



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)108(35)
gel. VB zur öffent. Anh. am
07.10.2026 - ÄA GKV
07.10.2026

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.10.2026

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zu
dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung –
Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

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

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	3
II. Stellungnahme	6
Änderungsantrag 1 (Umsetzung der EntschlieÙung zur Psychotherapie und Übergangsregelung Hybrid-DRG)	6
Änderungsantrag 2 (Streichung des Fixkostendegressionsabschlags in der HzV und bei Haus- und Kinderärzten)	11
Änderungsantrag 3 (Einführung einer Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser mit geringen Auffälligkeiten in der Krankenhausabrechnung)	12
Änderungsantrag 4 (Rechnungszuschlag ab 2027 für Krankenhäuser)	14
Änderungsantrag 5 (Hilfsmittel Ermöglichung von Ausschreibungen)	15
Änderungsantrag 6 (Zusätzliche Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen)	19
Änderungsantrag 7 (Apothekenbezogene Ausschreibungen für Zytostatika)	21
Änderungsantrag 8 (DiGA – Vergütungsabschläge)	22
Änderungsantrag 9 (Informations- und Vorlagepflicht bei einer Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes)	25
Änderungsantrag 10 (Prüfungen des Medizinischen Dienstes bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen)	27
Änderungsantrag 11 (Therapieversuch mit einem cannabishaltigen Fertigarzneimittel)	29
Änderungsantrag 12 (Anpassungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes)	30
III. Ergänzender Änderungsbedarf	37
§ 116b SGB V – Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und des Erlaubnisvorbehalts in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	37
§ 431 SGB V neu – Übergangsregelung zu Praxisbesonderheiten in Erstattungsbetragsvereinbarungen	39

I. Zusammenfassung

Nach intensiven Beratungen hat der Deutsche Bundestag am 10. Juli 2026 das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verabschiedet. Das Gesetz verfolgt das Ziel, stabile Beitragssätze bei Beibehaltung eines hohen Niveaus der gesundheitlichen Versorgung nachhaltig sicherzustellen. Der GKV-Spitzenverband unterstützt diese Zielsetzung ausdrücklich.

Mit den nunmehr vorliegenden Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zu dem „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz“ sollen im Wesentlichen die Zusagen umgesetzt werden, die die Bundesregierung im Rahmen ihrer Protokollerklärung gegenüber dem Bundesrat in seiner 1067. Sitzung abgegeben hat. Darüber hinaus dienen die Änderungsanträge der Umsetzung einer ebenfalls am 10. Juli 2026 gefassten Entschließung des Deutschen Bundestages (Drucksache 21/7073). Gleichzeitig sollen die damit verbundenen finanziellen Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung gegenfinanziert werden.

Rücknahme vereinbarter Konsolidierungsbeiträge einzelner Leistungsbereiche nicht sachgerecht

Es ist mit Blick auf die Verlässlichkeit politischer Beschlüsse und Zusagen grundsätzlich anzuerkennen, dass die Koalitionsfraktionen mit den vorliegenden Maßnahmenvorschläge zur Umsetzung der oben genannten Erklärungen im Grundsatz an der Zielsetzung stabiler Beitragssätze festhalten. Gleichwohl ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes das falsche Signal, das nach intensiven Beratungen mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beschlossene Gesamtpaket bereits nach kurzer Zeit wieder aufzuschnüren.

Die vorgelegten Maßnahmen schaffen neue erhebliche Unsicherheiten bei den betroffenen Akteuren und den Versicherten. Nicht nachvollziehbar ist es insbesondere, vereinbarte Konsolidierungsbeiträge einzelner Leistungsbereiche, insbesondere der Krankenhausversorgung sowie von Teilen der hausärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung, nachträglich zurückzunehmen und die daraus entstehenden Belastungen einseitig auf andere Leistungserbringende und ein weiteres Mal auf die Krankenkassen zu verlagern.

Das Ziel der Ausgabenbegrenzung muss für alle Beteiligten gleichermaßen gelten. Sonderregelungen und Ausnahmen stehen einer fairen und ausgewogenen Lastenverteilung entgegen. Einseitige Belastungen sind weder fachlich begründet noch sachgerecht.

Zusätzliche Ausgaben durch Ausnahmen für einzelne Leistungsbereiche

Die vorgesehenen Änderungen betreffen insbesondere die zusätzliche finanzielle Unterstützung von Krankenhäusern. So sollen Universitätskliniken ab dem Jahr 2027 zusätzliche Mittel in Höhe von 100 Millionen Euro und weitere Krankenhäuser zusätzliche Mittel in Höhe von 450 Millionen Euro erhalten. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes weder sachlich gerechtfertigt, noch ist eine pauschale

Mittelverteilung nach dem Gießkannenprinzip der geeignete Weg, um bedarfsnotwendige Krankenhäuser gezielt zu fördern.

Darüber hinaus ist in den Änderungsanträgen vorgesehen, bestimmte psychotherapeutische und fachtherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche, die Behandlung schwer psychisch erkrankter Versicherter sowie die Behandlung dringlicher Fälle extrabudgetär zu vergüten. Für hausärztliche Leistungen sollen zudem Ausnahmen vom Fixkostendegressionsabschlag geschaffen werden. Für diese einseitigen Lockerungen der Konsolidierungsvorgaben zugunsten bestimmter Leistungserbringer sind keine fachlichen Gründe ersichtlich. Weitere Änderungsanträge dienen der Korrektur rechtstechnischer Fehler.

Gegenfinanzierung belastet die Krankenkassen überproportional

Die vorgesehenen Maßnahmen führen zu erheblichen zusätzlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach dem erklärten Ziel der Koalition sollen die finanzwirksamen Änderungen jedoch beitragsatzneutral umgesetzt werden. Zu diesem Zweck sehen mehrere Änderungsanträge Regelungen zur Gegenfinanzierung der zusätzlichen Belastungen vor.

Die vorgesehenen Gegenfinanzierungsmaßnahmen betreffen unterschiedliche Bereiche. Den Krankenkassen sollen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln zusätzliche Möglichkeiten zum Abschluss von Verträgen eröffnet werden. Dies begrüßt der GKV-Spitzenverband ausdrücklich, da so bestehende Effizienzreserven bei Beibehaltung einer hohen Versorgungsqualität erreicht werden können. Für Versorgung mit parenteralen Zubereitungen sollen die Krankenkassen Möglichkeit erhalten, gemeinsam und einheitlich Verträge mit den maßgeblichen Organisationen der Apotheker auf Landesebene zu schließen. Die vorgesehene Regelung bleibt allerdings hinter dem Potenzial zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit zurück.

Durch eine Weiterentwicklung der Hybrid-DRG sollen bestehende Effizienzreserven erschlossen werden. Aus der dynamischen Mengenentwicklung ergibt sich dringender Handlungsbedarf. Zudem ist vorgesehen, die Vergütung digitaler Gesundheitsanwendungen stärker an deren tatsächliche Nutzung zu knüpfen. Darüber hinaus soll der Verwaltungskostendeckel für die Krankenkassen weiter abgesenkt werden. Als weiterer Bestandteil des Gesamtpakets soll die pandemiebedingt ausgeweitete Anspruchsdauer beim Kinderkrankengeld wieder auf das vor der Pandemie geltende Niveau zurückgeführt werden, ohne dass es hierfür eines Änderungsantrags bedarf.

Eine ausgabendeckende Gegenfinanzierung ist unerlässlich, um das selbstgesteckte Ziel der Beitragsstabilisierung sicherzustellen. Dies unterstreicht auch die weiterhin überproportionale Ausgabenentwicklung, die sich auch im ersten Halbjahr 2026 gezeigt hat.

Die finanziellen Auswirkungen der vorgesehenen Maßnahmen lassen sich gegenwärtig kaum abschätzen, da belastbare Schätzungen zu einzelnen Regelungen nur eingeschränkt möglich sind. Nach gegenwärtiger Einschätzung dürfte das erforderliche Gegenfinanzierungsvolumen zur Vermeidung zusätzlicher Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung allenfalls knapp erreicht werden.

Strukturelle Begrenzung der Ausgabenentwicklung bleibt erforderlich

Bereits in seiner Stellungnahme zum Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes hatte der GKV-Spitzenverband darauf hingewiesen, dass die darin vorgesehenen Maßnahmen hinter dem Erforderlichen zurückbleiben. Notwendig bleiben weiterhin eine konsequentere Begrenzung der Ausgabensteigerungen und insbesondere der Einsatz strukturell wirksamer Instrumente zur Verbesserung von Effizienz und Qualität. Dafür sind grundlegende Strukturreformen erforderlich, insbesondere die Notfall- und Rettungsdienstreform, die Einführung einer Primärversorgung, die konsequente Umsetzung der Krankenhausreform und nicht zuletzt die mit dem Gesetz für digitale Innovation im Gesundheitswesen stärkere Nutzung der Digitalisierung.

Bund bei der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben unverändert in der Pflicht

Der GKV-Spitzenverband hatte bereits im damaligen Gesetzgebungsverfahren kritisiert, dass der ohnehin unzureichende Finanzierungsbeitrag des Bundes kurzfristig weiter reduziert werden sollte. Erforderlich wäre vielmehr gewesen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben vollständig aus Bundesmitteln zu finanzieren.

Eine nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finzen kann nicht allein durch weitere Konsolidierungsbeiträge der Krankenkassen und einzelner Leistungsbereiche erreicht werden. Sie setzt vielmehr voraus, dass der Bund seiner Finanzierungsverantwortung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben umfassend nachkommt.

Weitere Absenkung des Verwaltungskostendeckels nicht sachgerecht

Der GKV-Spitzenverband hatte bereits in seiner Stellungnahme zum Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes auf die Folgen einer Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen hingewiesen. Angesichts stetig wachsender Aufgaben und eines erheblichen Investitionsbedarfs verlangen die bestehenden Vorgaben den Krankenkassen bereits erhebliche Konsolidierungsanstrengungen ab. Eine weitere Absenkung des Verwaltungskostendeckels würde ihre Handlungsspielräume zusätzlich einschränken.

Dies gilt insbesondere für den Bereich der Digitalisierung, in dem die gesetzliche Krankenversicherung umfangreiche europarechtliche Vorgaben umsetzen muss. Allein aus der Einrichtung und dem Betrieb der nationalen eHealth-Kontaktstelle sowie der Umsetzung von MyHealth@EU ergeben sich erhebliche zusätzliche Aufgaben und finanzielle Belastungen. Eine weitere Begrenzung der Verwaltungskosten steht diesen wachsenden gesetzlichen Anforderungen entgegen und ist daher nicht sachgerecht. Auch die Umlage für den GKV-Spitzenverband sollte von der Regelung ausgenommen werden, da dieser im Wesentlichen bundesgesetzliche Vorgaben, ordnungspolitische Entscheidungen und wettbewerbsneutrale Aufgaben umzusetzen hat.

Zu den in den Änderungsanträgen vorgesehenen Regelungen nimmt der GKV-Spitzenverband nachfolgend Stellung.

II. Stellungnahme

Änderungsantrag 1 (Umsetzung der EntschlieÙung zur Psychotherapie und Übergangsregelung Hybrid-DRG)

Artikel 1, 1a neu, 1b neu, 3a neu, 10a ne, 11 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Gesetze)

§§ 87a, 87b, 87d, 92 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Umsetzung der EntschlieÙung zur Psychotherapie

Mit den beabsichtigten Änderungen wird der mit dem GKV-BStabG beschlossene EntschlieÙungsantrag umgesetzt. Dies erfolgt, indem der Katalog der extrabudgetär zu vergütenden psychotherapeutischen Leistungen um Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Leistungen für schwer psychisch erkrankte Versicherte sowie dringlich erforderliche psychotherapeutische Behandlungen ausgeweitet wird. Darüber hinaus wird eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgesehen, soweit die betreffenden Leistungen bislang innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet wurden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhält den Auftrag, Kriterien zur Feststellung der Dringlichkeit festzulegen. Ferner wird geregelt, dass bei begonnenen psychotherapeutischen Behandlungen keine Maßnahmen zur Mengenbegrenzung in der Honorarverteilung angewendet werden dürfen.

Als Folgeänderung zur Ausweitung der ab dem Jahr 2027 weiterhin extrabudgetär zu vergütenden Leistungen gemäß § 87d Abs. 1 SGB V wird bestimmt, dass die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen um die im Jahr 2026 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergüteten Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie der psychotherapeutischen Leistungen für Patienten, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b SGB V erfüllen, zu bereinigen sind.

Übergangsregelung Hybrid-DRG

Durch den Änderungsantrag wird in §115f SGB V ein Absatz 6 angefügt, der für das Jahr 2027 eine Vergütung der gemäß §115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbarten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung anordnet. Des Weiteren sieht der Änderungsantrag vor, dass Leistungen des Ambulanten Operierens sowie der Begleitleistungen, die bislang auf Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet wurden, auch künftig von den Krankenkassen extrabudgetär zu vergüten sind.

B) Stellungnahme

Zu Umsetzung der EntschlieÙung zur Psychotherapie

Die Regelungen werden vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Die psychotherapeutischen Leistungen haben in den letzten Jahren eine sehr deutliche Ausweitung erfahren, so hat sich die Anzahl der Patientinnen und Patienten über alle Altersgruppen, die Psychotherapie in Anspruch nehmen um 60 % erhöht; ein diese Leistungsausweitung begründender Anstieg in der Prävalenz wird hingegen nicht beobachtet.

Vor diesem Hintergrund besteht kein Erfordernis, einzelne Gruppen von Leistungserbringenden hinsichtlich der Vergütung in der Versorgung besserzustellen, sondern es besteht insgesamt die Notwendigkeit der besseren Steuerung der Patientinnen und Patienten insbesondere auch durch die Einführung eines Primärversorgungssystems.

Zur Entlastung bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen wurde bereits mit der Strukturreform 2017 die Psychotherapeutische Akutbehandlung geschaffen. Sie soll eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention ohne Antrags- und Gutachterverfahren ermöglichen. Gleichzeitig zeigen verschiedene Erhebungen, dass die tatsächliche Nutzung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung Fragen hinsichtlich ihrer Ausgestaltung aufwirft – niedrige Sitzungsfrequenzen und ein späterer Beginn der Behandlung als Richtlinientherapien widersprechen der Definition in der Psychotherapie-Richtlinie, wo „eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Psychotherapeutische Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik“ vorgesehen ist. Daher erscheint eine Präzisierung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung in der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sachgerecht, um diese als Instrument der zeitnahen Versorgung zu schärfen. Entsprechend ist für eine bedarfsgerechtere und zeitnahe Versorgung entscheidend, den Auftrag an den GBA gemäß § 92 Abs. 6a Satz 7 (NEU) dahingehend anzupassen, dass dringende Behandlungsfälle ausschließlich im Rahmen der Psychotherapeutischen Akutbehandlung versorgt werden. Zudem ist in der Gesetzesbegründung zu konkretisieren, dass die Psychotherapeutische Akutbehandlung im Rahmen eines dringenden Behandlungsfalles zeitnah beginnt und mit einer evidenzbasierten Behandlungsintensität erbracht wird. Kritisch zu bewerten ist zudem, dass in der Gesetzesbegründung vorgesehen ist, dass für die Akutbehandlung ein Zeitraum von 600 Minuten in 12 Monaten eingeräumt wird. Dies würde zu der Situation führen, dass Patientinnen und Patienten als dringlich eingeordnet werden, aber durchschnittlich nur 50 Minuten Behandlung im Monat erhalten. Dies erscheint vor dem Hintergrund der Akuität und Schwere dringlicher Behandlung nicht sachgerecht.

Die Bereinigungsregelung lässt die ebenfalls zukünftig extrabudgetär zu vergütende dringliche psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 87d Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V unberücksichtigt. Da die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für diese Leistungen im Jahr 2027 gemäß § 87a Abs. 3 Satz 11 i. V. m Satz 7 Nr. 4 SGB V anzuheben ist, führt die nochmalige extrabudgetäre Vergütung ohne Bereinigung zu einer Doppelvergütung. Das Ausmaß der notwendigen Bereinigung hängt von der Ausgestaltung der Regelungen zur Feststellung der Dringlichkeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ab und es ist daher ungewiss, in welcher Höhe dies durch Absenkung des Eindeckelungsbetrags nach § 87a Abs. 3 Satz 11 i. V. m Satz 7 Nr. 4 SGB V berücksichtigt werden könnte. Es bedarf daher einer unbefristeten Verrechnung der extrabudgetär anfallenden Leistungsmengen mit den bereits als morbiditätsbedingte Gesamtvergütung vergüteten Beträgen, so dass die

Mehrvergütung nur aus der Aufstockung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote auf 100 % besteht und nicht aus einer doppelten Vergütung der gesamten Leistungen.

Hinsichtlich der extrabudgetären Vergütung psychotherapeutischer Behandlungen schwer psychisch erkrankter Personen ist klarzustellen, dass es sich um Patientinnen und Patienten handelt, die im Rahmen der KSVPsych-Richtlinien tatsächlich versorgt werden. Diese Klarstellung würde auf den weiteren Ausbau des komplexen Versorgungsangebots einzahlen und Fehlanreize bei der Zuordnung entsprechender Patientinnen und Patienten vermeiden.

Die vorgesehene Regelung, bei bereits begonnenen Behandlungen von Maßnahmen zur Mengenbegrenzung abzusehen, ist dahingehend zu konkretisieren, dass Ausnahmeregelungen für bereits begonnene Behandlungen ausschließlich auf den genehmigten Behandlungsumfang zu beschränken sind. Darüberhinausgehende Fortführungs- ggf. Umwandlungsanträge fallen nicht darunter.

Übergangsregelung Hybrid-DRG

Bei der Ausgestaltung der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V besteht dringender Handlungsbedarf. Die derzeitige Vergütung hat insbesondere im vertragsärztlichen Bereich zu Fehlanreizen und erheblichen Ausgabensteigerungen geführt. Hierdurch sind der GKV allein in 2025 Mehrkosten von ca. 350 Mio. Euro entstanden. Es ist damit zu rechnen, dass diese Mehrausgaben im Jahr 2026 weiter steigen werden, da sich der Umfang des Katalogs gegenüber dem Vorjahr fast vervierfacht und sich insbesondere durch die Aufnahme der Krankenhausfälle mit bis zu zwei Tagen Belegungsdauer die durchschnittliche Vergütung der Hybrid-DRGs erhöht haben.

Vor diesem Hintergrund ist es als Übergangslösung sachgerecht, die Vergütung von Leistungen ohne Übernachtung im Jahr 2027 auf das ambulante Vergütungsniveau abzusenken.

Notwendig ist aber insbesondere, dass die Zuordnung und Trennung von Leistungen mit und ohne Übernachtung weiterhin auf Grundlage einer vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zertifizierten Datenverarbeitungslösung erfolgt. Für das Übergangsjahr bleibt die Grouperlogik erhalten, wodurch ambulant zu erbringende Fälle verbindlich einer ambulanten Vergütung zugeordnet werden können. Auch die vorgesehenen Regelungen zur Vergütung der Sachkosten erscheinen grundsätzlich sachgerecht.

Die in der Gesetzesbegründung ausgewiesenen finanziellen Wirkungen sollten zurückhaltend bewertet werden. Die tatsächlichen Effekte werden nicht allein durch die Absenkung des Vergütungsniveaus bestimmt. Maßgeblich werden auch die Mengenentwicklung sowie mögliche Verhaltens- und Leistungsverlagerungen bei Krankenhäusern und vertragsärztlichen Leistungserbringern sein.

Deutlicher Klärungsbedarf besteht aber für die Zeit ab dem Jahr 2028. Mit der Streichung des § 115f SGB V sollen Leistungen ohne Übernachtung in das Ambulante Operieren und Leistungen mit mindestens einer Übernachtung in die Kurzzeitfallpauschalen überführt werden.

Entscheidend ist, dass die bisherige Grouperlogik des InEK nicht mit der Streichung des § 115f SGB V entfällt. Ihr wesentlicher Steuerungsbeitrag besteht darin, ambulant erbringbare Fälle verbindlich einer

ambulanten Vergütungsform zuzuordnen und eine alternative stationäre Abrechnung auszuschließen. Nur dadurch wird die angestrebte Ambulantisierung von Leistungen gesichert. Wirtschaftliche Anreize, Patientinnen und Patienten, die ambulant versorgt werden können, allein aus Vergütungsgründen über Nacht im Krankenhaus zu belassen, müssen ausgeschlossen werden. Diese Zuordnungsfunktion muss deshalb auch ab dem Jahr 2028 gesetzlich und technisch sichergestellt werden. Perspektivisch muss das Ziel sein, diese Zuordnungslogik auch auf andere ambulante Betätigungsfelder von Krankenhäusern auszudehnen, z. B. das ambulante Operieren nach § 115b SGB V.

Zugleich muss die künftige Ausgestaltung der Kurzzeitfallpauschalen ausreichende Anreize für eine ambulante Leistungserbringung setzen. Eine Vergütung über Kurzzeitfallpauschalen darf keinesfalls dazu führen, dass für ambulant erbringbare Leistungen erneut ein wirtschaftlicher Anreiz zur stationären Behandlung entsteht. Anderenfalls besteht die konkrete Gefahr, dass bislang erreichte Ambulantisierungseffekte verloren gehen und die sektorale Trennung der Versorgung, die nicht bedarfsgerecht erfolgt, wieder verstärkt wird.

Der GKV-Spitzenverband hält daher eine ausdrückliche gesetzliche Regelung für erforderlich, mit der die Grouperlogik verbindlich in die Vergütungssystematik ab dem Jahr 2028 überführt wird. Dabei muss sichergestellt werden, dass ambulant erbringbare Fälle auch künftig eindeutig der ambulanten Vergütung zugeordnet werden und die Kurzzeitfallpauschalen keine gegenläufigen Anreize setzen. Die Vergütung für Kurzzeitfallpauschalen muss perspektivisch in Richtung der AOP-Leistungen konvergieren.

Honorarverteilung

Die bestehenden Regelungen zur Honorarverteilung sind grundsätzlich anzupassen. Mit dem beigefügten Änderungsvorschlag wird klargestellt, dass für bestimmte Leistungen, die bisher extrabudgetär vergütet und ab dem Jahr 2027 mit dem vollen und nicht quotierten Leistungsbedarf in die MGV einbezogen werden, gesonderte Vergütungsregelungen auch abweichend von der Trennung der Bereiche der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung vorgesehen werden können. Hiermit wird sichergestellt, dass dieser Leistungsbedarf innerhalb der MGV ausschließlich für das Honorar der jeweiligen Leistungserbringer, die diese Leistungen erbringen, dauerhaft zur Verfügung steht. Zudem wird vermieden, dass andere Facharztgruppen im Rahmen der Honorarverteilung von diesen Vergütungsvolumina profitieren. Dies schließt auch die Möglichkeit ein, ein eigenes Honorarvolumen vor der Trennung in die Versorgungsbereiche, aus dem die jeweiligen Leistungen vergütet werden, zu bilden. Die Vorgaben für eine sachgerechte Verteilung haben auch Veränderungen der Inanspruchnahme dieser Leistungen angemessen zu berücksichtigen.

C) Änderungsvorschlag

Umsetzung der EntschlieÙung zur Psychotherapie

Streichung der vorgeschlagen Regelungen. Für den Fall, dass die Regelung umgesetzt werden soll, empfiehlt der GKV-Spitzenverband, nach § 87a Abs. 3 Satz 15 folgenden Satz anzufügen:

„Mit Wirkung ab dem ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Monats] sind die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 7 nicht basiswirksam um die in Punkten bewertete

Menge der in § 87d Absatz 1 Nummer 7 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote zu bereinigen.“

Anpassung der Regelungen zu Hybrid-DRG.

Die Streichung des § 115f SGB V zum 1. Januar 2028 ist um eine gesetzliche Folgeregelung zu ergänzen, die die dauerhafte Übernahme der Grouperlogik in die Vergütung des Ambulanten Operierens und der Kurzzeitfallpauschalen sicherstellt. Ambulant erbringbare Fälle müssen auch künftig verbindlich einer ambulanten Vergütungsform zugeordnet werden. Eine alternative Abrechnung über eine stationäre Fallpauschale oder Kurzzeitfallpauschale ist für diese Fälle auszuschließen.

Zudem sind die Kurzzeitfallpauschalen so auszugestalten, dass sie keine wirtschaftlichen Anreize für eine stationäre statt ambulante Leistungserbringung setzen.

Honorarverteilung – ergänzender Änderungsvorschlag

In § 87b Absatz 2 (i.d.F. des BStabG) werden Satz 4 und Satz 5 wie folgt geändert: „⁴Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 15. Februar 2027 Vorgaben für den Verteilungsmaßstab, durch die sichergestellt wird, dass die Honorarvolumina, um die die vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen aufgrund von § 87a Absatz 3 Satz 9, 11, 12, 13 und 14 angehoben werden, der Honorarverteilung **der jeweiligen Facharztgruppe, die die in § 87a Absatz 3 Satz 7 genannten Leistungen erbringen**, zugerechnet und die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sachgerecht verteilt werden, **damit diese Honorarvolumina ausschließlich zweckgebunden für die Vergütung dieser Leistungen verwendet werden.** ⁵Die Vorgaben nach Satz 4 können für bestimmte Leistungen im Rahmen der in § 87a Absatz 3 Satz 7 genannten Leistungen gesonderte Vergütungsregelungen, **auch abweichend von der Trennung der Bereiche der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung nach Absatz 1 Satz 1**, vorsehen.“

Änderungsantrag 2 (Streichung des Fixkostendegressionsabschlags in der HzV und bei Haus- und Kinderärzten)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – §§ 73b, 87a, 87b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Fixkostendegressionsabschlag für Verträge in der hausarztzentrierten Versorgung nach §73b sowie für die entbudgetierten Leistungen in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung und im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin soll gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Änderung wird abgelehnt.

Mit zunehmender Leistungsmenge steigen die Kosten der Leistungserbringung regelmäßig unterproportional, da die in der Vergütung enthaltenen Fixkosten bereits auf Grundlage einer kalkulatorischen Leistungsmenge ausfinanziert sind. Vor diesem Hintergrund ist die grundsätzliche Berücksichtigung eines Fixkostendegressionsabschlags sachgerecht, um die mit steigenden Fallzahlen eintretenden Skaleneffekte angemessen zu berücksichtigen.

Diese Bewertung entsprach auch der Einschätzung des Gesetzgebers. Noch im Gesetzgebungsverfahren zum Beitragssatzstabilisierungsgesetz im Juli 2026 wurde die Einführung eines Fixkostendegressionsabschlags ausdrücklich als sachgerecht und erforderlich angesehen. Ziel war es, eine Überfinanzierung von Fixkostenanteilen zu vermeiden, die aufgrund zusätzlicher Leistungssteigerungen nicht mehr zur Kostendeckung benötigt werden. Zugleich dient der Abschlag der Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots, indem ungerechtfertigte Mehrausgaben beziehungsweise überschüssige Vergütungen vermieden werden. Der Gesetzgeber verfolgte mit der Einführung des Fixkostendegressionsabschlags das Ziel im Zeitraum von 2027 bis 2030 Einsparungen von ca. 130 Millionen Euro in der vertragsärztlichen Versorgung zuzüglich weiterer Einsparungen in der hausarztzentrierten Versorgung zu erzielen. Die beabsichtigte Streichung des Fixkostendegressionsabschlags führt folglich zu zusätzlichen finanziellen Belastungen der GKV und verschärft das Defizit im Hinblick auf die Sicherstellung eines stabilen Beitragssatzes.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgeschlagenen Regelung.

Änderungsantrag 3 (Einführung einer Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser mit geringen Auffälligkeiten in der Krankenhausabrechnung)

Artikel 1a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275c

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll zum 01.01.2027 eine weitere Prüfquotenklasse eingeführt werden, die eine Prüfquote von 1 Prozent vorsieht, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses bei mindestens 90 Prozent liegt. Diese Krankenhäuser sollen dadurch von bürokratischen Aufwänden entlastet werden.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer zusätzlichen Prüfquotenklasse wird abgelehnt. Entgegen der Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit, die Prüfquotensystematik abzuschaffen, wurde mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz die Systematik fortgeführt. Generell ist anzumerken, dass mit der Prüfquotierung auch weiterhin die Gleichbehandlung von GKV und PKV nicht gewährleistet ist.

Wird nun eine weitere Prüfquotenklasse (PQ-Klasse) zusätzlich eingeführt, führt dies nicht zu Bürokratieabbau. Schon grundsätzlich sind MD-Prüfungen nicht mit Bürokratie gleichzusetzen. Praktisch würden nach bisherigen Ergebnissen in einem Quartal etwa 100 Krankenhäuser mit eher geringen Fallzahlen in die 1%-Prüfquote fallen. Bei mit 1% Prüfquote nochmals deutlich kleiner werdenden Anzahlen einleitbarer und abzuschließender MD-Prüfungen ist davon auszugehen, dass in diesen meist kleineren Krankenhäusern besonders starke Schwankungen hinsichtlich des Anteils unbeanstandeter Schlussrechnungen auftreten, die Einstufungen in drastisch wechselnde Prüfquotenklassen auslösen können. Die Einführung einer weiteren Schwelle des Anteils unbeanstandeter Schlussrechnungen lässt zusätzliche Auseinandersetzungen zur Einstufung in die Prüfquote und damit weiteren bürokratischen Aufwand erwarten. Die Sanktionierung fehlerhafter Abrechnungen ist in der 5 %-PQ-Klasse zudem ohnehin ausgeschlossen, so dass auch eine diesbezügliche Besserstellung nicht stattfinden kann.

Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht anhand der bestehenden Gesetzeslage am 30.11.2026 die quartalsbezogene Auswertung für das 3. Quartal 2026 mit Wirkung für das 1. Quartal 2027. Die Krankenhäuser werden für das 1. Quartal 2027 in die drei Prüfquotenklassen gemäß § 275c Absatz 2 Satz 4 SGB V (in der Fassung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes) eingestuft und entsprechend ausgewiesen. Das Inkrafttreten einer neuen PQ-Klasse zum 01.01.2027 würde mit den gesetzlichen Regelungen hinsichtlich der Veröffentlichungspflicht des GKV-Spitzenverbandes kollidieren. Im Falle einer gesetzlichen Änderung nach dem 31. Oktober 2026 kann die Einführung einer neuen PQ-Klasse frühestens bei der ersten Veröffentlichung der quartalsbezogenen Auswertungen im Jahr 2027, also für das Anwendungsquartal 2. Quartal 2027, umgesetzt werden. Für die Umsetzung der Einstufung in vier Prüfquotenklassen ist eine Anpassung der Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes und der Programmierung der Auswertungen erforderlich, die erst auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung erfolgen können. Die gesetzgeberisch festgelegten Fristen für die Datenübermittlung und Auswertung gewährleisten darüber hinaus die Umsetzung eines ordnungsgemäßen

Widerspruchsverfahrens. Daher ist das Inkrafttreten einer neuen PQ-Klasse frühestens zum 01.04.2027 realistisch.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgeschlagenen Regelung.

Hilfsweise: Nach Artikel 11 Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Artikel 1a tritt am 1. April 2027 in Kraft.“

Änderungsantrag 4 (Rechnungszuschlag ab 2027 für Krankenhäuser)

Artikel 9a-c (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und weiterer Gesetze)

§ 8 KHEntgG, §38 KHG, § 8 BPflV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Protokollerklärung der Bundesregierung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurden den Krankenhäusern weitere finanzielle Mittel im Umfang von insgesamt 550 Mio. Euro pro Jahr zugesagt. Der Änderungsantrag 4 beinhaltet ab 2027 für nicht-universitäre Krankenhäuser dauerhafte Zuweisungen in Höhe von 450 Mio. Euro jährlich. Es wird sowohl für somatische als auch für psychiatrische und psychosomatische (nicht-universitäre) Krankenhäuser ein Rechnungszuschlag eingeführt. Zudem werden jährlich zusätzlich 100 Mio. Euro über einen gesonderten Zuschlag für Hochschulkliniken eingeführt, der 2027 gilt und ab 2028 über eine Erhöhung der Vorhaltung dauerhaft weiter finanziert wird.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich lehnt der GKV-Spitzenverband einen zusätzlichen Rechnungszuschlag ab. Die Ausschüttung von insgesamt 550 Mio. Euro per Gießkanne konterkariert das eigentliche Ziel der Erzielung von Einsparungen im Rahmen der Krankenhausaussgaben. Die GKV wird voraussichtlich mit 495 Mio. Euro ab 2027 belastet (90 % von 550 Mio. Euro).

Die ebenfalls in der Protokollerklärung dargelegte Gegenfinanzierung wird im Rahmen des Änderungsantrages 4 nicht sichergestellt. Es muss sichergestellt werden, dass eine Gegenfinanzierung dieses Zuschlages vorhanden ist und die GKV nicht zusätzlich belastet wird. Die Zuschläge sind auf Dauer angelegt und es fallen somit auch in den kommenden Jahren (und nicht nur für 2027) entsprechende Mehrkosten für die GKV an, die entsprechend gegenfinanziert werden müssen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelungen.

Änderungsantrag 5 (Hilfsmittel Ermöglichung von Ausschreibungen)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10a neu, 10b neu, 18b – §§ 126, 127

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wiedereinführung von Ausschreibungen für Hilfsmittel

Mit dem neuen § 127 Absatz 1c SGB V soll Krankenkassen, ihren Landesverbänden und Arbeitsgemeinschaften erneut ermöglicht werden, Verträge über bestimmte Hilfsmittelversorgungen im Wege der Ausschreibung zu schließen. Die Ausschreibung tritt als zusätzliche Vertragsmodalität neben die Verhandlungsverträge nach § 127 Absatz 1 SGB V.

Nach § 127 Absatz 1c Satz 1 SGB V dürfen Ausschreibungen nur durchgeführt werden, soweit sie zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig sind. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll die Ausschreibung eine zusätzliche Beschaffungsform darstellen. Verhandlungsverträge nach § 127 Absatz 1 SGB V bleiben weiterhin der Regelfall. Die bloße Erwartung niedrigerer Vertragspreise soll für die Annahme der Zweckmäßigkeit einer Ausschreibung nicht genügen. Vielmehr müssen die wirtschaftlichen Vorteile gegen die Anforderungen an die Versorgungsqualität sowie gegen mögliche Auswirkungen auf Versorgungs- und Wettbewerbsstrukturen abgewogen werden.

Bei der Entscheidung über eine Ausschreibung sind insbesondere zu berücksichtigen:

- die Gewährleistung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen und zeitgerechten Versorgung,
- die Anforderungen an Beratung, Anpassung, Einweisung, Nachbetreuung, Wartung, Reparatur und Ersatzversorgung,
- das Verhältnis zwischen dem Aufwand des Vergabeverfahrens und dem zu erwartenden wirtschaftlichen Nutzen,
- die Auswirkungen auf die Anbieter- und Wettbewerbsstruktur, insbesondere auf kleine und mittlere Leistungserbringer.

Die Gesetzesbegründung hebt hervor, dass die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung nicht auf mögliche Preisreduzierungen beschränkt werden darf.

Ausschreibungsverträge müssen mindestens die gesetzlichen und die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V festgelegten Anforderungen an die Qualität der Hilfsmittel und der Versorgung zugrunde legen. Darüber hinaus muss die jeweilige Leistungsbeschreibung sämtliche Anforderungen enthalten, die für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind. Dies betrifft sowohl die Produktqualität als auch die zusätzlich zu erbringenden Dienstleistungen.

Bei der Bestimmung des Ausschreibungsgegenstands und der Bildung von Losen sind die Belange kleiner und mittlerer Leistungserbringer sowie die Auswirkungen auf die wohnortnahe Versorgung angemessen zu berücksichtigen. Nach der Gesetzesbegründung darf eine Ausschreibung nicht ohne

sachlichen Grund so zugeschnitten werden, dass kleinere oder regional tätige Leistungserbringer faktisch von einer Teilnahme ausgeschlossen werden.

Der neue Absatz 1d verpflichtet den GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, gemeinsame Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen abzugeben. Nach der Gesetzesbegründung sollen die Empfehlungen die gesetzlichen Kriterien für die praktische Anwendung konkretisieren und eine möglichst einheitliche Beurteilung ermöglichen. Durch ihre regelmäßige Überprüfung sollen Veränderungen der Versorgungs- und Marktstrukturen sowie Erfahrungen aus durchgeführten Ausschreibungen berücksichtigt werden.

Durch die Ergänzung in § 127 Absatz 2 SGB V wird klargestellt, dass zu einem Ausschreibungsvertrag nach Absatz 1c kein Beitrittsrecht besteht.

Mit der Änderung des § 126 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird eine Folgeänderung zur Wiedereinführung von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich vorgenommen. Durch die Aufnahme der Verweisung auf § 127 Absatz 1c SGB V wird klargestellt, dass Hilfsmittel auch auf der Grundlage eines im Wege der Ausschreibung geschlossenen Vertrags an Versicherte abgegeben werden dürfen. Die konkrete Regelung ergibt sich aus dem neu vorgesehenen § 127 Absatz 1c SGB V.

Abschlag durch pauschale Rechnungskürzung

Die neugefasste Regelung sieht für die Jahre 2027 und 2028 einen gesetzlichen Abschlag von drei Prozent auf Hilfsmittelabrechnungen vor. Der Abschlag soll nicht durch eine Anpassung der vertraglich vereinbarten Preise oder durch eine Kürzung einzelner Abrechnungspositionen umgesetzt werden. Vielmehr kürzt die Kranken- beziehungsweise Pflegekasse den gesamten Rechnungsbetrag bei der Begleichung der Rechnung pauschal um drei Prozent. Maßgeblich ist ausschließlich der Eingang der Rechnung bei der Kasse.

Erfasst werden Hilfsmittelversorgungen nach § 33 SGB V, deren Preise nach § 127 Absatz 1 oder Absatz 3 SGB V vereinbart wurden. Die Begründung stellt außerdem klar, dass die Regelung über die Verweisung in § 78 Absatz 1 Satz 3 SGB XI auch für Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 SGB XI gilt. Einbezogen werden ebenfalls doppelfunktionale Hilfsmittel, deren Kosten nach § 40 Absatz 5 SGB XI pauschal zwischen Kranken- und Pflegekasse aufgeteilt werden. Dadurch sollen Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Hilfsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegehilfsmitteln der sozialen Pflegeversicherung vermieden werden.

Der Abschlag gilt für Rechnungen, die zwischen dem 1. Januar 2027 und dem 31. Dezember 2028 bei der zuständigen Kranken- oder Pflegekasse eingehen. Damit können auch Versorgungen erfasst werden, die bereits vor dem 1. Januar 2027 erfolgt sind, sofern die Rechnung erst ab diesem Datum eingeht. Umgekehrt unterliegen Versorgungen, die noch im Jahr 2028 erbracht werden, dem Abschlag nicht, wenn die zugehörige Rechnung erst nach dem 31. Dezember 2028 bei der Kasse eingeht. Diese Stichtageffekte werden in der Begründung ausdrücklich gesehen und als Folge der bewusst gewählten Anknüpfung an den Rechnungseingang akzeptiert.

Nach der Begründung würde eine Umsetzung durch die Leistungserbringer erhebliche Anpassungen der Abrechnungsverfahren erfordern und könnte erst mit einem mehrmonatigen Vorlauf erfolgen. Die

Durchführung durch die Kranken- und Pflegekassen soll demgegenüber eine kurzfristige und weitgehend automatisierte Umsetzung ermöglichen.

Die Anknüpfung an den Rechnungseingang beruht darauf, dass dieser ein objektiv feststellbares und in den Abrechnungssystemen bereits vorhandenes Merkmal ist. Zusätzliche Angaben zum Versorgungsbeginn, zum Abgabezeitpunkt oder zum Abschluss der Versorgung sollen nicht erforderlich sein. Dadurch sollen zusätzliche Nachweis- und Prüfverfahren sowie nachträgliche Rechnungskorrekturen vermieden werden.

B) Stellungnahme

Wiedereinführung von Ausschreibungen für Hilfsmittel

Die vorgesehene Wiedereinführung einer Ausschreibungsmöglichkeit für Hilfsmittelversorgungen wird ausdrücklich unterstützt. Sie greift eine langjährige Forderung der gesetzlichen Krankenversicherung auf und erweitert die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen, ihrer Landesverbände und Arbeitsgemeinschaften bei der Gestaltung einer wirtschaftlichen und zugleich qualitativ hochwertigen Hilfsmittelversorgung.

Ausschreibungen tragen dazu bei, einen transparenten Preis- und Qualitätswettbewerb zu ermöglichen, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und innovative Versorgungskonzepte zu fördern. Die vorgesehene Regelung schafft hierfür einen sachgerechten Rechtsrahmen, der die wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit verbindlichen Anforderungen an die Produkt- und Versorgungsqualität verbindet.

Es ist fachlich nachvollziehbar und im Sinne der qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten, dass die Vergütung nicht das alleinige Zuschlagskriterium ist. Die vorgesehene angemessene Berücksichtigung der Qualität der Produkte und der Versorgung stellt sicher, dass Ausschreibungen nicht auf einen reinen Preiswettbewerb reduziert werden.

Ausdrücklich befürwortet wird der Ausschluss eines Beitrittsrechts zu Ausschreibungsverträgen. Ein nachträgliches allgemeines Beitrittsrecht wäre mit der wettbewerblichen Auswahl der Vertragspartner, der Verbindlichkeit des Zuschlags und den Kalkulationsgrundlagen der Angebote nicht vereinbar. Der Ausschluss des Beitrittsrechts ist deshalb eine notwendige Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des Ausschreibungsmodells.

Den gemeinsamen Empfehlungen nach § 127 Absatz 1d SGB V kommt für die praktische Umsetzung eine wichtige unterstützende Funktion zu. Die Empfehlungen können dazu beitragen, die gesetzlichen Kriterien zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen weiter zu konkretisieren und eine möglichst einheitliche Anwendung zu fördern.

Die Wiedereinführung von Ausschreibungen ist auch unter finanziellen Gesichtspunkten ausdrücklich zu begrüßen. Sie schafft für die gesetzliche Krankenversicherung ein zusätzliches Instrument, um in geeigneten Versorgungsbereichen Preis- und Qualitätswettbewerb nachhaltig zu fördern und vorhandene Wirtschaftlichkeitspotenziale systematisch zu erschließen.

Die finanziellen Wirkungen werden sich allerdings voraussichtlich nicht kurzfristig und nicht in vollem Umfang unmittelbar nach Inkrafttreten zeigen. Die Auswahl geeigneter Versorgungsbereiche, die

gesetzlich vorgesehene Zweckmäßigkeitsprüfung, die Vorbereitung rechtssicherer Ausschreibungsverfahren sowie die anschließende Umsetzung der Verträge benötigen einen angemessenen zeitlichen Vorlauf.

Abschlag durch pauschale Rechnungskürzung

Die vorgesehene Neufassung des § 127 Absatz 1b SGB V vereinfacht die Umsetzung des für die Jahre 2027 und 2028 vorgesehenen dreiprozentigen Abschlags erheblich. Durch die Anknüpfung an den Rechnungseingang und die pauschale Kürzung auf Rechnungsebene können leistungs-, positions- und versorgungsbezogene Prüfungen vermieden werden. Dies ermöglicht insbesondere bei Sammelrechnungen eine kurzfristige und weitgehend automatisierte Umsetzung durch die Kranken- und Pflegekassen.

Wie in der Begründung des Änderungsantrags beschrieben, führt die Anknüpfung an den Rechnungseingang zu möglichen Stichtagseffekten, die jedoch im Interesse einer bürokratiearmen Umsetzung nicht zu vermeiden sind.

Die Klarstellung in der Gesetzesbegründung zur Einbeziehung der Pflegehilfsmittel über den Verweis auf § 127 SGB V in Verbindung mit § 78 Absatz 1 Satz 3 SGB XI ist sachlich und fachlich nachvollziehbar und wird ausdrücklich begrüßt.

Die Neuregelung ist insgesamt geeignet, den gesetzlichen Abschlag mit einem geringerem Anpassungs- und Prüfaufwand durchzuführen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 6 (Zusätzliche Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 0 neu – § 4 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Haushaltsjahr 2028 gilt für die Verwaltungskosten der Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen und knappschaftlichen Krankenversicherung, dass diese je Versicherten nur im Umfang der Grundlohnveränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 5 steigen dürfen. Ausgenommen sind Aufwendungen im Rahmen der Umsetzung von KRITIS und der Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl. Gegenüber der bereits mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz vollzogenen Deckelung der Verwaltungskosten wird der Verwaltungskostenanstieg in 2027 für die Krankenkassen durch Verringerung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 5 um einen Prozentpunkt basiswirksam und somit dauerhaft zusätzlich begrenzt.

Für die landwirtschaftliche und die knappschaftliche Krankenversicherung mit jeweils stark sinkendem Versichertenbestand bezieht sich die Deckelung auf die Verwaltungskostensumme, mit einer Begrenzung des Verwaltungskostenanstiegs auf die halbe Grundlohnveränderungsrate ab dem Haushaltsjahr 2028. Der Anstieg der Verwaltungskosten in 2027 wird durch Verringerung der Grundlohnveränderungsrate um einen halben Prozentpunkt ebenfalls zusätzlich begrenzt.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt.

Der GKV-Spitzenverband hatte bereits in seiner Stellungnahme zum Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes auf die Folgen einer Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen hingewiesen. Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde der in den Haushaltsjahren 2027 bis 2029 zulässige Anstieg der Nettoverwaltungs-kosten je Versicherten um einen Prozentpunkt der rechnerisch ermittelten Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 5 abgesenkt. Für das Jahr 2027 bedeutet diese Begrenzung eine Verringerung des zulässigen Verwaltungskostenanstiegs um rd. 130 Mio. Euro.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Pflege-neuordnungsgesetz (PNOG) sieht zudem in Artikel 1 Nr. 46 eine Absenkung der von den Pflegekassen an die Krankenkassen zu leistenden Verwaltungskostenerstattung vor. Auch hier hatte der GKV-Spitzenverband bereits in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf auf die negativen Folgen hingewiesen. Der aus den Regelungen resultierende Anstieg der Nettoverwaltungs-kosten der Krankenkassen um rd. 220 Mio. Euro begrenzt das für 2027 zulässige Verwaltungskostenbudget um ein Weiteres. Diese Mindereinnahmen der Krankenkassen können nicht ohne massive zusätzliche Einschnitte sowohl beim Personal als auch angesichts massiver Preissteigerungen im Bereich der (IT-) Sachmittel erwirtschaftet werden. Dies erscheint aus Sicht der Krankenkassen nicht kurzfristig umsetzbar und verlangt eine gesonderte Betrachtung. Bereits ohne die im vorliegenden Änderungsantrag vorgesehene zusätzliche Absenkung würde der zulässige Verwaltungskostenanstieg in 2027 somit insgesamt bereits um rd. 350 Mio. Euro begrenzt.

Angesichts stetig wachsender Aufgaben und eines erheblichen Investitionsbedarfs verlangen diese Vorgaben den Krankenkassen bereits erhebliche Konsolidierungsanstrengungen ab. Eine Absenkung des Verwaltungskostendeckels um weitere rd. 130 Mio. Euro würde ihre Handlungsspielräume basiswirksam und somit dauerhaft zusätzlich einschränken.

Dies gilt insbesondere für den Bereich der Digitalisierung, in dem die gesetzliche Krankenversicherung umfangreiche europarechtliche Vorgaben umsetzen muss. Allein aus der Einrichtung und dem Betrieb der nationalen eHealth-Kontaktstelle sowie der Umsetzung von MyHealth@EU ergeben sich erhebliche zusätzliche Aufgaben und finanzielle Belastungen. Eine weitere Begrenzung der Verwaltungskosten steht diesen wachsenden gesetzlichen Anforderungen entgegen und ist daher nicht sachgerecht.

Für die Umsetzung von – teils neuen – gesetzlichen Aufgaben sind Investitionen und finanzielle Aufwendungen erforderlich. Vor diesem Hintergrund sind neben den Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur und zur Durchführung von Online-Wahlen bei den Sozialwahlen sollten auch die Aufwendungen, die

- für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a SGB V,
- für den Cloud-Einsatz im Gesundheitswesen nach § 393 SGB V und die Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes (OZG),
- die Umlage für das Forschungsdatenzentrum,
- für das Beschäftigtenverzeichnis der ambulanten Pflege,
- des GKV-Spitzenverbandes sowie
- im Zuge der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen anfallen,

von der Deckelung ausgenommen werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 0 wird gestrichen.

Änderungsantrag 7 (Apothekenbezogene Ausschreibungen für Zytostatika)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18a neu – § 129b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch den Änderungsantrag sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Möglichkeit erhalten, gemeinsam und einheitlich Verträge mit den maßgeblichen Organisationen der Apotheker auf Landesebene zu schließen, um die Versorgung ihrer Versicherten mit parenteralen Zubereitungen sicherzustellen. Auf Ebene einzelner Apotheken bestand diese Möglichkeit bereits bis 2017.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet Bestrebungen hin zu einer wirtschaftlicheren Versorgung mit parenteralen Zubereitungen. Der hier vorgesehene Regelungsvorschlag ergänzender, einheitlicher Verträge zur sog. Hilfstaxe auf Landesebene wird allerdings nicht zu einer Stärkung der Wirtschaftlichkeit und damit nicht zur Stabilisierung der Beiträge beitragen können.

Dies liegt daran, dass die vorgesehenen ergänzenden Verträge auf Landesebene auf Seiten der Apothekenverbände weder wettbewerbliche noch anderweitige Anreize für einen Abschluss bezeugen und freiwillig sein sollen. Bereits im Status Quo könnten in den Verträgen nach § 129 Absatz 5 SGB V entsprechende Regelungen vorgesehen werden, was aus den geschilderten Gründen nicht geschehen ist. 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. In dieser Form wird der Gesetzesvorschlag daher nicht zu Einsparungen führen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverband bedürfte es zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung eines gezielten Ausbaus des Vertragswettbewerbs zwischen den Apotheken in diesem Bereich. Hierdurch würde auch das infolge der Möglichkeit zur direkten Zuweisung von parenteralen Zubereitungen gemäß § 11 Absatz 2 ApoG entstehende Fehlverhaltensrisiko erheblich gemindert. Durch den verstärkten Einsatz wettbewerblicher Vertragsinstrumente eröffneten sich zusätzliche Handlungsspielräume für die Krankenkassen, die regionale Versorgung ihrer Versicherten, qualitativ, rational und wirtschaftlich zu organisieren. Ein solcher Ansatz würde einen wichtigen Beitrag zur Erschließung von Effizienzreserven und zur Weiterentwicklung eines funktionsfähigen, leistungsorientierten Wettbewerbs im Interesse der Versichertengemeinschaft leisten.

C) Änderungsvorschlag

§ 129 Absatz 5 Sätze 4 und 5 werden durch den folgenden Satz ersetzt:

„⁴Zur Sicherstellung der Versorgung mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patientinnen und Patienten können die Krankenkassen und ihre Verbände Verträge mit Apotheken schließen; dabei können Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers und die Preise und Preisspannen der Apotheken vereinbart sowie das Verhältnis zu den Verträgen nach § 130a Absatz 8c geregelt werden.“

Änderungsantrag 8 (DiGA – Vergütungsabschläge)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19a neu – § 134 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei Abbrüchen der Nutzung einer DiGA in den ersten vier Wochen sollen Vergütungsabschläge in Höhe der Quote der Nutzungsabbrüche vorgesehen werden. Die Abbruchquote soll von den Herstellern im Rahmen der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung erhoben und gemeldet werden.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines Vergütungsabschlages bei Nutzungsabbruch hat keine Finanzwirksamkeit für die GKV. Sie verfehlt nicht nur das Ziel, Einsparungen zu realisieren, sondern würde umgekehrt sogar zu Mehrausgaben und einem weiteren bürokratischen Überhang führen.

Hintergrund ist, dass alle DiGA über Tracking-, Benachrichtigungs- und Erinnerungsfunktionen verfügen, mit denen die Hersteller die Nutzungszeit in ihren DiGA in erheblichem Umfang steuern und beeinflussen. Über diese Funktionen können Nutzungsabbrüche nahezu ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund wäre ein Vergütungsabschlag bei Nutzungsabbrüchen auch eine rein theoretische Konstruktion und würde keine praktische Relevanz entfalten. Die Konsequenz wäre vielmehr, dass die Hersteller die Versicherten durchgehend zur Nutzung auffordern würden und infolge ihrer Gestaltungsmöglichkeiten ausschließlich sehr hohen Nutzungsquoten melden (die im Übrigen keine Rückschlüsse über Patientennutzen und Behandlungserfolg zulassen). Die Nutzung kann somit von den Herstellern gesteuert werden und das tatsächliche, patientenseitig motivierte Nutzungsverhalten erheblich verzerren. Sie wird zudem allein von den Herstellern erhoben. Die Krankenkassen können keine vergleichbaren Daten generieren, mit denen die Herstellerangaben plausibilisiert werden könnten. Dadurch hat die Nutzung einer DiGA überhaupt keine Aussagekraft.

Vor diesen Hintergründen führt die vorgesehene Regelung nicht zu Einsparungen für die GKV und wird abgelehnt.

Die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem Bericht vom 30.03.2026 konkret vorgeschlagen, die initiale Preisfreiheit von digitalen Gesundheitsanwendungen sowie die Erprobungsregelung zu streichen. Betont wurde, dass diese Sonderregelungen für DiGA nicht bedarfsnotwendig sind.

Wenn mit einer Anpassung der Rahmenbedingungen tatsächlich Einsparungen für die GKV erzielt werden sollen, müssen die vorgeschlagenen Maßnahmen der FinanzKommission im Sinne einer wirtschaftlichen und evidenzbasierten Versorgung innerhalb der GKV umgesetzt werden. Bereits 64 Mio. Euro an GKV-Beitragsgeldern wurden infolge der initialen Preisfreiheit für eine Wirtschaftsförderung eingesetzt. Bereits 25 Mio. Euro an offenen Ausgleichsansprüchen der Krankenkassen wurden aufgrund der weiterhin fehlenden gesetzlichen Anpassungen der Rahmenbedingungen zu DiGA nicht von DiGA-Herstellern beglichen.

Um eine weitere Wirtschaftsförderung mit GKV-Beitragsgeldern zu beenden, schlägt der GKV-Spitzenverband vor, zum jetzigen Zeitpunkt zumindest die initiale Preisfreiheit abzuschaffen.

Hintergrund: Unter den aktuellen Rahmenbedingungen können Hersteller ihre DiGA zur Erprobung (d. h. ohne Nutznachweis) in den GKV-Leistungskatalog aufnehmen lassen. Dies trifft auf 4 von 5 DiGA zu. Die grundsätzlich vom Gesetz vorgesehene Erprobungszeit von 12 Monaten wird in nahezu allen Fällen um ein weiteres Jahr verlängert. Im Regelfall dauern Erprobungen somit zwei Jahre, in denen die Krankenkassen die überhöhten Herstellerpreise bezahlen müssen. Während der laufenden Erprobung besteht keine Möglichkeit für den GKV-Spitzenverband zu verhandeln. Die Preisverhandlungen werden erst nach Ablauf der Erprobung geführt. Die mit dem GKV-Spitzenverband verhandelten Preise (Vergütungsbeträge) treten somit in der Regel erst mit erheblichem Zeitversatz rückwirkend zum 13. Monat in Kraft. Die Herstellerpreise im ersten Jahr bleiben davon unberührt.

Die Möglichkeit, den Preis für ihre DiGA beliebig festzulegen, besteht für DiGA-Hersteller unabhängig von der Frage, ob ein Nutzenbeleg vorliegt oder nicht. Im Durchschnitt liegen die Herstellerpreise für eine DiGA bei weit über 500 Euro (i. d. R. für ein Quartal). Die mit den Herstellern verhandelten Preise liegen hingegen rund 60 Prozent niedriger (durchschnittlich 229 Euro). Die bislang teuerste DiGA wies in ihrer Erprobung sogar einen Herstellerpreis von 2.077 Euro auf. Diese Preisreduzierungen in den Verhandlungen zeigen damit eindeutig, dass die initial aufgerufenen Preise nicht angemessen sind und die gegenwärtigen Regelungen zur Preisfreiheit für die Hersteller nicht aufrechterhalten werden können.

Vor diesen Hintergründen sind die Regelungen zur einjährigen Preisfreiheit für DiGA aufzuheben. Verhandelte Preise für DiGA müssen insofern ab dem ersten Erstattungstag gelten.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der geplanten Regelung zum Vergütungsabschlag bei Nutzungsabbruch. Anstelle dessen wird die initiale Preisfreiheit im ersten Jahr aus dem Gesetz gestrichen:

In § 134 Absatz 1 SGB V wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Die Vergütungsbeträge gelten **nach ab** dem ersten **Jahr nach Tag der** Aufnahme der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e unabhängig davon, ob die Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e Absatz 3 dauerhaft oder nach § 139e Absatz 4 zur Erprobung erfolgt.“

§ 134 Absatz 5 SGB V wird neu gefasst:

„Bis zur Festlegung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 gilt der gültige Durchschnittspreis inklusive Umsatzsteuer aller Vergütungsbeträge nach § 134 Absatz 1 SGB V der dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über die Antragstellung zur Aufnahme einer digitalen Gesundheitsanwendung in das DiGA-Verzeichnis, den Zeitpunkt der Antragstellung und die geplante Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermittelt den zum Zeitpunkt der Antragstellung zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis gültigen Durchschnittspreis aller Vergütungsbeträge gemäß Satz 1 und teilt diesen dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte für die Aufnahme der digitalen Gesundheitsanwendung in das DiGA-Verzeichnis mit. Nach Vereinbarung eines Vergütungsbetrages nach § 134 Abs. 1 Satz 1 ist die Differenz zwischen Vergütungsbetrag und dem tatsächlich gezahlten Durchschnittspreis aller

Vergütungsbeträge nach § 134 Abs. 1 SGB V auszugleichen. In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 werden Schwellenwerte für Vergütungsbeträge festgelegt, unterhalb derer eine dauerhafte Vergütung ohne Vereinbarung nach Absatz 1 erfolgt.“

Änderungsantrag 9 (Informations- und Vorlagepflicht bei einer Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20a – § 175

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zielt darauf ab, die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz weggefallenen Informationsverpflichtungen der Krankenkassen bei Erhöhung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes in modifizierter Form erneut vorzusehen. Danach sollen Krankenkassen auch künftig zur schriftlichen oder digitalisierten Information gegenüber den Mitgliedern verpflichtet werden; das individualisierte Informationsschreiben soll zudem den Aufsichtsbehörden vorab zur Kenntnis gebracht werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird in der vorliegenden Fassung abgelehnt.

Es ist unstreitig, dass Mitglieder über Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes in angemessener Weise zu informieren sind; vor diesem Hintergrund erscheint es auch nachvollziehbar, wenn die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz zunächst vollständige und ersatzlose Streichung jeglicher Informationsverpflichtungen nachjustiert wird.

Ungeachtet dessen wurden mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz die gesetzlich teils sehr kleinteiligen Vorgaben zur Information der Mitglieder bei Erhöhungen des Zusatzbeitragssatzes mit Wirkung ab 30.07.2026 aus durchaus nachvollziehbaren Gründen ersatzlos gestrichen. In Anbetracht der hohen Verwaltungsaufwände für den Versand individueller Schreiben, zumeist per Briefpost, an viele Millionen GKV-Mitglieder wurde dies nachvollziehbar mit den Zielen der Entbürokratisierung und der Hebung aller möglichen finanziellen Einsparpotentiale im Sinne der angestrebten Beitragssatzstabilisierung begründet.

Die nun vorgesehene Neuregelung führt nun erneut sehr kleinteilige Informationspflichten für die Krankenkassen ein, die mit den Vorgaben, individualisierte Anschreiben zu versenden und die Aufsichtsbehörde verpflichtend einzubinden, hohe Aufwände erzeugt und alternative und wesentlich aufwandsärmere Informationsmöglichkeiten zur Schaffung von Transparenz (Internet, Newsletter, Mitgliederzeitschrift, Pressearbeit) ausschließt.

Bereits im Jahr 2022 hatte der Gesetzgeber anerkannt, dass der Hinweispflicht in einem ausreichenden Maße nachgekommen werden kann, wenn Krankenkassen ihre Mitglieder auf andere geeignete Weise über Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes informieren. In der Begründung wurde seinerzeit dazu ausgeführt, dass die Information in Mitgliederzeitschriften und auf den Internetseiten der Krankenkassen erfolgen kann. Daher wurde mit der Aufnahme des § 175 Abs. 4a durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz für Beitragssatzanpassungen im Zeitraum vom 01.01.2023 bis zum 30.06.2023 auf persönliche und mitgliederindividualisierte Informationsschreiben verzichtet. Es ist nicht nachzuvollziehen, weshalb die damalige Regelung hinsichtlich ihres Hintergrundes nicht auch aktuell angesichts der dringend anzustrebenden Hebung sämtlicher Möglichkeiten, die einen Beitrag zur

Beitragssatzstabilisierung leisten können, tragfähig sein soll. Dies gilt umso mehr, als die vorgesehene Verpflichtung zur Vorlage des Informationsschreibens gegenüber den Aufsichtsbehörden eine im Vergleich zum bisherigen Regelungsrahmen deutliche Erweiterung der insoweit zu berücksichtigenden Prozesse darstellen würde. Letztlich würden damit die Produktion sowie der Versand der Informationsschreiben verkompliziert, angesichts der Abstimmungsnotwendigkeiten mit den Aufsichtsbehörden verzögert und vor dem Hintergrund der in Anspruch zu nehmenden Dienstleistern sowie der dort vorzuhaltenden Produktions- und Versandkapazitäten am Ende gegebenenfalls auch kostenintensiver. Die Regelung steht daher im Widerspruch zu den Zielen der Entbürokratisierung und der Hebung aller möglichen finanziellen Einsparpotentiale im Sinne der angestrebten Beitragssatzstabilisierung.

Im Übrigen haben sich die Krankenkassen auf die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgenommenen Änderungen eingestellt. Die nunmehr vorgesehene (Wieder-)Einführung einer erneuten individualisierten Informationsverpflichtung soll bereits mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung gelten. Es ist allerdings angesichts der operativen Umsetzungserfordernisse nahezu ausgeschlossen, dass Krankenkassen einer derartigen Verpflichtung, jedenfalls soweit die Informationen in schriftlicher Form erfolgen müssten, hinsichtlich etwaiger Erhöhungen der Zusatzbeitragssätze bereits zum 01.01.2027 nachkommen können. Anschreiben in derartigen Größenordnungen und Mengengerüsten werden von den Krankenkassen regelmäßig in Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern versandt. Für die in der Regel zum Jahreswechsel vorgenommenen Anpassungen der Zusatzbeitragssätze reservieren die Krankenkassen bei diesen Dienstleistern frühzeitig entsprechende Produktions- und Versandkapazitäten. Nach gegenwärtiger Einschätzung ist jedoch davon auszugehen, dass die bestehenden Vorlaufzeiten mit Blick auf den Jahreswechsel 2026/2027 nicht ausreichen werden.

Vor diesem Hintergrund wird eine Regelung vorgeschlagen, die den Krankenkassen die Nutzung von ressourcensparenden Kommunikationsmöglichkeiten zur Hinweispflicht bei zukünftigen Anpassungen des krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes eröffnet.

Einen entsprechenden Vorschlag hatte der GKV-Spitzenverband bereits in der Stellungnahme zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 16.06.2026 unterbreitet.

C) Änderungsvorschlag

Nach Artikel 1 Nummer 20 wird die folgende Nummer 20a eingefügt:

„20a – § 175 wird wie folgt geändert: Nach Absatz 4 Satz 6 wird folgender Satz eingefügt: Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in geeigneter Weise auf das Kündigungsrecht nach Satz 6 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.“ Die vorgesehene Regelung des § 175 Absatz 4a SGB V wird gestrichen.

Änderungsantrag 10 (Prüfungen des Medizinischen Dienstes bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen)

Artikel 1, 10, 10b (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Gesetze)

§§ 115g, 275a, 276, 278, 280, 283 SGB V; §§ 6c, 7, 8, 9-14, 18, 21 KHEntgG; §§ 6a, 28 KHG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Prüfung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Mit den vorgesehenen Änderungen werden die gesetzlichen Grundlagen für die Prüfung der von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen einzuhaltenden Qualitäts-, Patientensicherheits- und Dokumentationsanforderungen weiter konkretisiert. Hierzu werden die Medizinischen Dienste ausdrücklich mit der Prüfung der nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V vereinbarten Anforderungen beauftragt und die hierfür erforderlichen verfahrensrechtlichen Regelungen geschaffen.

Zudem werden Regelungen zur Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, zu den Befugnissen der Medizinischen Dienste bei der Durchführung der Prüfungen, zur Dokumentation der Prüfergebnisse, zur Finanzierung der Prüfungen sowie zu Berichtspflichten und Datenübermittlungen getroffen. Die Prüfungen sollen aufwandsarm ausgestaltet und bestehende Datenstrukturen zur Vermeidung von Mehrfachmeldungen genutzt werden.

Im Bereich der Umlagefinanzierung weisen wir kritisch darauf hin, dass die PKV nicht anteilig an der Finanzierung der MD-Prüfungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen beteiligt wird.

Vergütung der sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen

Mit den vorgesehenen Änderungen werden die gesetzlichen Regelungen zur Vergütung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen weiterentwickelt und angepasst. Hierzu werden insbesondere die Vorgaben des § 6c KHEntgG neu gefasst und stärker auf eine flexible Ausgestaltung der Vergütung ausgerichtet. Die Vertragsparteien auf Bundesebene erhalten erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Vergütung sowie der hierfür erforderlichen Verfahrens- und Abrechnungsregelungen.

Zudem werden die Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V bei den Vergütungsvereinbarungen berücksichtigt und die Vergütungsfähigkeit von Leistungen an die Einhaltung der maßgeblichen Anforderungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen geknüpft. Die weiteren Änderungen dienen der Anpassung bestehender Verweisungen und stellen Folgeänderungen zur Neufassung des § 6c KHEntgG dar.

B) Stellungnahme

Prüfung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Die Neuregelung wird begrüßt. Mit der ausdrücklichen gesetzlichen Verankerung der Prüfständigkeit der Medizinischen Dienste wird die erforderliche Rechtsklarheit hinsichtlich der Überprüfung der für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen geltenden Qualitäts-, Patientensicherheits- und Dokumentationsanforderungen geschaffen. Hierdurch werden die Voraussetzungen für eine bundeseinheitliche und rechtssichere Durchführung der Prüfungen verbessert.

Positiv hervorzuheben ist zudem die Schaffung eines klaren gesetzlichen Rahmens für das Prüfverfahren einschließlich der Regelungen zu Bescheiden, Bescheinigungen, Dokumentations- und Mitteilungspflichten sowie den hierfür erforderlichen Befugnissen der Medizinischen Dienste. Dies trägt zu transparenten und nachvollziehbaren Verfahrensabläufen bei. Die vorgesehenen Regelungen fördern darüber hinaus eine bürokratiearme Durchführung der Prüfungen, insbesondere durch die Nutzung bestehender Datenstrukturen und die Vermeidung von Mehrfachübermittlungen.

Des Weiteren wird begrüßt, dass die gesetzlichen Änderungen, die bereits zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Regelungen zu den Prüfungen sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen aufgreifen und die hierfür erforderlichen gesetzlichen Grundlagen schaffen. Dies stärkt die Rechtssicherheit für die Umsetzung der Vereinbarungen und unterstützt die Etablierung dieser neuen Versorgungsform.

Vergütung der sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen

Die Neuregelungen werden begrüßt. Positiv hervorzuheben ist insbesondere, dass den Vertragsparteien auf Bundesebene größere Gestaltungsspielräume bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Vergütung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen eingeräumt werden. Die stärkere Verlagerung von Detailregelungen auf die Vereinbarungsebene ermöglicht eine flexible, praxisgerechte und weniger bürokratische Weiterentwicklung der Vergütungssystematik unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus der Umsetzung dieser neuen Krankenhausform.

Ebenso ist zu begrüßen, dass die Einhaltung der maßgeblichen Qualitäts-, Dokumentations- und Patientensicherheitsanforderungen künftig stärker mit der Vereinbarung und Vergütung entsprechender Leistungen verknüpft wird. Dadurch wird sichergestellt, dass Leistungen sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen nur bei Einhaltung der hierfür vorgesehenen Anforderungen vergütet werden.

Darüber hinaus wird begrüßt, dass die gesetzlichen Änderungen, die bereits von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Grundsätze der Vergütung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen aufgreifen und hierfür die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen schaffen. Dies stärkt die Rechtssicherheit der bestehenden Vergütungsvereinbarung und unterstützt die Etablierung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 11 (Therapieversuch mit einem cannabishaltigen Fertigarzneimittel)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2a neu – § 31

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Regelung soll der verpflichtende Therapieversuch mit cannabishaltigen Fertigarzneimitteln im Rahmen des Anspruchs nach § 31 Absatz 6 SGB V weiterentwickelt und konkretisiert werden. Der Therapieversuch hat nur in der Indikation, für die das cannabishaltige Fertigarzneimittel zugelassen ist, zu erfolgen. Die Dauer des Therapieversuchs wird zudem in das Ermessen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gestellt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die Regelung. Hinsichtlich des Vorrangs der zugelassenen Fertigarzneimittel nur innerhalb des zugelassenen Anwendungsgebiets konkretisiert die Regelung das Gesetz im Sinne der ursprünglich zwischen KBV und GKV-Spitzenverband abgestimmten Auslegung und dient daher der Rechtsklarheit. Sie entspricht damit auch den in anderen Fallkonstellationen üblichen Grundsatz, dass sich leistungsrechtliche Unterschiede zwischen zugelassenen Fertigarzneimitteln und nicht zulassungspflichtigen Rezepturarzneimitteln aus den Feststellungen der Zulassungsbehörde zur Wirksamkeit und Sicherheit des Arzneimittels ergeben, welche im Rahmen des zugelassenen Anwendungsgebiets eine Zweckmäßigkeit im Sinne der §§ 2 Absatz 1 Satz 3 und 12 SGB V bereits indizieren. Hinsichtlich der Dauer des Therapieversuchs ist die Regelung ebenfalls zu befürworten, da sie so ermöglicht, der individuellen Versorgungssituation (z. B. palliative Behandlung) medizinisch besser Rechnung zu tragen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 12 (Anpassungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes)

Artikel 1, 1b, 2a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 33, 44, 44c, 87a, 111, 111c, 130a, 130b, 132, 132a, 132l, 137i

A) Beabsichtigte Neuregelung

Art 1 Nr. 1 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§§ 111, 111c SGB V)

Die Regelung zur Begrenzung von Vergütungssteigerungen auf das Niveau der durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen nach § 71 Abs. 3 SGB V soll redaktionell angepasst werden.

Art. 1 Nr. 18a Gebühren für Anträge zur Ausnahme vom Herstellerabschlag (§ 130 a SGB V)

Es sollen weitere Konkretisierungen zu Gebühren für Anträge zur Ausnahme vom Herstellerabschlag nach Absatz 1b, zur Erforderlichkeitsprüfung im Sinne der Transparenz-Richtlinie nach Absatz 4 und zur Ausnahme von den Herstellerabschlägen nach Absatz 9 vorgenommen werden.

Art 1 Nr. 18b Preis-Mengen-Regelung (§ 130b SGB V)

Mit Inkrafttreten des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) am 30.07.2026 ist eine Preis-Mengen-Regelung im Absatz 1a des § 130b SGB V aufgenommen worden. Mit den vorliegenden Änderungsanträgen ist beabsichtigt, die Angaben hinsichtlich der Zeiträume zu präzisieren. Es handelt sich um rechtstechnisch präzisere Fristenbestimmungen für die Preis-Mengen-Regelung. Zudem werden Verweise und Bezüge innerhalb des Absatzes spezifiziert bzw. korrigiert.

Art 1 Nr. 18c Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 132 SGB V), Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 132a SGB V), Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege (§ 132l SGB V)

Siehe Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 1, Buchst. d zu 14a und 14b.

Art. 1 Nr. 19a Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 137 e SGB V)

Es wird eine Ergänzung eines Bezuges innerhalb des §137e SGB V vorgenommen: Dies dient der eher redaktionellen Klarstellung, dass nach neuer Gesetzeslage, die Overhead-Kosten für Erprobungsstudien, die auf Herstelleranträgen beruhen, abweichend von anderen Erprobungsstudien, durch die jeweiligen Antragsteller zu tragen sind.

Art. 1Nr. 19b-h Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse (§ 137i SGB V)

Es werden redaktionelle Änderungen an Überschrift und Regelungstext vorgenommen. Diese haben insbesondere klarstellenden Charakter durch Ergänzung von Bezügen innerhalb des Paragraphen §137h SGB V. Die Überschrift bezog sich noch auf Hochrisikomedizinprodukte und wir nun auch inhaltlich an den neuen Regelungsinhalt angepasst.

Art 1 Nr. 19c Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i SGB V)

Mit dem Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde § 137i Absatz 5 SGB V angepasst, wonach die Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V über Sanktionen nach § 137i Absatz 4b und 5 SGB V (PpUG-Sanktions-Vereinbarung) zum Zwecke einer stringenteren Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen zu überprüfen und anzupassen ist. Die nun vorgesehenen Änderungen (Änderungsantrag 12) konkretisieren die Zuständigkeit für die Überprüfung und Anpassung der PpUG-Sanktions-Vereinbarung, sehen eine Frist vor und stellen klar, dass der Schiedsstellenmechanismus nach § 137i Absatz 1 Satz 11 greift, wenn eine Einigung nicht zustande kommen.

Art 1a Nr. 2 i.V.m Art 1b Nr. 2 Monatliche Zuzahlungsobergrenze (§33 SGB V)

Die monatliche Zuzahlungsobergrenze wird für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel von bisher 10 Euro auf 15 Euro angehoben werden. Die nun vorgesehene Änderung soll das Inkrafttreten dieser Anhebung auf den 1. Januar 2027 verschieben.

Betroffen sind Versicherte, die zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel nach § 33 SGB V benötigen. Hierzu können insbesondere Produkte gehören, die regelmäßig erneuert oder fortlaufend verbraucht werden. Die Zuzahlung ist weiterhin auf den jeweiligen Monatsbedarf bezogen.

Art. 1b Nr. 4 – Rückbereinigung offene Sprechstunden (§ 87b SGB V)

In § 87a Abs. 3 Satz 8 SGB V i. d. F. des GKV-BStabG wird die Rückbereinigung der für offene Sprechstunden vorgenommenen Bereinigungen in die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des Jahres 2027 ausgeweitet. Während nach der bislang gültigen Fassung des GKV-BStabG die nach § 87a Abs. 3 Satz 8 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung vorgenommenen Bereinigungen für die Kalenderjahre 2023 bis 2025 rückgeführt werden sollten, sind nunmehr die nach § 87a Abs. 3 Satz 8 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung vorgenommenen Bereinigungen für die Kalenderjahre ab 2019 rückzuführen.

Art 1b Nr. 5 Abschlag auf den Abgabepreis (§ 130a Abs. 2 SGB V)

§ 130a Absatz 2 SGB V soll redaktionell angepasst werden. Hierbei wird die Regelung in § 130a Absatz 2 Satz 6 Halbsatz 2 SGB V, die klarstellt, dass der zusätzliche Abschlag für Impfstoffe mit Patent- oder Unterlagenschutz auch dann anfällt, wenn der Abschlag nach Absatz 2 Satz 1 nicht ermittelbar ist, gestrichen.

Art 2a Teilarbeitsunfähigkeit (§§ 44, 44c SGB V)

Durch die vorgesehenen Regelungen soll im Zusammenwirken mit den Regelungen in Artikel 10a (Änderung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes) bewirkt werden, dass das Inkrafttreten der Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit verschoben wird; in diesem Zusammenhang erfolgen auch redaktionelle Anpassungen in den Gesetzeswortlauten.

B) Stellungnahme

Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§§ 111, 111c SGB V)

Die in der Begründung des Änderungsantrages als redaktionell ausgewiesenen Anpassungen des Gesetzeswortlautes lassen nicht den Hintergrund der als notwendig erachteten Änderungen erkennen. Es ist davon auszugehen, dass sprachliche Unwuchten wie z. B. durch die Formulierung „Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3“ anstelle des Abstellens auf entsprechende Gehaltssteigerungen geglättet werden sollen. Allerdings werden durch die im Änderungsantrag vorgesehenen Formulierungen solche Unschärfen nicht beseitigt und ermöglichen aufgrund der neuen Formulierungen unterschiedliche Rechtsauslegungen, z. B. zur Reichweite der befristet geltenden Sonderregelung des 50prozentigen Aufschlages bei tarifvertraglich vereinbarten Gehaltssteigerungen oberhalb der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V.

Zudem liegt der Formulierung „...wenn die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres...“ offensichtlich die Annahme zugrunde, dass Vergütungsverträge in diesem Leistungsbereich jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr erfolgen, was jedoch nicht zutreffend ist und aufgrund der Vielzahl zu verhandelnder Vergütungsverträge parallel nicht möglich wäre. Im Ergebnis sollte von den redaktionellen Änderungen abgesehen werden.

Gebühren für Anträge zur Ausnahme vom Herstellerabschlag

zu a) und b)

Die Regelungen für Gebühren bei Anträgen zur Ausnahme vom Herstellerabschlag nach Absatz 1b i.V.m. 1c sind nachvollziehbar.

zu c) und d)

Die Überführung der Erforderlichkeitsprüfung im Sinne der Transparenz-Richtlinie für das Preismoratorium für Impfstoffe aus Absatz 3f nach Absatz 4 ist nachvollziehbar.

Die Ergänzung des Absatzes 3e (Preismoratorium für Verbandmittel) ist dagegen nicht nachvollziehbar. Die Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme bezieht sich nämlich allein auf Arzneimittel und gerade nicht auf Verbandmittel oder Sonstige Produkte zur Wundbehandlung.

zu e)

Die Ermöglichung einer Ausnahme vom Preismoratorium für Impfstoffe aus Absatz 3f (analog zu Absatz 2) für Impfstoffe für seltene Leiden liegt in der Systematik der Regelung, ist aber praktisch bislang ohne Relevanz.

Preis-Mengen-Regelung

Es handelt sich um plausible redaktionelle Änderungen. Die Änderung in ee) ist nachvollziehbar. Diese ist demzufolge ebenfalls in Satz 16 umzusetzen. In Satz 9 dient ein zusätzlicher Verweis auf Satz 5 ebenfalls der gleichen Klarstellung.

Rückbereinigung offene Sprechstunden

Die Streichung der Begrenzung auf die Kalenderjahre 2023 bis 2025 ist grundsätzlich sachgerecht. Die bis zum 31. Dezember 2026 geltende Fassung von § 87a Abs. 3 Satz 8 SGB V regelt allerdings nur die ab dem Kalenderjahr 2023 vorgenommenen Bereinigungen und läuft für die Jahre 2019 bis 2022 ins Leere.

Versorgung mit Haushaltshilfe, mit häuslicher Krankenpflege und mit außerklinischer Intensivpflege

Siehe Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 1, Buchst. d zu 14a und 14b.

Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Der Vorschlag wird begrüßt.

Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse

Der Vorschlag wird begrüßt.

Pflegepersonaluntergrenzen

Die Klarstellungen zu Zuständigkeit (Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 Satz 1 SGB V), Frist (zwei Monate nach der Verkündung des Gesetzes) und Konfliktlösungsmechanismus sind notwendig und sachgerecht.

Monatliche Zuzahlungsobergrenze

Die vorgesehene Verschiebung der Anhebung der monatlichen Zuzahlungsobergrenze für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel auf den 1. Januar 2027 wird begrüßt. Damit gilt für das Jahr 2026 weiterhin eine monatliche Zuzahlungsobergrenze von 10 Euro. Erst ab dem 1. Januar 2027 wird diese auf 15 Euro angehoben.

Die Regelung führt im Jahr 2026 zu einer finanziellen Entlastung der betroffenen Versicherten.

Insgesamt ist die Neuregelung nachvollziehbar.

Abschlag auf den Abgabepreis

In der Regelung sollte klar zum Ausdruck kommen, dass der Abschlag für Impfstoffe mit Patent- oder Unterlagenschutz wie ursprünglich auch in dem Fall gilt, dass der Abschlag nach Absatz 2 Satz 1 nicht ermittelbar und daher hilfsweise durch einen Abschlag in Höhe von 7% gemäß Satz 6 ersetzt wurde.

Teilarbeitsunfähigkeit

Zu den vorgesehenen Regelungen zur Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit wird auf die Stellungnahme zum Gesetzentwurf des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes verweisen. Die insoweit durch den vorliegenden Änderungsantrag vorgesehenen redaktionellen Anpassungen des Gesetzeswortlautes können nachvollzogen werden. Vor diesem Hintergrund beschränkt sich die Stellungnahme an dieser Stelle auf Bewertungen im Kontext der Verschiebung des Inkrafttretens.

In § 44c Absatz 6 SGB V wird geregelt, dass durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) das Nähere zur Feststellung und Ausgestaltung der Teilarbeitsunfähigkeit in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V festgelegt werden soll. Die Umsetzung durch den G-BA soll bereits bis zum 01.01.2027 sichergestellt werden, wenngleich nunmehr die gesetzliche Regelung zur Teilarbeitsunfähigkeit erst zum 01.07.2028 in Kraft treten soll. Für eine konsistente Rechtsetzung wäre ein Inkrafttreten des Absatzes vor Ablauf der darin festgelegten Frist für die Umsetzung des Auftrags durch den G-BA am 31.12.2026 erforderlich.

Zudem ist in Artikel 1 Nr. 68 des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes zu § 295 SGB V unter Buchstabe a Doppelbuchstabe bb vorgesehen, dass die notwendigen technischen und organisatorischen Anpassungen zur Erfassung und Übertragung der Daten zur Teilarbeitsunfähigkeit im eAU-Verfahren zwischen Ärzt:innen und Krankenkassen bis zum 01.07.2027 sicherzustellen sind. Diese Änderung soll nunmehr nach Artikel 10a Nummer 2 bereits zum 01.01.2027 in Kraft treten. Im Hinblick auf die erforderliche vorherige Gestaltung der notwendigen Rahmenbedingungen im Gemeinsamen Bundesausschuss und der daraufhin erst möglichen Anpassungen der digitalen Verfahren, der Praxis- und Kassenverwaltungssysteme ist eine Umsetzung vor dem 01.01.2028 nicht möglich.

Gleiches gilt insbesondere auch für Artikel 2 Nr. 4 des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes zu § 109 SGB IV. Hier ist gesetzlich bereits seit 29.07.2026 das Datenaustauschverfahren zur Teilarbeitsunfähigkeit zur Übertragung zwischen den Krankenkassen und den Arbeitgebern in Kraft getreten. Eine technische und organisatorische Umsetzung des Verfahrens kann jedoch erst im Nachgang zum Verfahren der Ärzte mit den Krankenkassen konzipiert und umgesetzt werden. Eine entsprechende Anpassung des digitalen Verfahrens zur Umsetzung einer Teilarbeitsunfähigkeit erscheint vor dem 01.07.2028 nicht realistisch und auch nicht erforderlich, da eine Abfrage durch den Arbeitgeber nach § 109 Abs. 2 SGB IV erst ab dem 01.07.2028 vorgesehen ist.

Um Problemstellungen beim Zusammentreffen mit anderen Fehlzeiten oder Entgeltersatzleistungen zu verhindern, sollte in § 44c Abs. 3 SGB V die Aufzählung der Fälle, in denen die Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit als Feststellung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit behandelt wird, dahingehend erweitert werden, dass auch in solchen Fallgestaltungen die attestierte Teilarbeitsunfähigkeit als eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu behandeln ist. Hierdurch können z. B. bei einer gleichzeitig vorliegenden Erkrankung eines Kindes oder eines Arbeitsunfalls die erforderlichen Entgeltersatzleistungen bürokratiearm abgegrenzt werden.

C) Änderungsvorschlag

Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Sofern der Streichung nicht gefolgt wird, sind die Wörter „des vorangegangenen Kalenderjahres“ zu streichen.

Gebühren für Anträge zur Ausnahme vom Herstellerabschlag

Absatz 4 Satz 1 und 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit hat nach einer Überprüfung der Erforderlichkeit der Abschläge nach den Absätzen 1 bis 1b, 2, 3a und 3f nach Maßgabe oder in entsprechender Anwendung des Artikels 4 der Richtlinie 89/105/EWG die Abschläge durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates aufzuheben oder zu verringern, wenn und soweit diese nach der gesamtwirtschaftlichen Lage, einschließlich ihrer Auswirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung, nicht mehr gerechtfertigt sind. Über Anträge pharmazeutischer Unternehmer nach Maßgabe oder in entsprechender Anwendung des Artikels 4 der Richtlinie 89/105/EWG auf Ausnahme von den nach den Absätzen 1 bis 1b, 2, 3a und 3f vorgesehenen Abschlägen entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit.“

Preis-Mengen-Regelung

In § 130b Absatz 1a Satz 9 wird nach der Angabe „Erstattungsbetrag“ die Angabe „nach Satz 5“ eingefügt. In § 130b Absatz 1a Satz 16 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.

Versorgung mit Haushaltshilfe, mit häuslicher Krankenpflege und mit außerklinischer Intensivpflege

Siehe Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 1, Buchst. d zu 14a und 14b.

Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Keiner.

Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse

Keiner.

Pflegepersonaluntergrenzen

Keiner.

Monatliche Zuzahlungsobergrenze

Keiner.

Rückbereinigung offene Sprechstunden

Keiner.

Abschlag auf den Abgabepreis

§ 130a Absatz 2 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Besteht für Impfstoffe Patentschutz oder Unterlagenschutz, erhalten die Krankenkassen von Apotheken für diese zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe zusätzlich zum Abschlag nach Satz 1 oder zum Abschlag nach Satz 6 in Verbindung mit Satz 1 einen Abschlag in Höhe von 9 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers.“

Teilarbeitsunfähigkeit

Anpassung der jeweiligen Fristen.

III. Ergänzendes Änderungsbedarf

§ 116b SGB V – Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und des Erlaubnisvorbehalts in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

A) Neuregelungsbedarf

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde das Ziel verfolgt, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung an die Einnahmenentwicklung zu knüpfen. Dementsprechend wird die zulässige Ausgabenentwicklung einer Vielzahl von Leistungsbereichen der Grundlohnsummenbindung unterworfen. Dies betrifft beispielsweise über die Neuregelung in §120 SGB V auch ambulante Einrichtungen an Krankenhäusern. Der vorliegende Vorschlag erweitert diesen Grundsatz konsequent auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gemäß §116b SGB V. Damit soll sowohl dem dynamischen Ausgabenwachstum begegnet werden als auch die insbesondere für Krankenhäuser bestehende Möglichkeit einer strategischen Umgehung der Ausgabenbegrenzungsmechanismen bei anderen ambulanten Betätigungsfeldern unterbunden werden. Dabei soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass sich allein durch die Neuaufnahme von weiteren Indikationen in die ASV einen Mengen- und Ausgabenanstieg ergeben kann, indem solche Leistungen für einen festen Zeitraum von der Mengenbegrenzungsregelung ausgenommen werden. Die Umsetzung der Geltung des §71 Abs. 1 bis 3 SGB V obliegt den Vertragspartnern der Abrechnungsvereinbarung gemäß §116b Abs. 6 Satz 12 SGB V.

Ferner soll mit der Einführung des Erlaubnisvorbehalts in der ASV dem Ziel des BStabG Rechnung getragen werden, dass Ausgaben für Versicherte einen nachweislichen Nutzen haben sollen. Die ASV ist der einzige Leistungsbereich in der ambulanten Versorgung, in der der Verbotsvorbehalt gilt. Dies ist insbesondere mit Hinblick auf die spezielle sektorengleiche Vergütung nach §115f SAGB V („Hybrid-DRGs“) bemerkenswert, wo neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ausdrücklich ausgeschlossen worden sind. Damit werden in der ASV Methoden angewendet, die in der ambulanten Versorgung nicht erprobt bzw. der Nutzen nicht überprüft worden ist. Diese Sonderstellung der ASV mit jährlichen Mehrbelastungen von ca. 35 Mio. EUR ist weder hinreichend begründet noch ist ein Nutzen für die Versicherten erkennbar.

B) Änderungsvorschlag

a) §116b Abs. 1 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst: „Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach §135 Abs. 1 eine Entscheidung getroffen hat.“

b) In § 116b Abs. 6 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Angabe „§ 71 Abs. 1 bis 5 SGB V gilt entsprechend.“ eingefügt.

c) In § 116b Abs. 6 Satz 12 wird folgender Satz 13 angefügt: „Die Abrechnungsvereinbarung nach Satz 12 hat erstmals mit Wirkung zum 1. Januar 2028 Regelungen vorzusehen, die die Geltung des § 71 Abs. 1 bis 5 SGB V sicherstellen; dabei sind Leistungen im Zusammenhang mit Erkrankungen auszunehmen,

zu denen der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aufnahme in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung jeweils weniger als zwei Jahre zurückliegt.“

§ 431 SGB V neu – Übergangsregelung zu Praxisbesonderheiten in Erstattungsbeitragsvereinbarungen

A) Neuregelungsbedarf

Mit Inkrafttreten des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) am 30.07.2026 ist die Rechtsgrundlage für die Vereinbarung von Bundespraxisbesonderheiten als Inhalt von Erstattungsbeitragsvereinbarungen nach § 130b SGB V entfallen. Aufgrund der Streichung von § 130b Abs. 2 SGB V a. F. hat der GKV-Spitzenverband keine Befugnis mehr zur Vereinbarung von Praxisbesonderheiten für die Zukunft. Der Gesetzgeber hat das Steuerungsinstrument der Praxisbesonderheit neben der regionalen Vereinbarungsmöglichkeit für die Zukunft in das Konzept des „Vertragskataloges“ nach §130e SGB V verlagert (vgl. § 130e Absatz 2 SGB V, BStabG, BT-Drs. 21/6130, S. 129). Mangels expliziter Regelung, die einen Wegfall aller zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des BStabG bestehenden Bundespraxisbesonderheiten anordnet, um die Intention des Gesetzgebers zur Verlagerung des Steuerungsinstruments in den Vertragskatalog umzusetzen, ist eine Übergangsregelung zur Herbeiführung eines einheitlichen Beendigungstatbestandes erforderlich.

B) Änderungsvorschlag

§ 431 SGB V „Übergangsregelung zu Praxisbesonderheiten in Erstattungsbeitragsvereinbarungen“ wird neu eingefügt:

„Verordnungen eines Arzneimittels, für die in einer Vereinbarung nach § 130b Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 in der bis zum 29. Juli 2026 geltenden Fassung die Anerkennung als Praxisbesonderheit vereinbart wurde, sind von der Prüfungsstelle als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 106 bis 106c zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten anzuerkennen, wenn der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten hat und die Verordnung bis zum Ablauf des 31. Dezember 2026 erfolgt ist. Nach dem 31. Dezember 2026 sind die Verordnungen eines Arzneimittels, für die in einer Vereinbarung nach § 130b Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 in der bis zum 29. Juli 2026 geltenden Fassung die Anerkennung als Praxisbesonderheit vereinbart wurde, nicht mehr anzuerkennen. Die nach § 130b Absatz 2 Satz 2 in der bis zum 29. Juli 2026 geltenden Fassung vereinbarten und hinterlegten Anforderungen sind bis zum Ablauf des 31. Dezember 2026 in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Absatz 9 Satz 1 hinterlegt zu halten und mit Ablauf des 31. Dezember 2026 aus den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Absatz 9 Satz 1 zu entfernen.“