

**BKK Dachverband e.V.**  
**Zimmerstraße 56**  
**10117 Berlin**

**TEL (030) 2700403-300**  
**FAX (030) 2700400-191**  
**politik@bkk-dv.de**  
**www.bkk-dachverband.de**

## STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

---

vom 05.10.2026

---

**zu den Änderungsanträgen 1–12 der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 21/6808)**

# Inhalt

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| I. VORBEMERKUNG .....                                                                   | 4         |
| II. DETAILKOMMENTIERUNG .....                                                           | 5         |
| <b>Änderungsantrag 1</b> .....                                                          | <b>5</b>  |
| Zu §§ 92, 87a, 87b, 87d und 115f SGB V: Psychotherapie und Übergangsregelung Hybrid-DRG | 5         |
| <b>Änderungsantrag 2</b> .....                                                          | <b>6</b>  |
| Zu §§ 73b, 87a und 87b SGB V: Streichung des Fixkostendegressionsabschlags              | 6         |
| <b>Änderungsantrag 3</b> .....                                                          | <b>7</b>  |
| Zu § 275c SGB V: Neue Prüfquotenklasse für Krankenhausabrechnungen                      | 7         |
| <b>Änderungsantrag 4</b> .....                                                          | <b>8</b>  |
| Zu § 8 KHEntgG, § 38 KHG und § 8 BPfIV: Zusätzliche Krankenhausmittel                   | 8         |
| <b>Änderungsantrag 5</b> .....                                                          | <b>9</b>  |
| Zu §§ 126 und 127 SGB V: Hilfsmittel – Preisabschlag und Ausschreibungen                | 9         |
| <b>Änderungsantrag 6</b> .....                                                          | <b>10</b> |
| Zu § 4 Absatz 5 SGB V: Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen               | 10        |
| <b>Änderungsantrag 7</b> .....                                                          | <b>12</b> |
| Zu § 129 Absatz 5 SGB V: Vereinbarungen zu parenteralen Zubereitungen/Zytostatika       | 12        |
| <b>Änderungsantrag 8</b> .....                                                          | <b>14</b> |
| Zu § 134 Absatz 4a SGB V und Anlage 4 DiGAV: DiGA-Vergütungsabschläge                   | 14        |
| <b>Änderungsantrag 9</b> .....                                                          | <b>15</b> |
| Zu § 175 SGB V: Informations- und Vorlagepflicht bei Zusatzbeitragserhöhungen           | 15        |

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Änderungsantrag 10</b>                                                               | <b>17</b> |
| Zu §§ 115g, 275a, 276, 278, 280 und 283 SGB V: MD-Prüfungen und Vergütung von süV       | 17        |
| <b>Änderungsantrag 11</b>                                                               | <b>18</b> |
| Zu § 31 Absatz 6 Satz 2 SGB V: Therapieversuch mit cannabis-haltigem Fertigarzneimittel | 18        |
| <b>Änderungsantrag 12</b>                                                               | <b>19</b> |
| Zu mehreren Vorschriften des SGB V und weiteren Gesetzen: Anpassungen des GKV-BStabG    | 19        |

## I. VORBEMERKUNG

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde gerade beschlossen und wird schon wieder aufgeweicht. Es ist zu befürchten, dass die Nachjustierungen am BStabG dafür sorgen werden, dass das geplante Einsparziel nicht erreicht wird.

Dadurch, dass an einigen Stellen weniger gespart werden soll, muss an anderen Stellen mehr gespart werden. Das ist nicht sachgerecht. Während Krankenhäuser 550 Mio. Euro zusätzlich erhalten, wird bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen, die ohnehin stetig sinken, weiter gespart.

Besonders abzulehnen sind Maßnahmen, die die Bürokratie ausweiten wie die zusätzliche 1%-Prüfquote für die Abrechnungsprüfungen in Krankenhäusern oder die individuellen Anschreiben der Krankenkassen mit Einbindung der Aufsichtsbehörden über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes. Da gibt es einfachere Lösungen.

Zu begrüßen sind die Wiedereinführung der Möglichkeit für Ausschreibungen bei Hilfsmitteln sowie der Versuch einer Preisbegrenzung bei digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Allerdings wären gerade bei den DiGA auch einfachere Lösungen möglich gewesen.

## II. DETAILKOMMENTIERUNG

### Änderungsantrag 1

#### **Zu §§ 92, 87a, 87b, 87d und 115f SGB V: Psychotherapie und Übergangsregelung Hybrid-DRG**

Der Änderungsantrag setzt die EntschlieÙung zur Psychotherapie um und erweitert ab 2027 die extrabudgetäre Vergütung. Dies betrifft insbesondere Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, psychotherapeutische Leistungen für schwer psychisch kranke Versicherte sowie dringliche Akutbehandlungen. Der G-BA soll Kriterien zur Feststellung der Dringlichkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung festlegen. Für am 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossene genehmigungspflichtige Therapien werden Honorarbegrenzungen ausgeschlossen. Darüber hinaus sollen unabhängig vom EntschlieÙungsantrag künftig auch Leistungen des ambulanten Operierens einschließlich zugehöriger Begleitleistungen künftig außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) finanziert werden.

Daneben enthält der Antrag eine Übergangsregelung für Hybrid-DRG: Leistungen ohne Übernachtung werden 2027 vollständig nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, während Fälle mit Übernachtung weiterhin der Hybrid-DRG-Fallpauschale unterliegen. § 115f SGB V wird zum 1. Januar 2028 gestrichen; für den Übergang zu den Kurzzeitfallpauschalen ist Mehrausgabenneutralität für die Kostenträger vorgesehen.

### BEWERTUNG

Die Neuregelungen zur Psychotherapie werden abgelehnt, da dadurch sinnvolle Einsparungen gestrichen werden. Zu viele Ausnahmeregelungen führen zudem zu mehr Intransparenz. Die Finanzierung von Leistungen des ambulanten Operierens außerhalb der MGV wird aufgrund des deutlichen Risikos für weitere Kostenausweitungen in diesem Bereich ebenfalls abgelehnt.

Die Vergütung von Fällen ohne Übernachtung in Höhe des EBM wird begrüÙt, ebenso wie die Mehrausgabenneutralität. Das Zusammenspiel von AOP und Kurzzeitfallpauschalen wird als sachgerecht bewertet.

## Änderungsantrag 2

### **Zu §§ 73b, 87a und 87b SGB V: Streichung des Fixkostendegressionsabschlags**

Der Änderungsantrag streicht den mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Fixkostendegressionsabschlag für die hausarztzentrierte Versorgung sowie für entbudgetierte Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung und der Kinder- und Jugendmedizin. Damit sollen in diesen Bereichen bei Fallzahl- oder Mengenausweitungen keine entsprechenden Preisminderungen mehr greifen. Die weiteren Änderungen in § 87b SGB V sind redaktionelle Folgeanpassungen.

### BEWERTUNG

Der Fixkostendegressionsabschlag stellte eine sinnvolle Einsparungen dar, dessen Streichung abgelehnt wird. Die Höhe der zusätzlichen Kosten ist derzeit nicht quantifizierbar. Die mit dem BStabG fallzahlbedingte Kostendegression sollte umgesetzt werden.

## Änderungsantrag 3

### **Zu § 275c SGB V: Neue Prüfquotenklasse für Krankenhausabrechnungen**

Ab dem 1. Januar 2027 wird eine zusätzliche Prüfquotenklasse eingeführt. Für Krankenhäuser mit einem Anteil von mindestens 90 Prozent unbeanstandeter, durch den Medizinischen Dienst geprüfter Schlussrechnungen beträgt die quartalsbezogene Prüfquote bis zu 1 Prozent. Die weiteren Stufen bleiben mit bis zu 5 Prozent bei 80 bis unter 90 Prozent, bis zu 20 Prozent bei 65 bis unter 80 Prozent sowie bis zu 40 Prozent bei unter 65 Prozent unbeanstandeter Abrechnungen bestehen. Nach der Begründung sollen rund 100 Krankenhäuser die neue Klasse erreichen; jährlich könnten etwa 3.000 Prüfungen entfallen.

#### BEWERTUNG

Die 1%-Prüfquote wird abgelehnt. Nur um die 100 kleinere Krankenhäuser mit sehr wenigen MD-Prüffällen würden eine 1%-Prüfquote haben. Die Zahl der beanstandeten Abrechnungen bei einer insgesamt geringen Zahl an Prüfungen würde stark ansteigen (Erfolgsquote der GKV erhöht sich!) und schnell dazu führen, dass diese kleinen Krankenhäuser in sehr viel schlechtere Prüfquotenklassen abrutschen.

Eine weitere Prüfquotenklasse sorgt außerdem für mehr Bürokratie und Streitpotential. Sprünge zwischen Prüfquoten werden immer heikler und bedeutsamer: Jede Einstufung in die Prüfquotenklasse, die übrigens quartalsweise erfolgt, birgt das Risiko, dass Krankenhäuser und Kostenträger über Einstufungen in langwierige Streitigkeiten geraten.

## Änderungsantrag 4

### **Zu § 8 KHEntgG, § 38 KHG und § 8 BPfIV: Zusätzliche Krankenhausmittel**

Nicht-universitäre somatische sowie psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser erhalten ab 1. Januar 2027 dauerhaft einen Rechnungszuschlag von 27,30 Euro je voll- oder teilstationärem Fall. Damit sollen jährlich rund 450 Mio. Euro zusätzlich zur Verfügung gestellt werden. Universitätskliniken erhalten im Jahr 2027 einen Rechnungszuschlag von 50,00 Euro je voll- oder teilstationärem Fall, entsprechend einem zusätzlichen Volumen von rund 100 Mio. Euro.

Ab 2028 werden die zusätzlichen Mittel für Universitätskliniken dauerhaft über § 38 KHG abgebildet; der dort vorgesehene Betrag wird von 75 Mio. Euro auf 175 Mio. Euro erhöht. Für psychiatrische und psychosomatische Fälle gelten entsprechende Regelungen, einschließlich der Behandlung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V.

### BEWERTUNG

Pauschale Rechnungszuschlägen werden abgelehnt, da diese Mengenanreize ohne Bezug zu Qualität, Versorgungsnotwendigkeit oder tatsächlichen Bedarfen setzen. Das steht dem Ansinnen einer gezielten Strukturreform diametral gegenüber. Diese Regelung trifft die GKV in einer ohnehin angespannten Finanzlage und erhöht den Druck auf die Zusatzbeitragssätze.

Erst ein Rechnungszuschlag, dann spezielle Vorhaltung für Universitätskliniken erzeugt zusätzlichen Umsetzungsaufwand anstatt Verwaltungsvereinfachung.

## Änderungsantrag 5

### **Zu §§ 126 und 127 SGB V: Hilfsmittel – Preisabschlag und Ausschreibungen**

Für Hilfsmittelversorgungen, deren Abrechnung zwischen dem 1. Januar 2027 und dem 31. Dezember 2028 bei der Krankenkasse eingeht, wird der vereinbarte Preis um 3 Prozent gemindert. Maßgeblich ist der Rechnungseingang; die Krankenkasse nimmt die Kürzung pauschal auf Rechnungsebene vor. Über gesetzliche Verweisungen werden auch Pflegehilfsmittel und doppelfunktionale Hilfsmittel erfasst.

Zugleich werden Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich wieder ermöglicht, sofern sie wirtschaftlich und qualitativ zweckmäßig sind. Vor Einleitung eines Verfahrens sind insbesondere Versorgungsnähe, Beratungs- und Nachbetreuungsbedarf, das Aufwand-Nutzen-Verhältnis sowie Auswirkungen auf Anbieter- und Wettbewerbsstrukturen zu prüfen und zu dokumentieren. Bei individuell angefertigten oder betreuungsintensiven Versorgungsmitteln sowie bei relevanten Kontinuitätsrisiken sollen Ausschreibungen regelmäßig nicht zweckmäßig sein; der Preis darf nicht das alleinige Zuschlagskriterium sein.

### BEWERTUNG

Die bürokratiearme Umsetzung der 3%-Regelung wird unterstützt, da sie sowohl bei Leistungserbringern als auch Krankenkassen Verwaltungskosten minimiert. Eine sachgerechte Berücksichtigung bei RSA und Risikopool muss zu gegebener Zeit erfolgen.

Die Wiedereinführung der Ausschreibungen als marktwirtschaftliches Element zur Sicherung der wirtschaftlichen Versorgung wurde lange gefordert und wird daher besonders begrüßt. Die Berücksichtigung der Qualität und flächendeckenden Versorgung durch auch kleine und mittlere Betriebe ist ausgewogen berücksichtigt.

Die gemeinsamen Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit ermöglichen eine ausreichende Abstimmung der Akteure, die das Instrument aber nicht behindert.

## Änderungsantrag 6

### **Zu § 4 Absatz 5 SGB V: Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen**

Für das Haushaltsjahr 2027 wird die nach § 71 Absatz 3 Satz 5 SGB V veröffentlichte durchschnittliche Veränderungsrate für die Verwaltungsausgaben je Versicherten um einen weiteren Prozentpunkt vermindert. Ab dem Haushaltsjahr 2028 gilt wieder die reguläre Begrenzung anhand der jeweiligen durchschnittlichen Veränderungsrate. Von der Begrenzung ausgenommen werden Aufwendungen zum Schutz kritischer Infrastruktur im Bereich der IT-Sicherheit sowie Aufwendungen für die Durchführung von Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl.

#### BEWERTUNG

Die erneute Absenkung der Veränderungsrate um einen Prozentpunkt für 2027 ist abzulehnen. Die Krankenkassen haben im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz bereits ihren Beitrag geleistet. Die FinanzKommission Gesundheit hat bestätigt, dass die Kassen und insbesondere die Verwaltungskosten nicht die Ursache für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen sind. Nun werden die Krankenkassen deutlich stärker belastet als viele Leistungserbringer, deren Vergütungsanstiege lediglich auf die Veränderungsrate begrenzt werden. Zugleich haben die Krankenkassen ihre Verwaltungskosten seit Jahren wirksam begrenzt: Ihr Anteil an den GKV Gesamtausgaben ist kontinuierlich gesunken und lag 2025 bei unter vier Prozent. Auch im ersten Halbjahr 2026 stiegen die Verwaltungskosten gegenüber dem Vorjahr um lediglich rund 0,5 Prozent. Die Krankenkassen leisten damit bereits einen erheblichen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der GKV. Eine zusätzliche pauschale Begrenzung ist daher weder sachlich begründet noch erforderlich und kann insbesondere bei einzelnen Krankenkassen zu erheblichen finanziellen und operativen Belastungen führen.

Weiterhin ist zu bedenken, dass die Aufwände, die Kassen zur Umsetzung gesetzlicher Vorgaben betreiben, seit Jahren steigen. Sie sind notwendig, um die Versorgung auch in Ausnahmesituationen aufrecht zu erhalten, um Prozesse zu digitalisieren, um Fehlverhalten aufzudecken und vieles andere mehr. Eine weitere Begrenzung der Verwaltungskosten wird zu Einschränkungen bei der Digitalisierung der Verwaltungsprozesse, bei der Durchführung von Sozialversicherungswahlen und der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen führen. Auch die Kosten, die bei freiwilligen

Vereinigungen (Fusionen) anfallen, sind betroffen. Darum sollten für diese Kosten ausnahmetatbestände geschaffen werden, Investitionen in Digitalisierung bei den Krankenkassen sollen grundsätzlich als Ausnahmetatbestände aufgenommen werden.

## Änderungsantrag 7

### **Zu § 129 Absatz 5 SGB V: Vereinbarungen zu parenteralen Zubereitungen/Zytostatika**

Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich Verträge mit Apotheken beziehungsweise der maßgeblichen Apothekerorganisation auf Landesebene zur Versorgung mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie schließen. In diesen Verträgen können insbesondere Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers sowie Preise und Preisspannen der Apotheken vereinbart werden. Der Abschluss entsprechender Verträge bleibt freiwillig und soll Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen, ohne Qualität und Sicherheit der Versorgung einzuschränken.

#### BEWERTUNG

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Sie wurde in den Jahren von 2013 bis 2017 von den Krankenkassen bereits erfolgreich umgesetzt.

Allerdings sollen neu nicht mehr die Krankenkassen die Ausschreibungen auf den Weg bringen. Angedacht ist, dass die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit Apotheken schließen.

Es gibt keinerlei Anreize für die Apothekenverbände, diese Verträge abzuschließen. Nach geltendem Recht könnten entsprechende Regelungen bereits getroffen werden. Diese gibt es bislang jedoch nicht. Durch die Einschränkung, dass ergänzende Verträge im Bereich der parenteralen Zubereitungen gemeinsam und einheitlich zu schließen sind, bedeutet der Regelungsvorschlag sogar eine Verschärfung der bestehenden Rechtslage zulasten der Krankenkassen. Erfahrungen aus § 130a Abs. 8c SGB V zeigen, dass für ein gemeinsames Vorgehen sehr aufwendige Abstimmungsprozesse erforderlich sind. Beginnend mit der Federführerschaft, Kostentragung und Umsetzung bis hin zu einem möglichen Vetorecht einzelner Akteure.

In dieser Form wird der Gesetzesvorschlag daher nicht zu Einsparungen führen.

Um relevante Einsparungen zu erzielen müssen Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, mit den Apotheken die Versorgung mit parenteralen Zubereitungen auszuscheiden.

## Änderungsantrag 8

### **Zu § 134 Absatz 4a SGB V und Anlage 4 DiGAV: DiGA-Vergütungsabschläge**

Ab dem 1. Januar 2027 wird für Digitale Gesundheitsanwendungen ein erfolgsabhängiger Vergütungsabschlag eingeführt. Seine Höhe entspricht dem Anteil der Nutzerinnen und Nutzer, die die Nutzung innerhalb der ersten 28 Tage vorzeitig beenden. Die Abbruchquote wird im Rahmen der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung erhoben und von den Herstellern an das BfArM gemeldet. Das BfArM stellt die Daten dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung; dieser legt die rückwirkend für den jeweiligen Berichtszeitraum zu berücksichtigenden Abschläge je DiGA fest. Die Krankenkassen machen die daraus resultierenden Rückforderungen gegenüber den Herstellern geltend.

### BEWERTUNG

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, Therapieabbrüche innerhalb der ersten vier Wochen stärker zu berücksichtigen und die Vergütung am tatsächlichen Nutzen auszurichten.

Die vorgesehenen Regelungen in § 134 SGB V und Anlage 3 DiGAV werfen jedoch erhebliche Umsetzungs- und Bürokratiefragen auf. Insbesondere der Nachweis von Therapieabbrüchen und die daraus resultierenden Rückrechnungs- und Korrekturverfahren erscheinen derzeit nicht praxistauglich.

Ein deutlich einfacherer Ansatz wäre ein kostenfreier Testzeitraum von beispielsweise 14 Tagen.

Darüber hinaus sollte das Fast-Track-Verfahren grundlegend überprüft und die Preisfreiheit im ersten Jahr nach Listung abgeschafft werden. Zudem sollte geprüft werden, ob eine Zuzahlung für DiGA zur Gleichbehandlung mit anderen Leistungen der Krankenbehandlung beitragen kann. Dies könnte zugleich Wirtschaftlichkeit, Bürokratieabbau und eine stärker am Versorgungsnutzen orientierte Vergütung unterstützen.

## Änderungsantrag 9

### **Zu § 175 SGB V: Informations- und Vorlagepflicht bei Zusatzbeitragserhöhungen**

Bei erstmaliger Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes müssen Krankenkassen ihre Mitglieder bis zum Ablauf des Vormonats gesondert schriftlich oder in zulässiger elektronischer Form informieren. Das Schreiben muss insbesondere auf das Kündigungsrecht, den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, die Übersicht des GKV-Spitzenverbandes und gegebenenfalls auf die Möglichkeit eines Wechsels zu einer günstigeren Krankenkasse hinweisen.

Der Entwurf des Informationsschreibens ist der zuständigen Aufsichtsbehörde so rechtzeitig vorzulegen, dass vor dem Versand eine Prüfung und Beratung möglich ist; eine Genehmigungspflicht ist nicht vorgesehen. Bei nicht ordnungsgemäßer Information soll die Aufsicht zunächst beratend tätig werden und anschließend eine erneute Versendung verlangen können. Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen nach dem neuen Absatz 4a haben keine aufschiebende Wirkung.

### BEWERTUNG

Die Neuregelung in der vorgesehenen Fassung wird abgelehnt. Die Betriebskrankenkassen erachten eine Aufklärung der Mitglieder über Beitragssatzerhöhungen als wichtig und sinnvoll, sprechen sich jedoch für eine Information ohne zwingende Formvorgaben aus. Dieses Vorgehen hat sich bereits bewährt, als im ersten Halbjahr 2023 von der individuellen Hinweispflicht Abstand genommen worden war, siehe § 175 Absatz 4a SGB V in der Fassung gemäß dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz.

Die Abschaffung der individuellen Hinweispflicht durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz mit Wirkung zum 30. Juli 2026 bewirkte eine deutliche Entlastung der Krankenkassen, insbesondere auch hinsichtlich der Verwaltungskosten. Eine – zumal kurzfristig vorgesehene – Wiedereinführung würde enorme Herausforderungen bedeuten. Die zuletzt geltenden Anforderungen waren bürokratisch und kostenintensiv. Mit der Rückgängigmachung wird Einsparpotenzial verringert. Das neu vorgeschaltete aufsichtsbehördliche Verfahren führt ebenfalls zu zusätzlichen Aufwänden und Kosten und wird abgelehnt.

Praktisch wird es den Krankenkassen nahezu unmöglich sein, für gegebenenfalls zum Jahreswechsel 2026/2027 erforderlich werdende Beitragssatzerhöhungen die formalen Voraussetzungen zu erfüllen. Der Gesetzgeber unterschätzt die Komplexität sowie den notwendigen zeitlichen Vorlauf der entsprechenden Prozesse, die nicht nur in der Krankenkasse selbst durchzuführen sind, sondern auch Vertragsschlüsse und Abstimmungen mit Dienstleistern beinhalten.

Inhaltlich ist die Hinweispflicht bei erstmaliger Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags auf das Maß der für das Mitglied sinnvollen und hilfreichen Informationen zu beschränken, mithin auf den Umstand der Beitragssatzerhöhung und das Sonderkündigungsrecht. Der laut dem Entwurf vorgesehene zwingend aufzunehmende Verweis auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz ist unsachgerecht. 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. Wichtiger als der Preis ist für den Versicherten ist die Qualität seiner Krankenkasse. Nicht zuletzt die seit 2021 von den Kassen veröffentlichten Transparenzberichte, die auch auf Vergleichsportalen abgebildet werden <https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/transparenzberichte/>, unterstützen diesen Wunsch der Versicherten nach vergleichbarer Transparenz. Auch vor diesem Hintergrund ist der reine Preisvergleich über die Zusatz Beitragssätze zu kurz gegriffen und erfüllt nicht den Bedarf der Versicherten.

Die Klarstellung, dass Informationsschreiben elektronisch bekanntgegeben werden können, wird begrüßt. Dies eröffnet den Krankenkassen rechtssicher einen weiteren Weg, ihrer Aufklärungspflicht nachzukommen.

#### **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.“*

## Änderungsantrag 10

### **Zu §§ 115g, 275a, 276, 278, 280 und 283 SGB V: MD-Prüfungen und Vergütung von süV**

Der Medizinische Dienst wird ausdrücklich mit der Prüfung der Qualitäts-, Patientensicherheits- und Dokumentationsanforderungen sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (süV) betraut. Bei Regelungen zur Prüfung in der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 ist das Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund herzustellen. Die Vereinbarung ist spätestens alle zwei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2030, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen.

Die Ergebnisse der MD-Prüfungen werden bei der Vereinbarung des finanziellen Gesamtvolumens berücksichtigt; bei Nichterfüllung der Anforderungen wird ein grundsätzliches Abrechnungsverbot vorgesehen. Zugleich wird der Vergütungsrahmen nach § 6c KHEntgG flexibilisiert: An die Stelle detaillierter gesetzlicher Vorgaben zu Tagesentgelten treten insbesondere Vereinbarungen über Gesamtvolumen und abrechenbare Entgelte. Folgeänderungen betreffen unter anderem Einsichts- und Betretensrechte, Datenverarbeitung, Berichtspflichten, Umlagefinanzierung und die Datenbank des MD Bund.

### BEWERTUNG

Stellt Rechtssicherheit her; entsprechend wird die Konkretisierung der Prüfung der Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst begrüßt, ebenso das klare Abrechnungsverbot, wenn SüV die Anforderungen nicht erfüllen.

Auch die Anpassung des Vergütungsrahmens, die aufgrund der zwischen DKG und GKV-SV erfolgten Vereinbarung erfolgt, wird befürwortet.

## Änderungsantrag 11

### **Zu § 31 Absatz 6 Satz 2 SGB V: Therapieversuch mit cannabishaltigem Fertigarzneimittel**

Im Rahmen des Anspruchs auf Versorgung mit Cannabis soll zunächst ein Therapieversuch mit einem cannabishaltigen Fertigarzneimittel erfolgen, sofern dieses für die betreffende Indikation nach dem Arzneimittelgesetz zugelassen ist. Der Vorrang gilt damit nur innerhalb des zugelassenen Anwendungsgebiets. Nach der Begründung werden Bestandspatientinnen und Bestandspatienten, die für ihre aktuelle Indikation bereits cannabishaltige Arzneimittel erhalten, nicht erfasst. Zugleich entfällt der bislang gesetzlich vorgegebene Zeitraum von sechs Monaten; die Dauer des Therapieversuchs wird in das Ermessen der behandelnden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gestellt.

#### BEWERTUNG

Die Klarstellung wird ausdrücklich begrüßt.

## Änderungsantrag 12

### **Zu mehreren Vorschriften des SGB V und weiteren Gesetzen: Anpassungen des GKV-BStabG**

Der Änderungsantrag enthält umfangreiche rechtsförmliche und redaktionelle sowie einzelne materielle Korrekturen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und passt zahlreiche Inkrafttretensregelungen an. Unter anderem werden die Jahresarbeitsentgeltgrenzen für 2027 betragsmäßig im Gesetz festgelegt (84.150 Euro; in besonderen Konstellationen 72.900 Euro bzw. 80.550 Euro) und die monatliche Zuzahlungsobergrenze für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel ab 1. Januar 2027 auf 15 Euro angehoben.

Weitere Änderungen betreffen unter anderem die vertragsärztliche Vergütung im Zusammenhang mit der ePA, die Überführung und Bereinigung extrabudgetärer Leistungen sowie Regelungen zu Krankengeld und Teil-Arbeitsunfähigkeit. Die Inkrafttretenszeitpunkte werden neu gestaffelt; einzelne Regelungen gelten rückwirkend ab 30. Juli 2026, weitere treten zum 1. Januar 2027, 1. Januar 2028 oder 1. Juli 2028 in Kraft.

### BEWERTUNG

Die Änderungen im Bereich ePA sowie zur Rückführung von Bereinigungsvolumina in die MGV mit Einführung des § 87d SGB V, sind ebenso sachgerecht, wie die zugehörigen Anpassungen der Inkraftsetzungsdaten.