

STELLUNGNAHME ZU DEN REGELUNGSVORSCHLÄGEN ZU DEM ENTWURF EINES GESETZES ZUR REFORM DER NOTFALLVERSOR- GUNG – FOLGEREGELUNGEN ZUM GKV-BEITRAGSSTABILISIE- RUNGSGESETZ

STAND: 05.10.2026

Das Ziel der Beitragssatzstabilität muss im Fokus stehen

Kernpunkte

- Die vorgesehenen Änderungen dürfen das Ziel des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes nicht konterkarieren. Insbesondere die Rücknahme von Kostendämpfungsmaßnahmen und zusätzliche Ausgaben, etwa durch Vergütungs- und Zuschlagsregelungen, lehnen wir vor dem Hintergrund der Finanzlage der GKV ab.
- Neue oder ausgeweitete finanzielle Belastungen der GKV dürfen nicht einseitig zulasten der Beitragszahlenden gehen. Bei allen ausgabensteigernden Maßnahmen muss die Wirkung auf die Gesamtfinanzen der GKV berücksichtigt und eine vollständige Gegenfinanzierung sichergestellt werden.
- Maßnahmen zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit, etwa Ausschreibungsmöglichkeiten bei Hilfsmitteln oder Vergütungsabschläge bei DiGA, begrüßen wir. Gleichzeitig sollten Regelungen vermieden werden, die Fehlanreize zur Mengenausweitung setzen oder bestehende Einsparpotenziale wieder reduzieren.

Änderungen am GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) müssen sich grundsätzlich am Ziel einer nachhaltigen Finanzierung in der GKV und am Leitbild der Beitragssatzstabilität orientieren. Die mit den Regelungsvorschlägen einhergehenden Aufweichungen der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik sehen wir deshalb kritisch. Es ist auch nicht erkennbar, inwieweit sie tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen. Die Ersatzkassen begrüßen ausdrücklich, dass sich der Gesetzgeber um eine Gegenfinanzierung der daraus resultierenden Mehrausgaben bemüht hat. Allerdings bestehen erhebliche Zweifel, dass das Entlastungsvolumen ausreicht, um insbesondere die zusätzlichen Ausgaben in der ambulanten Versorgung, der Psychotherapie und im stationären Bereich zu kompensieren. Insgesamt ist mit weiteren Mehrausgaben für die GKV und entsprechendem Druck auf die Beitragssätze zu rechnen. Das erklärte Ziel der Bundesregierung, die Beitragssätze in der GKV im kommenden Jahr stabil zu halten, ist damit ernsthaft in Gefahr.

Wirtschaftlichkeitspotenziale erkennen und wirksam erschließen

Positiv bewertet der vdek die Wiedereinführung von Ausschreibungsmöglichkeiten im Hilfsmittelbereich, Vergütungsabschläge bei DiGA sowie die rechtliche Absicherung der Qualitätsprüfungen bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Diese sind geeignet, bestehende Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen, Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen zu stärken oder zu mehr Rechtssicherheit beizutragen.

Kritisch sind dagegen Regelungen, die die mit dem GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz verfolgte Begrenzung der Ausgabenentwicklung aufweichen oder zusätzliche finanzielle Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung begründen. Dies betrifft insbesondere die Streichung des Fixkostendegressionsabschlags für Haus- und Kinderärzte und in der hausarztzentrierten Versorgung sowie die Einführung zusätzlicher Rechnungszuschläge für Krankenhäuser. Auch bei der Ausweitung extrabudgetärer Vergütungen in der psychotherapeutischen Versorgung muss sichergestellt werden, dass die Regelungen zielgenau ausgestaltet werden. Denn mit derzeitiger Ausgestaltung der Regelung setzt sie Fehlanreize zur vorzeitigen Ausweitung psychotherapeutischer Behandlungsfälle noch in diesem Jahr und droht damit, die angestrebten Einsparungen der GKV durch zusätzliche extrabudgetär vergütete Leistungen zu konterkarieren.

Kommentierung der Änderungsanträge im Detail:

Umsetzung der EntschlieÙung zur Psychotherapie und Übergangsregelung Hybrid-DRG

Die Überführung bislang extrabudgetär vergüteter psychotherapeutischer Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) entspricht grundsätzlich den Forderungen der Ersatzkassen. Eine erneute bzw. weitergehende Ausweitung der extrabudgetären Vergütung wird hingegen abgelehnt. Die mit dem Beitragsatzstabilisierungsgesetz angestrebte Ausgabenbegrenzung darf nicht durch zusätzliche extrabudgetäre Vergütungstatbestände konterkariert werden. Dies gilt insbesondere für die vorgesehene extrabudgetäre Vergütung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Die Regelung birgt zusätzliche Ausgabenrisiken, da auch bislang budgetierte Leistungen einbezogen werden sollen, ohne zielgerichtete Anreize zur schnelleren Versorgung dringlicher Fälle zu setzen. Vorrangig sollte daher die Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen weiterentwickelt werden. Ein Bestandsschutz für laufende Behandlungen ist grundsätzlich sachgerecht. Die Übergangsregelung darf jedoch keine Anreize setzen, vor Inkrafttreten der Mengenbegrenzung zusätzliche Behandlungsfälle zu beginnen, um diese anschließend langfristig extrabudgetär fortzuführen. Der Bestandsschutz sollte daher auf den zum Stichtag bereits genehmigten Behandlungsschritt begrenzt werden. Die Regelung zur extrabudgetären Vergütung der Komplexversorgung nach § 87d Nr. 6 SGB V lehnen wir ab. Hilfsweise ist klarzustellen, dass die Behandlung innerhalb eines Netzverbundes nach den Vorgaben des G-BA erfolgt. Darüber hinaus werden die Leistungen des ambulanten Operierens einschließlich Begleitleistungen ab 01.01.2027 ebenfalls weiterhin extrabudgetär vergütet, was im Hinblick auf die Änderungen bei den Hybrid-DRG sachlogisch ist.

Streichung des Fixkostendegressionsabschlags in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) und bei Haus- und Kinderärzten

Die vorgesehene Streichung des Fixkostendegressionsabschlags lehnen wir ab. Der Abschlag ist systematisch sachgerecht, da er berücksichtigt, dass bei steigenden Leistungsmengen bereits finanzierte Fixkostenanteile nicht proportional erneut anfallen und daher eine ungekürzte Vergütung zusätzlicher Leistungen zu einer Überfinanzierung führen kann. Zugleich begrenzt er Fehlanreize zur medizinisch nicht erforderlichen Mengenausweitung und trägt damit dem Gebot einer wirtschaftlichen Verwendung der Beitragsmittel Rechnung. Die Streichung birgt daher das Risiko vermeidbarer Mehrausgaben der GKV zulasten der Beitragszahlenden. Dies gilt

insbesondere für die hausarztzentrierte Versorgung (HZV), wenn steigende Teilnehmerzahlen mit einer Ausweitung der Leistungen einhergehen. Sachgerecht ist hingegen, dass die vorgesehene Streichung gleichermaßen HZV und Regelversorgung betrifft und damit unterschiedliche Vergütungsbedingungen und mögliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Versorgungsformen vermieden werden.

Krankenhäuser: Einführung eines Rechnungszuschlags ab 2027 für nicht-universitäre somatische sowie psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser sowie Universitätskliniken: Einführung Rechnungszuschlag im Jahr 2027 und ab 2028 stattdessen Erhöhung des Zuschlags für die spezielle Vorhaltung von Universitätskliniken

Wir lehnen die vorgesehenen zusätzlichen Zuschläge für Krankenhäuser ab. Die zusätzlichen 100 Mio. Euro jährlich für Universitätskliniken ab dem Jahr 2027 sowie der einmalige Zuschlag von 450 Mio. Euro für die übrigen Krankenhäuser im Jahr 2027 belasten die Finanzen der GKV zusätzlich. Angesichts der ohnehin angespannten Finanzlage sind solche Mehrausgaben ohne entsprechende Gegenfinanzierung für uns nicht nachvollziehbar.

Hilfsmittel: Ermöglichung von Ausschreibungen: Umsetzung des dreiprozentigen Preisabschlags auf Hilfsmittel in 2027 und 2028

Die Wiedereinführung von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich begrüßen wir ausdrücklich. Sie erweitert die Möglichkeiten der Krankenkassen, die Hilfsmittelversorgung wirtschaftlich zu gestalten und durch wettbewerbliche Verfahren wirtschaftliche Vertragskonditionen zu erzielen. Entscheidend ist dabei eine sachgerechte Ausgestaltung der Ausschreibungsregelungen, die den Krankenkassen ausreichende Gestaltungsspielräume eröffnet und zugleich eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten sicherstellt. Auch die Übertragung des bislang befristeten Drei-Prozent-Abschlags auf die Krankenkassen wird begrüßt, da hierdurch die finanzielle Belastung sachgerechter zugeordnet und das Abrechnungsverfahren vereinfacht wird.

Zusätzliche Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen

Mit den Regelungen des BStabG leisten die gesetzlichen Krankenkassen einen weiteren Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV, nachdem ihnen bereits mit dem BEEP ein erheblicher Konsolidierungsbeitrag für 2026 auferlegt wurde. Vor diesem Hintergrund ist eine zusätzliche Begrenzung des Verwaltungskostenanstiegs auf die Grundlohnsummenentwicklung abzüglich eines Prozentpunktes allenfalls im Sinne einer gleichmäßigen Beteiligung der GKV-Akteure vertretbar, zumal die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen bereits unterproportional zu den Leistungsausgaben gestiegen sind. Zwingend erforderlich sind jedoch Ausnahmen für gesetzlich veranlasste oder langfristig wirtschaftliche Aufwendungen. Dies betrifft insbesondere Investitionen in die Informations- und Cybersicherheit zum Schutz kritischer Infrastrukturen, die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl, Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sowie fusionsbedingte Aufwendungen, soweit diese langfristig zu Einsparungen führen.

Apothekenbezogene Ausschreibungen für Zytostatika

Angesichts des großen Volumens der parenteralen Zubereitungen ist eine Regelung, die die Versorgungsqualität sicherstellt und gleichzeitig Wirtschaftlichkeitspotentiale in diesem Bereich hebt, sinnvoll. Ausschreibungen schaffen einen verbindlichen

Rahmen für eine kontinuierliche Qualitätssicherung und unterstützen so die Versorgungssicherheit. Gesetzlich sollte klargestellt werden, dass Verträge mit Einzelapotheken verhandelt werden können, denn nur so lassen sich Einsparpotenziale generieren. Konkret braucht es einen Gleichklang von § 129 Abs. 5 [neu] SGB V und § 130a Abs. 8c SGB V dahingehend, dass die maßgeblichen Verträge auf Einzelkassenebene oder ggf. in Kooperationen geschlossen werden können.

Vergütungsabschläge bei Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Die Einführung von Vergütungsabschlägen bei DiGA aufgrund von Nutzungsabbrüchen innerhalb der ersten vier Wochen wird ausdrücklich begrüßt. Kritisch ist jedoch, dass die anwendungsbegleitende Erfolgsmessung nur für dauerhaft gelistete DiGA vorgesehen ist und damit die zwölfmonatige Erprobungsphase nicht erfasst. Gerade in dieser Phase besteht ein besonderer Bedarf an wirtschaftlicher Steuerung, da der positive Versorgungseffekt noch nicht abschließend nachgewiesen ist. Vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V ist es daher nicht sachgerecht, die Erprobungsphase von den Vergütungsabschlägen auszunehmen. Die Abschläge sollten bereits in dieser Phase greifen, um die Vergütung stärker an der tatsächlichen Nutzung auszurichten, Ausgaben für frühzeitig abgebrochene Anwendungen zu begrenzen und die Beitragsmittel der GKV wirtschaftlich einzusetzen.

Informations- und Vorlagepflicht bei einer Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

Die Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten ist nachvollziehbar und unkritisch. Der vdek begrüßt, dass die Krankenkassen den Informationsweg weiterhin selbst bestimmen können und insbesondere eine elektronische Bekanntgabe nach § 37 Abs. 2a SGB X möglich bleibt; eine verpflichtende postalische Information mit erheblichen zusätzlichen Portokosten ist zu vermeiden. Kritisch sehen wir hingegen die vorgesehene Pflicht, den Entwurf des Informationsschreibens vorab dem BAS vorzulegen. Auch wenn damit keine Genehmigungspflicht verbunden ist, entstehen zusätzliche administrative Aufwände und potenzielle Abstimmungsprozesse, ohne dass ein entsprechender Mehrwert erkennbar ist. Auf die Vorlagepflicht sollte daher verzichtet werden.

1. MD-Prüfungen bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV)

2. Weiterentwicklung und Klarstellung des Vergütungsrahmens für süV

3. Folgeänderungen

Die vorgesehenen Regelungen werden grundsätzlich begrüßt. Die gesetzliche Verankerung der MD-Prüfungen bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen schließt eine bestehende Regelungslücke und schafft Rechtssicherheit bei der Durchsetzung der Qualitätsanforderungen. Sachgerecht ist zudem, die Vergütung konsequent an die Erfüllung dieser Anforderungen zu knüpfen und bei deren Nichterfüllung die Abrechnungsberechtigung gesetzlich auszuschließen. Auch die Anpassung des Vergütungsrahmens ist nachvollziehbar, sofern damit keine dauerhafte Festschreibung der bestehenden Vergütungsvereinbarung verbunden ist und Weiterentwicklungen möglich bleiben. Die Kritik der Ersatzkassen an den bislang unzureichenden Steuerungs- und Einflussmöglichkeiten der Krankenkassen im Vergütungssystem bleibt davon unberührt.

Therapieversuch mit einem cannabishaltigen Fertigarzneimittel

Wir begrüßen die Konkretisierung des Therapieversuchs mit cannabishaltigen Fertigarzneimitteln. Die Beschränkung auf zugelassene Indikationen sowie die ärztliche

Entscheidung über die Dauer des Therapieversuchs stärken einen sachgerechten und wirtschaftlichen Einsatz der Arzneimittel und können unwirtschaftliche Verordnungen vermeiden.

Antrag Nr. 12: Anpassungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes

Zu Artikel 1a, Nummer 4

Mit dem Änderungsvorschlag sollen die mit der Einführung der Hybrid-DRG avisierten Einsparungen realisiert werden. Damit wird die bislang in § 115f Abs. 8 SGB V vorgesehene Konvergenz auf die Höhe der Vergütung nach § 115b SGB V bis 2030 vorweggenommen. Dies erscheint erforderlich, da vor dem Hintergrund des jüngsten Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses Zweifel an der Umsetzung der vorgesehenen gesetzlichen Konvergenz bestehen. Allerdings erscheint der Umsetzungszeitraum für das InEK knapp bemessen. Auch die rechtzeitige technische Abbildung der Änderung in den Abrechnungssystemen bis zum 01.01.2027 ist fraglich. In der Gesamtschau ist der Vorschlag jedoch zu begrüßen.

Zu Artikel 1d

Die Regelung zur zeitlich befristeten Anerkennung von gezahlten tariflich vereinbarten Gehältern oberhalb der Grundlohnsumme (GLS) bei den Vergütungsverhandlungen mit Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen wird im Gesetz modifiziert. Der vdek lehnt die Regelung ab. Es handelt sich nicht – wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt – nur um eine redaktionelle Änderung. Die neue Regelung enthält sprachliche Ungenauigkeiten und geht von der Annahme aus, dass Vergütungen immer für volle Kalenderjahre verhandelt werden. In der Praxis werden Vergütungsverhandlungen jedoch auch unterjährig durchgeführt, sodass der feste Bezug auf die GLS des Kalenderjahres eine Abbildung aller Fallgestaltungen nicht zulässt.

Zu Artikel 2a

Das ursprüngliche Ziel des Gesetzgebers, die Ambulantisierung zu fördern und die Ausgaben zu senken, wurde mit den Hybrid-DRG nicht erreicht. Im Gegenteil sind Fallzahlen und Ausgaben stark gestiegen. Mit der Einführung eines dritten ambulanten Abrechnungswegs, der Kurzzeitfallpauschalen, haben sich darüber hinaus zusätzliche Abgrenzungsfragen ergeben. Zudem bestand die Gefahr, dass Möglichkeiten zur Erlösoptimierung verstärkt genutzt werden.

Die mit dem Änderungsvorschlag vorgesehene Reduktion der bestehenden Systemvielfalt ist daher zu begrüßen. Darüber hinaus sollten diejenigen Leistungen in den AOP-Bereich überführt werden, die keine Krankenhausstrukturen im Hintergrund erfordern.

Zu Artikel 1e Nummer 18c-e

Die Regelung zur zeitlich befristeten Anerkennung von gezahlten tariflich vereinbarten Gehältern oberhalb der GLS bei den Vergütungsverhandlungen im Bereich Haushaltshilfe (§ 132), HKP (§ 132a) und AKI (§ 132l) wird modifiziert. Der vdek lehnt die Regelung ab. Es handelt sich nicht – wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt – nur um eine redaktionelle Änderung. Die neue Regelung enthält sprachliche Ungenauigkeiten und geht von der Annahme aus, dass Vergütungen immer für volle Kalenderjahre verhandelt werden. In der Praxis werden Vergütungsverhandlungen jedoch auch unterjährig durchgeführt, sodass der feste Bezug auf die GLS des Kalenderjahres eine Abbildung aller Fallgestaltungen nicht zulässt.