltersgrenze oder bei voller Erwerbsminderung greift. Für alle anderen familienversicherten Ehe- und Lebenspartner:innen hat das Mitglied künftig einen Beitragszuschlag in Höhe von 2,5 Prozent seiner/ihrer beitragspflichtigen Einnahmen zahlen.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen lehnen die vorgesehene Änderung entschieden ab:

- Es werden keine substantiellen Mehreinnahmen im Sinne einer Beitragsatzstabilisierung generiert.

- Der Gesetzgeber erhöht Bürokratie und Verwaltungsaufwand deutlich, fordert aber gleichzeitig eine Reduzierung der Verwaltungskosten der Krankenkassen.
- Die Umsetzungskosten machen den Beitragszuschlag für die GKV wirtschaftlich unattraktiv.
- Ein solidarisches Grundprinzip der GKV wird ausgehöhlt und die Attraktivität der PKV im Wettbewerb gestärkt.
- Das Sozialversicherungsrecht wird noch komplexer. Die Neuregelung wird Unsicherheit und einen erhöhten Informations- und Beratungsbedarf bei den Betroffenen auslösen.

Der Gesetzgeber integriert den Beitragszuschlag in den originären Krankenversicherungsbeitrag der Stammversicherten. Für die Umsetzung der Neuregelung bedarf es diverser Anpassungen von Meldeverfahren mit Arbeitgebern, Zahlstellen für Versorgungsbezüge und entgeltersatzleistenden Sozialträgern; neben den Kranken- und Pflegekassen werden die Arbeitgeber und die beitragsabführenden Stellen erhebliche Änderungen umsetzen müssen. Die Betriebskrankenkassen erwarten, dass allein der Aufwand für die Datenerhebung zur Prüfung der Zugehörigkeit zu einem der gemäß § 242b Absatz 1 privilegierten Personenkreise größer sein wird, als seinerzeit der für die Umsetzung des Beitragsabschlages für Eltern von mehr als einem Kind in der sozialen Pflegeversicherung (PUEG). Es ist zu vermuten, dass nicht alle Softwareersteller die bei den beteiligten Institutionen teils umfangreichen Änderungen termingerecht umsetzen können.

Auch die Abführung des Beitragszuschlages wird erhebliche Aufwände bewirken. Ob Betroffene vom Beitragszuschlag gemäß § 242b Absatz 1 ausgenommen sind, wird im Rahmen der sogenannten FAMI-Bestandspflege zu erheben sein. Diese erfolgt naturgemäß retrospektiv/zeitversetzt. Teilweise ziehen sich diese Verfahren aufgrund mangelnder Mitwirkung des Mitglieds über Monate, wenn nicht Jahre. Liegt keine Ausnahme (mehr) vor, müssen Beitragszuschläge nachträglich erhoben werden. Nicht nur, dass die beitragsabführenden Stellen, allen voran die Arbeitgeber, durch die beabsichtigte Neuregelung in die teils langwierige FAMI-Bestandsprüfung hineingezogen werden; der vorgesehene rückwirkende Einbehalt des Zuschlags durch die beitragsabführenden Stellen birgt Konfliktpotential und erhöht den Beratungsbedarf auch auf Seiten der beitragsabführenden Stellen.

Die Berücksichtigung nicht nur eigener Kinder der familienversicherten Ehe-/Lebenspartner:innen, sondern auch der Kinder des Stammmitglieds honoriert in sogenannten Patchwork-Familien die Erziehungsleistung des/der familienversicherten Ehe-/Lebenspartner:in. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich weiterhin dafür aus, die Voraussetzung der Haushaltsaufnahme in § 242b Satz 1 Nummer 1 zu streichen. Es sollte die Feststellung genügen, dass der Familienverbund familienversicherte Kinder hat. Der Verzicht auf die Prüfung der Haushaltsaufnahme würde den Verwaltungsaufwand zumindest in gewissem Maße reduzieren. Ferner weisen die Betriebskrankenkassen darauf hin, dass der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten/Lebenspartner künftig ebenfalls anfallen würde, wenn ein Kind vor der Vollendung des 7. Lebensjahres verstirbt, und empfehlen daher, den Ausnahmetatbestand dahingehend auszuweiten, dass auch verstorbene Kinder von den Krankenkassen berücksichtigt werden könnten.

Bezüglich der Berücksichtigung von nicht-erwerbsmäßiger Pflege ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenkasse des Stammmitglieds regelhaft keine Informationen darüber hat, ob der/die familienversicherte Ehe- bzw. Lebenspartner:in jemanden pflegt. Diese Informationen wären im Rahmen der jährlichen FAMI-Bestandspflege von den Krankenkassen nun neu und zusätzlich zu erheben. Auch dies widerspricht der Intention des Gesetzgebers, die Verwaltungskosten der Kranken- und Pflegekassen im Rahmen zu halten. Darüber hinaus ist bislang völlig unklar, wie die Krankenkassen den Ausnahmetatbestand der Erwerbsminderung im Sinne des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung prüfen sollen. Eine Befassung des Medizinischen Dienstes würde Doppelstrukturen bei der Kranken- und Rentenversicherung auslösen, die wiederum den Verwaltungsaufwand erhöhen werden.

Bereits der Referentenentwurf konnte nicht aufzeigen, wie die Rechtsänderung helfen soll, substanzielle Mehreinnahmen zu generieren und Verwaltungskosten einzusparen. Die Verringerung des Beitragszuschlags auf nun 2,5 Prozent (Kabinettsentwurf) macht die vom Gesetzgeber erwartete Stärkung der GKV-Finzen durch diese Maßnahme noch unwahrscheinlicher.

15. Der magere Beitrag aus dem Bundeshaushalt: Darlehen, Finanzierung Grundsicherungsbeziehende und Zuckerabgabe

15.1 Verschiebung der Rückzahlung der Darlehen

Artikel 1 Nr. 60 (§ 221 Abs. 4 neu SGB V)

Die Rückzahlung der Darlehen aus den Jahren 2023, 2025 und 2026 an die GKV wird verschoben. Sie müssen nun erst in den Jahren 2035 bis 2039 zurückgezahlt werden.

Bewertung:

Grundsätzlich sind Darlehen keine angemessene Lösung zur Behebung einer bestehenden Finanzlücke; sie verschieben die Belastung in die Zukunft statt Probleme zu lösen. Das gilt auch für ein weiteres Aufschieben.

15.2 Erhöhung des Bundesanteils an der Finanzierung für Grundsicherungsbeziehende

Artikel 1 Nr. 62 (§ 232a Abs. 1 Nr. 2 neu SGB V)

In den Jahren 2027 bis 2031 wird der Faktor, mit dem die monatliche Bezugsgröße multipliziert wird, um den Betrag zu erhalten, der für Grundsicherungsbeziehende aus dem Bundeshaushalt als Krankenversicherungsbeitrag in der GKV gezahlt wird, schrittweise erhöht. Dies bedeutet ungefähr 250 Mio. Euro mehr in 2027, 500 Mio. Euro mehr in 2028, 1 Mrd. Euro mehr in 2029, 1,5 Mrd. Euro mehr in 2030 und 2 Mrd. Euro mehr ab 2031.

Bewertung:

Dieser Betrag ist ein Tropfen auf den heißen Stein. Rechnet man ihn mit der Kürzung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen gegen, wird offenbar, dass statt einer Entlastung eine Belastung der GKV verbleibt. Die Finanzierung der Beiträge für Grundsicherungsbeziehende ist jedoch eine versicherungsfremde Aufgabe, sie ist aus Bundesmitteln zu finanzieren. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, dass die GKV ihre Klage aufrecht erhält.

15.3 Einführung einer Zuckerabgabe

Die Bundesregierung kündigt an, in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren ab dem Jahr 2028 eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke einzuführen. Das geschätzte Aufkommen in Höhe von jährlich rund 450 Millionen Euro soll der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Primärprävention entlastend zugutekommen – beispielsweise im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung und Setting-Ansätze – von denen über den Kreis der gesetzlich Krankenversicherten hinaus auch weitere Bevölkerungsgruppen profitieren sollen.

Bewertung:

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich, dass der Gesetzgeber der vorliegenden Evidenz zu den negativen Auswirkungen und den erheblichen Folgekosten eines hohen Zuckerkonsums Rechnung trägt und konkret eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke einführen und die Mittel für die Prävention einsetzen möchte.

Die durch die Herstellerabgabe eingenommenen Mittel sollten nicht der GKV entlastend, sondern zusätzlich für Präventionsaufgaben staatlicher Ebenen investiert werden. Beispielsweise für die Finanzierung der Schulgesundheitsfachkräften (SGFK) durch die Länder oder durch ein SGFK-Förderprogramm des Bundes für die Länder eingesetzt werden.

Die Finanzierung von SGFK aus diesen zusätzlichen Mitteln würde allen Schülerinnen und Schülern zugutekommen. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist bekanntermaßen hoch belastet - psychische Belastungen, chronische Erkrankungen, Bewegungsmangel und Übergewicht prägen das Bild in vielen Klassenzimmern. Die Wirkung von SGFK ist national und international gut evaluiert - sie versorgen konkret, wirken präventiv und beraten niedrigschwellig. Über die Notwendigkeit besteht ein übergreifender gesellschaftlicher und fachlicher Konsens (zuletzt zwischen [BKK Dachverband Bundesschüler*innenkonferenz, dem Bundeselternrat und dem deutschen Pflegerat](#))

Aufgrund der dringlichen Herausforderungen braucht es deutlich vor 2028 ein entsprechendes Gesetzgebungsverfahren, um Schulgesundheitsfachpersonen in der Fläche zu etablieren. Einige Bundesländer (Hessen, Rheinland-Pfalz, Bremen, Hamburg, Brandenburg) haben sich hierbei schon auf den Weg gemacht - dies zeigt, die Etablierung ist nicht nur eine Frage der Finanzen, sondern der politischen Prioritäten. So müssen bei der Etablierung der SGFK zwingend die Sach- und Personalkosten in der Verantwortung

der Länder bleiben. Die Mittel aus der Abgabe auf zuckergesüßte Getränke können ein zusätzlicher Anreiz und ein Teil des gesamten Finanzierungskonzeptes der Länder sein. Um sicherzustellen, dass die Mittel zweckgebunden eingesetzt werden, regen wir an sich an den „Learnings“ bzw. Empfehlungen zum „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ des [Bundesrechnungshofes](#) zu orientieren.

Für eine nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finzen müssen jedoch die Ursachen der steigenden Krankheitslast adressiert werden. Ein zentraler Treiber sind ernährungsbedingte Erkrankungen, die bereits im Kindes- und Jugendalter entstehen und langfristig erhebliche Kosten verursachen. Um eine gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen ganzheitlich zu fördern, reicht es nicht aus, eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke einzuführen. Daher braucht es weitere strukturelle Präventionsmaßnahmen, z. B. verbindlicher Nutri-Score, Schutz von Kindern vor ungesunder Lebensmittelwerbung, gesunde Gemeinschaftsverpflegung in Kitas/Schulen sowie Stärkung der Gesundheitskompetenz.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

1. Elektronischer Datenaustausch zwischen der Finanzverwaltung und den Krankenkassen für Zwecke der Beitragsbemessung und zur Feststellung des Gesamteinkommens im Sinne der Regelungen zur Familienversicherung

Zur Beitragsbemessung in der freiwilligen Krankenversicherung und in der sogenannten Auffangpflichtversicherung werden bislang Einkommensnachweise in Schriftform erbracht. Auch vor dem Hintergrund des daraus resultierenden kostenintensiven Verwaltungsaufwandes ist eine Digitalisierung dieses Prozesses aus Sicht der Betriebskrankenkassen dringend geboten. In dem bisher papierhaften Verfahren fordern die Krankenkassen – teils erfolglos – die Einkommensteuerbescheide bei den Mitgliedern an. Dieses Verfahren sollte zugunsten eines maschinellen Dialoges mit den Finanzämtern eingestellt werden. Auf Anforderung der Krankenkasse, also nur bei Bedarf, sollten entsprechende Einkommensdaten durch die Finanzverwaltung in elektronischer Form übermittelt werden.

Der Bundesrat hatte bereits einen ähnlichen Vorschlag in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 23. November 2018 unterbreitet (Bundesratsdrucksache: 504/18, Ziffer 39). Dieser wurde seinerzeit jedoch nicht aufgegriffen. Ein ähnlicher Vorstoß im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) verankert. Auch dieser Vorstoß scheiterte im damaligen Gesetzgebungsverfahren.

Eine beitragsrechtliche Einstufung aufgrund der vom Finanzamt übermittelten Daten des Einkommensteuerbescheides und somit anhand der tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Betroffenen würde das Verfahren nicht nur effizienter gestalten. Dadurch würde auch die Anzahl der Personen deutlich reduziert, deren Beitragseinstufung aufgrund fehlender Mitwirkung nach den Maßgaben des § 240 SGB V unter Zugrundelegung der Beitragsbemessungsgrenze erfolgt. Dies würde auch dem Zweck dienen, die (teilweise fiktiven) Beitragsschulden der Betroffenen zu senken. Ein Ansinnen, dass das Bundesministerium für Gesundheit seit geraumer Zeit aktiv verfolgt.

In diesem Zusammenhang sollte auch vorgesehen werden, dass die Krankenkassen im Rahmen dieses Dialogverfahrens zwecks Prüfung des Gesamteinkommens nach § 10 SGB V derartige Daten anfordern können.

Die Betriebskrankenkassen plädieren erneut dafür, eine entsprechende Rechtsgrundlage für den Datenaustausch der Krankenkassen mit der Finanzverwaltung zu schaffen. Dadurch kann spürbar unnötige Bürokratie sowohl bei den Kunden als auch bei den Krankenkassen entfallen.

Insoweit kann auf die Formulierung im vorgenannten Referentenentwurf zum GVWG zurückgegriffen werden:

„ § 206a

Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13

(1) Die zuständige Finanzbehörde hat der Krankenkasse für das freiwillig versicherte oder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 versicherungspflichtige Mitglied auf elektronische Anforderung unverzüglich Datum und Veranlagungszeitraum seines für die Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensteuer- oder Einkommensteuervorauszahlungsbescheids, die Art des Steuerbescheids, die Erläuterungen zu den Festsetzungen

im Steuerbescheid sowie die jeweils im Einkommensteuerbescheid oder im Einkommensteuervorauszahlungsbescheid ausgewiesenen, für die Beitragsbemessung erforderlichen Beträge der Einkünfte aus

- 1. nichtselbstständiger Arbeit (Bruttoarbeitslohn und Betrag der Werbungskosten),*
- 2. selbständiger Arbeit,*
- 3. Gewerbebetrieb,*
- 4. Vermietung und Verpachtung,*
- 5. Land- und Forstwirtschaft,*
- 6. Kapitalvermögen, sowie*

7. die Einkünfte nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 Einkommenssteuergesetz mit Ausnahme der nach den §§ 201 und 202 meldepflichtigen Einkünfte, die Korrekturbeträge im Sinne des § 2 Absatz 5a Satz 1 Einkommenssteuergesetz und

9. den Betrag der nach § 10 Absatz 1 Nummer 5 Einkommenssteuergesetz abziehbaren Kinderbetreuungskosten, sofern Einkünfte nach den Nummern 2, 3 oder 5 vorliegen,

in elektronischer Form zu übermitteln.

Die Anforderung der Krankenkasse bei der Finanzbehörde nach Satz 1 ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied der Anforderung innerhalb von vier Wochen nach Hinweis durch die Krankenkasse widerspricht und innerhalb dieser Frist selbst Auskunft über seine Einnahmen erteilt sowie die erforderlichen Nachweise vorlegt. Für die jährlich wiederkehrenden Einkommensabfragen während der laufenden Mitgliedschaft ist das Verfahren nach den Sätzen 1 und 2 anzuwenden, es sei denn, das Mitglied hat zuvor ausdrücklich erklärt, dass es der automatisierten Abfrage der Einkommensdaten bei den Finanzbehörden auch für die Zukunft bis auf Widerruf zustimmt. Das Recht zu elektronischen Anforderung der zur Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensdaten nach Satz 1 schließt auch die Anforderung der Steueridentifikationsnummer des Mitglieds mit ein, wenn diese der Krankenkasse noch nicht bekannt ist. Die zuständige Finanzbehörde hat der Krankenkasse auf Grundlage der elektronischen Anforderung unverzüglich die Steueridentifikationsnummer des Mitglieds in elektronischer Form zu übermitteln. Eine erneute Datenanforderung der Krankenkasse zu den Daten eines Änderungsbescheids ist entbehrlich, wenn zuvor bereits die Daten des Vorbescheids aufgrund einer Anforderung nach Satz 1 übermittelt worden sind; die Mitteilung durch die Finanzbehörde erfolgt in diesem Fall unverzüglich nach Erteilung des Änderungsbescheids. § 30 der Abgabenordnung steht den Regelungen nach Satz 1 bis 6 nicht entgegen.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die im Einkommensteuerbescheid ausgewiesenen Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners des Mitglieds, der nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, es sei denn, das Mitglied oder der Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds widerspricht der Anforderung durch die Krankenkasse innerhalb von vier Wochen und erteilt innerhalb dieser Frist selbst Auskunft und legt die erforderlichen Nachweise vor. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 haben die Finanzbehörden auch Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners aus gesetzlicher Rente und Versorgungsbezügen mitzuteilen.

(3) Eine Anforderung nach Absatz 1 und 2 ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied innerhalb der Auskunftfrist nach Absatz 1 Satz 2 erklärt, über beitragspflichtige Einnahmen zu verfügen, die die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten. Dies gilt nicht, wenn für die einzelnen beitragspflichtigen Einnahmen unterschiedliche Beitragssätze maßgeblich sind.

(4) Die Anforderung der Einkommensdaten und der Steueridentifikationsnummer durch die Krankenkasse sowie die Rückmeldung der Finanzbehörde erfolgen durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung. Das Nähere zu den Datensätzen, dem Verfahren und den zu übermittelnden für die Beitragsbemessung erforderlichen Daten regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen zu genehmigen sind.“

2. Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen

§ 39 KHG

§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG

§ 5 Absatz 2a KHEntgG

Die Finanzkommission Gesundheit hat in ihrem Bericht die Streichung der im Zuge der geplanten Einführung der Vorhaltefinanzierung im KHVVG eingeführten, zusätzlichen Fördertatbestände für einzelne Leistungsbereiche empfohlen. Dies betrifft die Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin (§39 KHG) sowie für Koordinierungs- und Vernetzungsleistungen und die Hochschulmedizin. Auch die Streichung der Erhöhung bereits etablierter Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung (§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG) und für Krankenhäuser in ländlichen Regionen (§ 5 Absatz 2a KHEntgG) soll wieder zurückgenommen werden.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist diese Maßnahme zu begrüßen und sollte durch den Gesetzgeber umgesetzt werden. Die Zuschläge führen dazu, dass außerhalb der bestehenden Vergütungssystematik parallele Vergütungsstrukturen etabliert und verfestigt werden. Das bestehende Vergütungssystem wird dadurch zunehmend

aufgeweicht. Durch die pauschalen Zuschlagsgrößen entsteht außerdem die Gefahr einer Über- und Doppelvergütung. Stattdessen sollten die Kosten innerhalb der DRG-Fallpauschalen adäquat abgebildet werden.