

BVMed-Stellungnahme zu den Änderungsanträgen zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisie- rungsgesetz (Ausschussdrucksache: 21(14)107)

5. Oktober 2026

1. Änderungen im Hilfsmittelbereich

**Änderungsantrag 5, Artikel 1 Nummer 10a, 10b (neu), Nummer 18a, 18b |
§§ 126, 127 SGB V**

Einleitung

Die Wiedereinführung von Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung lehnt der BVMed entschieden ab: Hierdurch sind nicht allein massive Einschränkungen der Versorgungsqualität in diesem dienstleistungsintensiven Versorgungssegment, sondern zugleich der Abbau von Vor-Ort-Versorgungsstrukturen und die Konzentration und Oligopolisierung von Versorgungsangeboten zu befürchten.

Der BVMed befürwortet hingegen, dass mit dem vorliegenden Änderungsantrag einzelne Umsetzungsfragen beim 3-Prozent-Abschlag gemäß § 127 Abs. 1b SGB V klargestellt werden. Insbesondere die vorgesehene Abwicklung des Abschlags durch die Krankenkassen im Rahmen der Abrechnung ist sachgerecht. **Kritisch bewertet der BVMed hingegen die Ausweitung des Abschlags auf Pflegehilfsmittel.**

1.1. Geplante Wiedereinführung von Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung

Die vorgesehene Wiedereinführung von Ausschreibungen lehnt der BVMed entschieden ab.

Begründung:

Ausschreibungen gefährden Versorgungsqualität und stellen Risiko für die Ambulantisierung dar

Die Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, dass Ausschreibungen erhebliche Risiken für Versorgungsqualität, Versorgungskontinuität und eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung bergen: So erzeugt der einhergehende Preiswettbewerb massiven Druck auf die Qualität von Produkt und Leistungserbringung und insbesondere die zum Hilfsmittel zugehörigen Versorgungsaspekte: Beratung, individuelle Anpassung, Einweisung und die kontinuierliche Betreuung durch qualifiziertes in der Regel fachpflegerisches Personal.

Auch ein formaler Qualitätsrahmen hat bereits in der Vergangenheit die grundlegenden Risiken des Ausschreibungsmodells nicht vollständig beseitigt. Entscheidend

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

sind vielmehr die konkrete Definition, Messbarkeit und Kontrolle der Qualität. Zugleich ist zu berücksichtigen, dass Qualitätsdefizite in der Hilfsmittelversorgung erhebliche sektorenübergreifende Auswirkungen entfalten können – etwa durch Einschränkungen der Teilhabe und Selbstständigkeit, Folgeerkrankungen sowie ansonsten vermeidbare oder verlängerte stationäre Aufenthalte.

Dies steht dem politischen Ziel einer stärkeren Ambulantisierung entgegen. Gerade beim Übergang aus der stationären in die ambulante Versorgung sind verlässliche, wohnortnahe und koordinierte Versorgungsstrukturen erforderlich. Ausschreibungsbedingte Versorgungsbrüche oder eine stärkere Fragmentierung der Leistungserbringung können diese Strukturen schwächen und dadurch zu zusätzlichen, finanziellen, personellen und strukturellen Belastungen in anderen Versorgungsektoren führen.

Ausschreibungen schwächen die Versorgungsstrukturen

Sanitätshäuser, Homecare-Versorger, Apotheken und andere spezialisierte Hilfsmittelleistungserbringer sichern Beratung, Anpassung und Betreuung im Rahmen der Hilfsmittelversorgung vor Ort.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass Ausschreibungsverfahren größere Anbieter begünstigen und eine Konzentration auf wenige große Versorger bis hin zu einer Oligopolisierung forcieren. Damit gehen der Rückzug kleiner und regionaler Anbieter aus der Versorgung sowie der Abbau wohnortnaher Versorgungsinfrastruktur einher. Eine starke wirtschaftliche Beeinträchtigung dieser klein- und mittelständisch geprägten Unternehmenslandschaft und ein Abbau der oftmals spezialisierten Fachkompetenz sind die absehbare Folge.

Ausschreibungen sparen nicht

Auch mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität lässt sich eine Wiedereinführung von Ausschreibungen nicht begründen. Der Anteil der Hilfsmittelausgaben an den Gesamtausgaben der GKV liegt seit Jahren stabil bei rund 3,5 bis 4 Prozent. Die Ausgabenentwicklung seit Abschaffung der Ausschreibungen im Jahr 2019 ist vor allem durch demografische Entwicklungen, steigende Fallzahlen und allgemeine Kostensteigerungen geprägt – nicht durch den Wegfall von Ausschreibungen. Nachhaltige Einspareffekte durch Ausschreibungen sind zudem nicht belegt. Im Gegenteil: Preisgetriebene Einsparungen können durch Fehl- und Unterversorgungen sowie daraus resultierende Folgekosten an anderer Stelle wieder aufgezehrt werden. Entscheidend ist daher nicht der niedrigste Vertragspreis, sondern eine wirtschaftliche, qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Versorgung.

Zudem wurde die Hilfsmittelversorgung bereits mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz unter erheblichen Druck gesetzt: Festbeträge begrenzen die Vergütung in wichtigen Versorgungsbereichen, ab 2027 kommt der gesetzliche 3-Prozent-Abzuschlag hinzu. Werden zusätzlich durch Ausschreibungen regionale und spezialisierte Versorgungsstrukturen geschwächt, droht dies Versorgung und Versorgungslandschaft massiv und nachhaltig zu beeinträchtigen.

Der BVMed lehnt daher die Wiedereinführung von Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung entschieden ab und appelliert an den Gesetzgeber, auf eine Wiedereinführung von Ausschreibungen zu verzichten und die bewährten Strukturen einer qualitätsgesicherten Hilfsmittelversorgung zu erhalten.

1.2. Klarstellung zur Abrechnung des 3-Prozent-Abschlags

Der BVMed begrüßt die Klarstellung, dass der 3-Prozent-Abschlag durch die Krankenkassen im Rahmen der Abrechnung vorgenommen werden soll. Damit wird eine praktikablere Umsetzung ermöglicht, ohne dass Hilfsmittelleistungserbringer und Krankenkassen ihre bestehenden Abrechnungsprozesse in erheblichem Umfang anpassen müssen. Zugleich werden der technische Umsetzungsaufwand auf Seiten der Leistungserbringer sowie das Risiko fehlerhafter Abrechnungen und daraus resultierender Retaxierungen deutlich reduziert.

1.3. Ablehnung der Ausweitung des 3-Prozent-Abschlags auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Insbesondere vor dem Hintergrund der weitreichenden Änderungsvorhaben durch das Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG), die bereits für sich genommen erhebliche wirtschaftliche und versorgungsrelevante Auswirkungen auf die Pflegehilfsmittelversorgung erwarten lassen, ist eine zusätzliche pauschale Belastung durch den 3-Prozent-Abschlag nicht sachgerecht und unverhältnismäßig. Die betroffenen Versorgungsstrukturen stehen damit gleichzeitig vor tiefgreifenden regulatorischen Veränderungen und zusätzlichen finanziellen Belastungen. Dies erhöht das Risiko, bestehende Versorgungsstrukturen weiter unter Druck zu setzen und die verlässliche, qualitätsgesicherte Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu erschweren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine verlässliche Hilfsmittelversorgung im häuslichen Umfeld auch zur Prävention von Komplikationen und zur Sicherstellung hygienischer Versorgungsabläufe beiträgt.

2. Änderungen im Krankenhausbereich

2.1. Änderungsantrag 4; Artikel 9a bis c | Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung

Rechnungszuschläge für Krankenhäuser und Universitätskliniken dürfen nicht zu- lasten der Patientenversorgung gegenfinanziert werden

Der BVMed unterstützt das Ziel, die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern und gleichzeitig die Notfallversorgung sowie die Krankenhauslandschaft zukunftsfest auszurichten. Die im Rahmen der Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Rechnungszuschläge für nicht-universitäre Krankenhäuser sowie Universitätskliniken werfen jedoch erhebliche Fragen hinsichtlich ihrer Finanzierung und der Auswirkungen auf die Patientenversorgung auf.

Nach den vorliegenden Vorschlägen sollen ab 2027 Rechnungszuschläge für nicht-universitäre somatische sowie psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser eingeführt werden, für Universitätskliniken zunächst ebenfalls im Jahr 2027 ein Rechnungszuschlag erhoben werden und ab 2028 stattdessen der Zuschlag für die spezielle Vorhaltung von Universitätskliniken erhöht werden.

Gegenfinanzierung über Leistungskürzungen kritisch zu bewerten

Aus Sicht des BVMed ist besonders kritisch zu bewerten, wenn die Finanzierung dieser zusätzlichen Mittel ausschließlich oder überwiegend durch Leistungskürzungen

in anderen Versorgungsbereichen erfolgen soll. Dies gilt insbesondere für die Hilfsmittelversorgung sowie weitere medizintechnisch geprägte Versorgungsbereiche wie ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen und die Versorgung mit Verbandmitteln.

Begründung

Eine Umverteilung von Finanzmitteln innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der strukturelle Zuschläge für Krankenhäuser durch Einsparungen bei der unmittelbaren Patientenversorgung finanziert werden, birgt erhebliche Risiken. Sie verbessert zwar möglicherweise kurzfristig die Finanzierungsbasis einzelner Leistungserbringer, kann jedoch gleichzeitig zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität und zu höheren Folgekosten führen.

Hilfsmittelversorgung ist kein Einsparpotenzial

Die Hilfsmittelversorgung leistet einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung von Selbstständigkeit, Mobilität und Lebensqualität von Patientinnen und Patienten. Moderne Hilfsmittel ermöglichen die Vermeidung von Komplikationen, reduzieren Krankenhausaufenthalte und fördern die ambulante Versorgung.

Leistungskürzungen oder zusätzliche Preisdruckmaßnahmen in der Hilfsmittelversorgung würden daher den gesundheitspolitischen Zielen der Ambulantisierung, Prävention und sektorenübergreifenden Versorgung widersprechen. Gerade vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung und steigender chronischer Erkrankungen ist eine Stärkung und nicht eine Schwächung dieser Versorgungsstrukturen erforderlich.

Gefahr negativer Versorgungseffekte

Der BVMed warnt davor, dass Kürzungen in der Hilfsmittelversorgung und anderen medizintechnischen Leistungsbereichen zu folgenden negativen Effekten führen können:

1. eingeschränkter Zugang der Versicherten zu innovativen und qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln,
2. Verzögerungen bei der Versorgung,
3. steigende Komplikations- und Rehospitalisierungsraten,
4. höhere Belastungen für Pflegeeinrichtungen und pflegende Angehörige,
5. Beeinträchtigung von Teilhabe und Selbstständigkeit der Betroffenen,
6. langfristig steigende Gesamtkosten für das Gesundheitssystem.

Insbesondere vulnerable Patientengruppen wie Menschen mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder hohem Pflegebedarf wären von solchen Maßnahmen überproportional betroffen.

MedTech als Teil der Lösung verstehen

Die Medizintechnik-Branche leistet bereits heute einen entscheidenden Beitrag zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. Innovative Medizinprodukte und Hilfsmittel können stationäre Aufenthalte verkürzen, Komplikationen vermeiden und Behandlungsprozesse effizienter gestalten. Die Finanzierung notwendiger Struktur-

maßnahmen im Krankenhausbereich sollte daher nicht zulasten derjenigen Versorgungssegmente erfolgen, die nachweislich zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit beitragen.

Der BVMed appelliert deshalb an den Gesetzgeber, die vorgesehenen Rechnungszuschläge für Krankenhäuser und Universitätskliniken so auszugestalten, dass keine Gegenfinanzierung über Leistungskürzungen in der Hilfsmittelversorgung oder in anderen patientennahen Versorgungsbereichen erfolgt.

3.

Vertragsärztliche Vergütung, Ambulantes Operieren, Hybrid-DRG

3.1. Notwendige Änderung § 87 d SGB V

3.1.1. Änderung in § 87d Absatz 1 SGB V (neu), eingeführt durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz: Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

In § 87d Absatz 1 SGB V wird nach Nummer 4 folgende Nummer 5 eingefügt:

„5. Leistungen im Rahmen organisierter Krebsfrüherkennungs- und sonstiger Screeningprogramme nach den §§ 25 und 25a sowie auf Grundlage von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur systematischen Früherkennung schwerwiegender Erkrankungen.“

3.1.2.

Anpassung des Evidenzmaßstabs durch Änderung des § 87 d Absatz 2

Die Formulierung:

„...wenn eine solche Vergütung nachweisbar die Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit signifikant erhöht.“

Wird durch folgende Formulierung ersetzt:

„...wenn die betreffende Leistung nachweisbar zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität, der Versorgungssicherheit oder der Wirtschaftlichkeit der Versorgung beiträgt.“

Begründung:

Präventionsleistungen dürfen nicht budgetiert werden

Die im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene Beschränkung der extra-budgetären Vergütung führt dazu, dass qualitätsgesicherte Screeningprogramme wie das Mammographie-Screening und künftig auch das neu eingeführte Lungenkrebscreening in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) fallen. Damit würden ausgerechnet diejenigen Leistungen budgetiert, deren politisches Ziel eine möglichst hohe Teilnahmequote und eine frühzeitige Diagnose ist.

Screeningprogramme unterscheiden sich grundlegend von kurativen Leistungen. Während Budgetierungsinstrumente bei kurativen Leistungen Überversorgung begrenzen sollen, ist eine Überversorgung bei organisierten Screeningprogrammen

systematisch ausgeschlossen. Die anspruchsberechtigte Bevölkerung, die Untersuchungsintervalle, die Qualitätsanforderungen und die Leistungsumfänge sind gesetzlich und durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses exakt definiert. Das Mammographie-Screening kann daher weder mengeninduziert ausgeweitet noch wirtschaftlich fehlgesteuert werden. Diese Argumentation wird auch von den Leiterinnen und Leitern der deutschen Mammographie-Referenzzentren hervorgehoben. Sie weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Untersuchungsobergrenze bereits mathematisch festgelegt ist und eine Überversorgung ausgeschlossen ist.

Widerspruch zu gesundheitspolitischen Zielen

Die geplante Regelung steht zudem im direkten Widerspruch zu aktuellen gesundheitspolitischen Vorhaben. Der Gemeinsame Bundesausschuss arbeitet derzeit an der Erweiterung des Mammographie-Screenings auf Frauen ab 45 Jahren. Die dafür erforderlichen strahlenschutzrechtlichen Grundlagen wurden bereits geschaffen. Nach Einschätzung der Referenzzentren würde dies die Zahl der anspruchsberechtigten Frauen um rund 2,3 bis 2,5 Millionen erhöhen. Gleichzeitig würde durch die Budgetierung der wirtschaftliche Anreiz zur Ausweitung von Kapazitäten entfallen. Die notwendige Erweiterung der Versorgungsstrukturen stünde damit unter Finanzierungsvorbehalt und würde faktisch erschwert oder verhindert.

Gefährdung bestehender Screening-Strukturen

Organisierte Screeningprogramme erfordern erhebliche Investitionen in zertifizierte Medizintechnik, Qualitätssicherung, Dokumentation, Personal und regelmäßige Rezertifizierungen. Bereits heute stehen viele Screening-Einheiten unter wirtschaftlichem Druck. Die Leiterinnen und Leiter der Referenzzentren warnen ausdrücklich davor, dass zusätzliche Budgetierungsrisiken zu einer Rückgabe von Versorgungsaufträgen und regionalen Versorgungslücken führen können.

Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit sprechen für eine Extrabudgetierung

Der Gesetzgeber selbst sieht in § 87d Abs. 2 vor, dass Leistungen weiterhin außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden können, wenn dadurch Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöht werden. Für qualitätsgesicherte Screeningprogramme liegen diese Voraussetzungen bereits vor:

- nachgewiesene Mortalitätsreduktion,
- frühere Diagnosestellung,
- weniger invasive Therapien,
- geringere Behandlungskosten in späteren Krankheitsstadien,
- hohe Qualitätssicherung und standardisierte Prozesse.

Kosten-Nutzen-Analysen belegen mittel- und langfristige Einsparpotenziale durch das Mammographie-Screening.

Problematische Beweislastumkehr in § 87d Absatz 2

Besonders kritisch ist, dass § 87d Abs. 2 künftig auf den Nachweis abstellt, dass gerade die Vergütungsform die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit erhöht. Für organisierte Screeningprogramme liegen wissenschaftliche Evidenz und Evaluationen naturgemäß zur medizinischen Wirksamkeit des Screenings vor, nicht jedoch zur konkreten Wirkung einzelner Vergütungsmechanismen. Der Gesetzgeber würde

damit eine neue Nachweisanforderung schaffen, für die bislang keine Datengrundlage existiert. Dies erschwert die sachgerechte Berücksichtigung bewährter Präventionsprogramme erheblich und schafft Rechtsunsicherheit.

Fazit:

Organisierte, qualitätsgesicherte Früherkennungs- und Screeningprogramme müssen dauerhaft von der Budgetierung ausgenommen bleiben.

Die Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gefährdet Prävention, widerspricht laufenden gesundheitspolitischen Ausbauprogrammen wie der Absenkung der Altersgrenze im Mammographie-Screening und gefährdet den flächendeckenden Zugang zu evidenzbasierten Krebsfrüherkennungsmaßnahmen. Deshalb ist § 87d SGB V um eine ausdrückliche Ausnahme für Screening- und Früherkennungsprogramme nach §§ 25 und 25a SGB V zu ergänzen.

3.2. Präzisierung des § 87d - alle ambulanten Operationen sollten auch in Zukunft automatisch extrabudgetär sein

§ 87d Abs. 1 Nr. 8 neu: "Leistungen des ambulanten Operierens, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen einschließlich der zugehörigen Begleitleistungen sowie der prä- und postoperativen Leistungen, soweit diese a) in dem Katalog nach § 115b in der jeweils geltenden Fassung aufgeführt sind oder b) im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen in der jeweils geltenden Fassung als Leistungen des ambulanten Operierens, als stationsersetzende Eingriffe oder als Begleitleistungen hierzu ausgewiesen sind."

3.3. Änderungsantrag 1 (neu): Zu Artikel 1 § 115f SGB V und Artikel 1b neu (§ 115f SGB V) und Artikel 2a Hybrid-DRG und Kurzzeitfallpauschalen sowie Artikel 9a Krankenhausfinanzierungsgesetz § 17b Absatz 2a Satz 8 KHG

Einleitung

Der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) begrüßt das politische Ziel, die Ambulantisierung voranzutreiben und Versorgungsstrukturen stärker an den medizinischen Möglichkeiten moderner Medizintechnologien auszurichten. Die vorgesehenen Regelungen zu Hybrid-DRGs, ambulanten Operationen und den ab 2028 geplanten Kurzzeitfallpauschalen werfen jedoch erhebliche Fragen hinsichtlich der Innovationsfinanzierung und der Refinanzierung von Medizinprodukten auf.

Ambulantisierung braucht Medizintechnik

Die Verlagerung medizinischer Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich ist ohne moderne Medizinprodukte nicht möglich. Minimalinvasive Verfahren, Implantate, Kathetertechnologien, endoskopische Systeme, digitale Assistenztechnologien und innovative Wundversorgungslösungen sind wesentliche Voraussetzungen dafür, Eingriffe sicher und effizient ambulant durchzuführen.

Vor diesem Hintergrund ist positiv zu bewerten, dass ambulante Operationen weiterhin extrabudgetär vergütet werden sollen. Dies schafft Planungssicherheit für Leistungserbringer und unterstützt die politische Zielsetzung einer stärkeren Ambulantisierung.

Forderung: Hybrid-DRGs: Sachkosten müssen vollständig refinanziert bleiben

Der BVMed begrüßt, dass die Übergangsregelungen für Hybrid-DRGs eine Fortführung des Systems bis Ende 2027 ermöglichen und die gesonderte Berücksichtigung bestimmter Sachkosten weiterhin vorgesehen ist.

Entscheidend ist jedoch, dass die Vergütung von Medizinprodukten auch künftig die tatsächlichen Kosten innovativer Technologien abbildet. Eine stärkere Orientierung an ärztlichen Gebührenordnungen darf nicht dazu führen, dass hochwertige Medizinprodukte wirtschaftlich verdrängt werden.

Die Ambulantisierung darf nicht auf Kosten der Versorgungsqualität erfolgen.

Kurzzeitfallpauschalen: Kostenneutralität darf nicht zur Innovationsbremse werden

Mit besonderer Sorge betrachtet der BVMed die Vorgabe, dass die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen ab 2028 ohne Mehrausgaben für die Kostenträger erfolgen soll.

Eine rein kostenneutrale Ausgestaltung birgt erhebliche Risiken:

- Innovative Medizinprodukte verursachen häufig höhere Sachkosten als etablierte Technologien.
- Medizinischer Nutzen und langfristige Effizienzgewinne werden in pauschalierten Vergütungssystemen häufig unzureichend berücksichtigt.
- Krankenhäuser könnten gezwungen werden, bei Medizinprodukten primär nach Anschaffungspreisen, statt nach Versorgungsqualität zu entscheiden.

Der BVMed warnt ausdrücklich davor, dass Ambulantisierung und Innovation gegeneinander ausgespielt werden. Moderne Medizintechnologien sind nicht Kostentreiber, sondern ermöglichen erst eine sichere und wirtschaftliche ambulante Versorgung.

Medizinprodukte benötigen innovationsgerechte Refinanzierungsmechanismen

Weder bei den Hybrid-DRGs noch bei den vorgesehenen Kurzzeitfallpauschalen ist bislang ein ausreichender Mechanismus erkennbar, der die Einführung innovativer Medizintechnologien systematisch unterstützt.

Der BVMed fordert daher explizit:

- die vollständige Refinanzierung notwendiger Medizinprodukte und Sachkosten,
- transparente und bundesweit einheitliche Vergütungsregelungen,
- die Berücksichtigung von Innovations- und Qualitätskriterien in den Vergütungssystemen sowie
- einen regelhaften Innovationsmechanismus für neue MedTech-Produkte.

Fazit:

Wir brauchen keine weitere isolierte Erweiterung einzelner Abrechnungskataloge, sondern eine verlässliche Gesamtstrategie für ambulante Operationen. Voraussetzung dafür ist eine sektorübergreifende Bedarfsplanung. Die Länder können den stationären Bedarf nur sinnvoll planen, wenn sie die ambulanten und kurzstationären OP-Kapazitäten gleichzeitig in den Blick nehmen.

Kurzzeitfallpauschalen, Hybrid-DRG und AOP/EBM müssen darüber hinaus klar abgegrenzte Funktionen erfüllen und über gemeinsame Qualitäts-, Investitions- und

Evaluationsregeln verbunden werden. Kurzfristig haben ein transparentes Sachkostenmodul, der Schutz der extrabudgetären Vergütung ambulanter Operationen, klare Komplexitätsstufen, ein Fördertatbestand für ambulante Transformationsinvestitionen und eine zielgerichtete Evaluation höchste Priorität. Mittelfristig braucht es einen sektorengleichen Innovationszugang. So wird MedTech nicht als Kostenblock aus der Versorgung herausgerechnet, sondern als Ermöglicher einer sicheren, patientenorientierten und wirtschaftlich tragfähigen Ambulantisierung genutzt.

3.4. Verbindliche Überführung der Hybrid-DRG-Leistungen in ambulanten Leistungskatalog ab 2028 regeln

Alle zum 31.12.2027 im Hybrid-DRG-Katalog enthaltenen, geeigneten Leistungen sind zum 1.1.2028 verbindlich in den AOP-Katalog und Anhang 2 EBM zu überführen und nach § 87d extrabudgetär zu vergüten.

3.5. Kostenneutralitätsklausel bei den Kurzzeitfallpauschalen streichen

Die Vorgabe der Ausgabenneutralität ist zu streichen. Grundlage der Kurzzeitfallpauschalen muss die empirische InEK-Kostenkalkulation sein. Der Abschlag gegenüber der regulären DRG darf ausschließlich die Kosten der verkürzten Verweildauer abbilden; Sach-, Implantat- und OP-Kosten sind davon auszunehmen.

3.6. Kurzzeitfallpauschalen von MD-Fehlbelegungsprüfungen ausnehmen

Fälle, die über Kurzzeitfallpauschalen abgerechnet werden, sind von der Prüfung auf primäre Fehlbelegung auszunehmen, wenn keine entsprechende Abrechnungsmöglichkeit über den AOP-Katalog nach § 115b SGB V vorhanden ist.

4. Änderungen im DiGA-Bereich

4.1. Änderungsantrag 8: Artikel 1 Nummer 19a (neu) | § 134 SGB V, Anlage 4 DiGAV, DiGA-Vergütungsabschlüsse

Die geplante Regelung ist zu streichen.

Begründung

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) leisten einen wichtigen zukunftsgerichteten Beitrag für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung, indem sie u. a. bestehende Versorgungslücken schließen. Sie verfügen über eine definierte Indikationsstellung und erfüllen einen festgelegten medizinischen Zweck. Den Mehrwert der DiGA im Versorgungskontext haben die Hersteller in klinischen Studien für die Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis zur Erstattungsfähigkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen nachzuweisen.

Die Gesundheitsausgaben für DiGA betragen lediglich 0,05 % der GKV-Ausgaben und dennoch soll bereits jetzt ein drittes Instrument zur Einsparung von Ausgaben eingeführt werden, ohne dass der Einspäreffekt der bereits implementierten Maßnahmen bewertet werden konnte. Die bereits eingeführten Regelungen umfassen erfolgsabhängige Vergütungsbestandteile im Rahmen der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung sowie die mengenbezogenen Abschläge und bieten das Potenzial eine hohe Finanzwirkung zu erzielen. Die Auswirkungen dieser Maßnahmen sind

dringend abzuwarten, bevor ein weiterer Preisabschlag in Höhe der Quote der Nutzungsabbrüche innerhalb der ersten vier Wochen eingeführt wird.

Die Regelung beruht auf der Annahme, dass mit dem Abbruch der DiGA-Nutzung der medizinische Zweck der DiGA nicht oder nicht ausreichend erreicht werde. Mit der Regelung zum Nutzungsabbruch wird ein unspezifischer Parameter ergänzt, der unabhängig vom medizinischen Zweck und weiteren Rahmenbedingungen greift. Die Regelung knüpft die Vergütung an das individuelle Nutzungsverhalten der Patientinnen und Patienten ohne Rücksicht auf die medizinische Wirkung.

Digitale Anwendungen ermöglichen eine detailliertere Nachverfolgung der Nutzung als viele andere Leistungsbereiche. Daraus kann jedoch keine abweichende Vergütungssystematik gegenüber vergleichbaren Leistungen wie Arznei- oder Hilfsmitteln abgeleitet werden. Auch dort ist die Vergütung grundsätzlich nicht davon abhängig, ob die verordnete Leistung über einen bestimmten Zeitraum tatsächlich in der vorgesehenen Weise angewendet wird.

Die Festlegung eines Zeitraums von vier Wochen ist medizinisch und versorgungspraktisch nicht nachvollziehbar begründet. Ein Nutzungsabbruch oder ein verzögerter Nutzungsbeginn kann unterschiedliche Ursachen haben, die nicht zwingend als Misserfolg der DiGA zu werten sind. Denkbar sind etwa Urlaubs- oder Krankenhausaufenthalte, Veränderungen der Lebenssituation oder eine ärztlich initiierte Anpassung der Therapie. Dafür ist der Hersteller der DiGA nicht in die Verantwortung zu nehmen. Eine pauschale Verknüpfung des Vergütungsanspruchs mit einem Nutzungsabbruch innerhalb eines festgelegten Zeitraums negiert die Komplexität tatsächlicher Patientenbedürfnisse und komplexe Versorgungssituationen. Bei einem Nutzungsabbruch können die Gründe weder erfasst noch bewertet oder gegenüber den Beteiligten nachvollziehbar gemacht werden.

Aus diesen Gründen ist von einer zusätzlichen gesetzlichen Festlegung konkreter Parameter abzusehen. Die nähere Ausgestaltung der erfolgsabhängigen Vergütung ist den Verhandlungspartnern der Rahmenvereinbarung nach § 134 Absatz 4 und 5 SGB V zu überlassen. Die bisherigen Erfahrungen mit der Festlegung von Schwellenwerten und Höchstbeträgen zeigen, dass innerhalb dieses Verhandlungsrahmens sachgerechte und ausgewogene Regelungen entwickelt werden.

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Georgenstraße 25, 10117 Berlin

+49 30 246 255 - 0

info@bvmed.de

www.bvmed.de

**BV
Med**