

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes vom 6.10.2026 zur Anhörung des Gesundheitsausschusses

**zur
Änderung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes
und ggf. weiterer Gesetze
Ausschussdrucksache: 21(14)107**

Stand: 6.10.2026

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

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

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Zusammenfassung

Zur Bekämpfung des chronischen strukturellen GKV-Defizits hatte die FinanzKommission Gesundheit (FKG) einen wissenschaftlich belegten und ausgewogenen Katalog von Maßnahmen zur finanziellen Konsolidierung der GKV vorgelegt. Auf dieser Basis wurde mit dem BStabG ein Maßnahmenpaket umgesetzt, welches die finanzielle Lage der GKV stabilisieren sollte. Die Verabschiedung des BStabG im Juli 2026 wurde dabei mit weitreichenden Zusagen vor allem an Krankenhäuser und an die Pharmazeutische Industrie erst möglich gemacht. Die sogenannten Folge-regelungen zum GKV-BStabG sollen nun im Rahmen der Notfallreform umgesetzt werden.

Positiv hervorzuheben sind aus Sicht der AOK-Gemeinschaft die konsequente und folgerichtige Abschaffung der heutigen Hybrid-DRG. Die bisherige sektorengleiche Vergütung hat insbesondere im vertragsärztlichen Bereich zu teils deutlich überhöhten Vergütungen und damit zu finanziellen Fehlanreizen geführt, ohne dass dem ein entspre-chender Versorgungs-Mehrwert in der Versorgung gegenüberstand. Dass nun diese Fehlanreize beendet werden, ist folgerichtig und vor allem vor dem Hintergrund der Beitragssatzstabilisierung dringend notwendig.

Begrüßt wird ausdrücklich, dass der Gesetzgeber wieder mehr Handlungsspielräume für die Krankenkassen schaf-fen möchte, indem die Ausschreibungen bei Zytostatika und bei Hilfsmitteln wieder eingeführt werden. Nach Jah-ren der Einengung kassenindividueller Spielräume bekommen die Kassen wieder mehr Möglichkeiten zur effizienten Steuerung und Gestaltung der Versorgung. Hier muss allerdings insbesondere bei den apothekenbezogene Aus-schreibungen für parenterale Zubereitungen dringend nachgebessert werden, denn die vorgeschlagene Regelung ist mit dem derzeitigen Markt nicht kompatibel und wird auch nicht die erhofften Einsparungen generieren.

Kritisch ist die geplante Umsetzung der Protokollerklärung der Bundesregierung zum Krankenhausbereich zu wer-ten. Hier werden ohne jegliche Zweckbindung 550 Mio. Euro an die Krankenhäuser gegeben, verbunden mit einer falschen Anreizwirkung zur Mengenausweitung. Die AOK-Gemeinschaft lehnt dies ab.

Unverständlich ist ferner, dass Krankenkassen durch die zusätzliche kurzfristige Verschärfung des Verwaltungs-kosten-Deckels – zusammen mit den Regelungen des Gesetzentwurfs PNOG - vor erhebliche Umsetzungsprobleme gestellt werden. Es lässt sich kein logischer Grund anführen, weshalb der Beitrag der Krankenkassen im Sinne ei-ner einnahmenorientierten Ausgabenpolitik größer sein muss als von den übrigen Akteuren im Gesundheitssystem.

Und auch diese willkürlich Maßnahme wäre nicht nötig gewesen, würde man bereits beschlossene Einsparmaßnahmen des BStabG im Nachhinein nicht wieder aufweichen.

Kritisch zu bewerten sind ferner auch die Regelungsänderung zu den DiGA. Die Intention der Regelung wird geteilt, jedoch wird der vorliegende Ansatz, aufgrund bürokratischer und methodischer Mängel, keine nachhaltige Wirkung entfalten. Stattdessen sollten die seit langem bekannten Reformvorschläge der Krankenkassen aufgegriffen werden. Dazu gehören insbesondere die Abschaffung der freien Preisbildung im ersten Jahr sowie eine Vergütung erst nach belastbarem Nutznachweis. Auch die von der FKG vorgeschlagene Möglichkeit einer unverbindlichen Testphase für Versicherte würde zielgenauer ansetzen als der vorgeschlagene pauschale Preisabschlag.

Insgesamt betrachtet bleibt unklar, ob die vorliegenden Änderungsanträge ausreichen, die Aufweichungen des BStabG wirklich zu egalisieren und das Beitragssatzniveau 2027 und in den Folgejahren zu stabilisieren. Eine entsprechende Gegenüberstellung zu den Auswirkungen der Regelungen und zu den Wirkungen der Änderungsanträge liegen bislang nicht vor.

Wichtig ist, den Pfad der Konsolidierung nicht zu verlassen und die finanzielle Stabilisierung der GKV mit flankierenden Strukturreformen zu stützen. Die AOK-Gemeinschaft kann diese Transformation aktiv mitgestalten und unterstützen. Dafür sind jedoch größere Handlungsspielräume zur effizienten Steuerung und Gestaltung der Versorgung notwendig und angezeigt.

ÄÄ Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
1	Artikel 1 Nummer 13, Artikel 1a neu, Artikel 10a neu	§§ 87a, 87b, 87d, 92 SGB V, GKV-BStabG	Umsetzung der Entschlie-ßung zur Psychotherapie, extrabudgetäre Vergütung des ambulanten Operierens und Übergangsregelung Hybrid-DRG / Streichung ab 2028	Mit der Regelung werden die entsprechende zum GKV-BStabG gefasste Entschlie-ßung umgesetzt und die extrabudgetär zu vergütenden psychotherapeutischen Leistungen ausgeweitet. Dies betrifft die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, schwer psychisch kranke Versicherte und dringlich zu behandelnde psychotherapeutische Akutbehandlungen, sowie eine Bereinigungsvorgabe, soweit Leistungen bislang oder prospektiv innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet wurden bzw. werden. Zur Festlegung von Kriterien zur Feststellung der Dringlichkeit erhält der GBA einen entsprechenden Auftrag. Darüber hinaus wird in der Honorarverteilung vorgesehen, dass bei	Mit dem ÄÄ werden drei verschiedene Themenkomplexe geregelt: 1. Umsetzung Entschlie-ßung Psychotherapie § 92 Abs. 6s GBA Auftrag Dringlichkeitskriterien: Eine einheitliche Regelung zur Dringlichkeit ist begrüßenswert. Für eine bedarfsgerechtere und zeitnahe Versorgung ist jedoch entscheidend, dass dringende Behandlungsfälle ausschließlich im Rahmen der Psychotherapeutischen Akutbehandlung versorgt werden, zeitnah beginnen und mit einer ausreichend und evidenzbasierten Behandlungsintensität versorgt werden. Der Auftrag an den GBA ist entsprechend anzupassen. § 87d Abs. 1 Extrabudgetäre Vergütung: Die Ausweitung der Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist sachgerecht. Bei psychotherapeutischen Behandlungen schwer psychisch erkrankter Personen ist dahingehend klarzustellen, dass es sich um Patientinnen und Patienten handelt, die im Rahmen

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor- schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
				• beigegonnenen Behandlungen keine Maßnahmen zur Mengenbegrenzung angewandt werden dürfen. • Neu hinzugekommen ist die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen des ambulanten Operierens samt Begleitleistungen. • Hybrid-DRGs werden zum Jahr 2028 ersatzlos gestrichen. Für das Jahr 2027 findet eine Unterscheidung bei der Vergütung für Behandlungsfälle mit und ohne Übernachtung statt. Für Behandlungsfälle ohne Übernachtung ist eine Vergütung nach Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) vorgesehen, während Behandlungsfälle mit Übernachtung auf Basis des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses erfolgt.	der KSVPsych-Richtlinien tatsächlich behandelt werden. Psychotherapeutische Akutbehandlung im Zusammenhang mit einer Terminvermittlung ist sachgerecht, erfordert allerdings klar Überprüfungsmechanismen. § 87b Abs. 2 Honorarverteilung: Die vorgesehene Regelung, bei bereits begonnenen Behandlungen von Maßnahmen zur Mengenbegrenzung abzusehen, ist dahingehend klarzustellen, dass Ausnahmeregelungen für bereits begonnene Behandlungen ausschließlich auf den genehmigten Behandlungsumfang zu beschränken sind. Darüberhinausgehende Fortführungs- ggf. Umwandlungsanträge fallen nicht darunter. Die Regelung zu den basiswirksamen Bereinigungsvorgaben der MGV von künftigen EGV-Leistungen nach § 87d (KuJ-Psychotherapie sowie psychotherapeutische Leistungen für Patient:innen, die den Voraussetzungen der Richtlinie nach § 92 Abs. 6b erfüllen) ist zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen sachgerecht,

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor- schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
					sofern diese im Jahr 2026 innerhalb der MGV vergütet wurden. Darüber hinaus ist die MGV auch ab dem Jahr 2027 um die zu vergütende dringliche psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 87d Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V dauerhaft zu bereinigen, da diese ab 2027 nach § 87a Abs. 3 Satz 11 i. V. m Satz 7 Nr. 4 SGB V gedeckelt wird und dies ebenfalls zu einer dauerhaften Doppelvergütung führen würde. 2. Extrabudgetäre Vergütung des ambulanten Operierens: Die Regelung ist nicht sachgerecht. Ordnungspolitisch richtig wäre es gewesen, diese Leistungen wie alle anderen Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) zu überführen. Es setzt starke Anreize zur Erbringung von Leistungen des ambulanten Operierens zu Lasten der fachärztlichen Grundversorgung. Es erschließt sich nicht, warum der Gesetzgeber hier eine Differenzierung vornimmt. Das politische Ziel einer Ambulantisierung rechtfertigt nicht, dass Implikationen auf die vertragsärztliche Versorgung als solche regel-

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor- schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
					haft ausgeblendet werden. Das Vergütungsgefälle zwischen Leistungen der regulären fachärztlichen Versorgung und des ambulanten Operierens wird weiter zunehmen, so dass strukturelle Probleme in der Versorgung perspektivisch immer weiter verschärft werden. 3. Hybrid-DRGs: Die Streichung der Hybrid-DRGs zum Jahr 2028 wird begrüßt. Hybrid-DRGs sind mit erheblichen Mehrkosten für die GKV aufgrund von Preis- und Mengeneffekten verbunden bei gleichzeitig geringen Ambulantisierungseffekten. Es bestand daher dringender Handlungsbedarf, um die politischen Bemühungen einer Stabilisierung der Beitragssätze der GKV nicht zu konterkarieren. Die Übergangslösung für das Jahr 2027 mit einer Differenzierung zwischen Fällen mit und ohne Übernachtung ist grundsätzlich richtig, um eine Vergütungsabsenkung zu erreichen. Bei den vertragsärztlichen Behandlungsfällen ist dies unabdingbar, um den horrenden Mehrausgaben zu begegnen.

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
					Im Falle der Erbringung durch Krankenhäuser setzt es jedoch starke Anreize hin zu einer Leistungserbringung mit einer Übernachtung. Gleichzeitig erhöht sich die Komplexität mit unterschiedlichen Vergütungsregelungen im Detail etwa mit Blick auf Sachkosten mit möglichen Anreizwirkungen. Zielführender wäre es gewesen, die Vergütung gesamthaft nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ggf. mit Zuschlägen für Übernachtung vorzusehen.
2	Artikel 1 Nummer 6	§§ 73b, 87a, 87b SGB V	Streichung des Fixkostendegressionsabschlags in der HzV und bei Haus- und Kinderärzten	• Streichung des mit dem GKV-BStabG normierten Fixkostendegressionsabschlags für Haus- und Kinderärzte und für die hausarztzentrierte Versorgung, so dass keine Preisminderungen bei Fallzahl- oder Mengenausweitungen angewandt werden.	Die Regelung ist nicht sachgerecht, da der überschüssige ansteigende Fixkostenanteil bei einer Mengenausweitung bereits mit einer bestimmten kalkulatorischen Leistungsmenge ausfinanziert ist. Insgesamt sah der Gesetzgeber mit der Regelung Einsparungen im Bereich der KuJ- bzw. HA-Versorgung für die GKV in Höhe von ca. 30 Mio. Euro in 2027, aufwachsend auf 130 Mio. Euro in 2030 vor. Für die HzV lag keine isolierte Betrachtung für den Abschlag der Fixkostendegression durch den Gesetzgeber vor.
3	Artikel 1a neu	§ 275c SGB V	KH-Einführung einer Prüfquoten-klasse von 1 Prozent für Krankenhäuser mit gerin-	• Mit der Regelung wird die Protokollerklärung der Bundesregierung (Anlage 26 zum Plenarprotokoll zur 1067. Sitzung des Bundes-	Die Regelung ist sachgerecht, weil bisher nur wenige Häuser diese anvisierte Abrechnungsgüte von (90 % und besser) erreichen. Wenn die Häuser, die geringe Prüfquote erreicht haben

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
			gen Auffäl- lichkeiten in der Krankenhaus- abrechnung	rats, S. 401 f.) zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (PE) umgesetzt. Es wird eine weitere Prüfquotenklasse eingeführt, die eine Prüfquote von 1 Prozent vorsieht, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses bei mindestens 90 Prozent liegt. Diese Krankenhäuser, die überwiegend regelkonform abrechnen, werden dadurch von bürokratischen Aufwänden entlastet. • Die Regelung tritt zum 1. Januar 2027 in Kraft.	und diese halten wollen, müssen Sie zukünftig weiterhin sehr gut kodieren. Ausgeschlossen werden sollten Häuser, die aufgrund ihrer geringen Abrechnungszahl (im ganzen Quartal weniger als 3 durch den MD geprüfte Rechnungen. Hier kann aufgrund der sehr geringen Fallzahl nicht auf eine statistisch valide geprüfte Rechnungsqualität geschlossen werden). Ergänzend sollte der Anreiz verstärkt werden, die o.g. aufschlagsfreie Prüfquotenklasse zu erreichen, indem der Aufschlag nach § 275c Abs. 3 SGB V in Höhe von 500 Euro auch für Falschabrechnungen von Krankenhäusern erhoben wird, bei denen 5 % der Abrechnungen vom MD geprüft werden können (Abrechnungsgüte besser 80 %). Somit würde ein deutliches gesetzgeberisches Signal für eine korrekte Abrechnung gesetzt. Die finanzielle Dimension des Vorhabens ist nicht qualifizierbar, es handelt sich um Maßnahmen zur Unterstützung des Bürokratieabbaus

ÄÄ Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
4	Arti- kel 9a neu, 9b neu und 9c neu	§ 8 KHEntgG, § 38 KHG, § 8 BPfLV	KH-Einfüh- rung eines Rechnungszu- schlags ab 2027 für nicht-universi- täre somati- sche sowie psychiatri- sche und psy- chosomati- sche Kran- kenhäuser Universitäts- kliniken: Ein- führung Rech- nungszuschlag im Jahr 2027 und ab 2028 stattdessen Er- höhung des Zu-schlags für die spezielle Vorhaltung von Universi- tätskliniken	- Mit der PE wurden weitere finanzielle Entlastungen der Krankenhäuser im Umfang von insgesamt 550 Mio. Euro pro Jahr zugesagt. Darin vorgesehen ist eine Anhebung des Zuschlags für die spezielle Vorhaltung der Universitätskliniken ab dem Jahr 2027 um 100 Millionen Euro. Für Krankenhäuser, die nicht von den vorge- nannten Zuschlägen profi- tieren, sollen weitere 450 Millionen Euro durch die Er- höhung eines Rechnungszu- schlags gewährt werden. - Es wird entsprechend so- wohl für somatische als auch für psy-chiatri-sche und psychosomatische (nicht-universitäre) Kran- kenhäuser ein Rechnungszu- schlag eingeführt. Der Zu- schlag gilt nicht für Hoch- schulkliniken, da diese über eine Erhöhung des Zu- schlags für spezielle Vor- haltung jährlich zusätzlich	Die Regelung ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt. Die in Rede stehenden 550 Mio. Euro werden ohne jegliche Zweckbindung an die Kranken- häuser gegeben. Die fallweise Abzahlung geht zudem einher mit der Anreizwirkung zur Men- genausweitung. Insofern ist von der Bereitstellung und Auszah- lung dieser Mittel gänzlich abzusehen. Alternativ sollte eine gesetzliche Zweckbin- dung an Investitionen geschaffen und das Ein- vernehmen mit den Krankenkassen hergestellt werden.

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
				100 Milli-onen Euro erhalten. Da nach geltender Rechtslage der Zuschlag für die spezielle Vorhaltung der Hochschulklinika erst im Jahr 2028 eingeführt wird, wird der für 2027 zugesagte Betrag von 100 Millionen Euro zum Zweck der Verwaltungsvereinfachung als Rechnungszuschlag an die Hochschulklinika ausgeschüttet. Ab dem Jahr 2028 wird das zusätzliche Mittelvolumen in Höhe von 100 Mio. Euro dann dauerhaft über die Erhöhung der Mittel für die Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken abgewickelt.	
5	Artikel 1 Nummer 10a neu und 10b neu	§§ 126, 127 SGB V	Hilfsmittel Ermöglichung von Ausschreibungen Umsetzung des drei-prozentigen Preisabschlags auf Hilfsmittel in 2027 und 2028	• Mit der Änderung wird die Möglichkeit im Hilfsmittelbereich Ausschreibungen durchzuführen wieder eingeführt. • Um den bürokratischen Aufwand für die Umsetzung des auf die Jahre 2027 und	1. Ermöglichung von Ausschreibungen Die Regelung ist sachgerecht, weil die Handlungsmöglichkeiten der Kassen Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen verbessert und der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern intensiviert wird.

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
				2028 befristeten Abschlags von 3 Prozent auf alle Hilfsmittelversorgungen so gering wie möglich zu halten, wird der Abschlag pauschal auf Rechnungsebene durch die Krankenkassen gekürzt. Zudem wird in der Begründung klargestellt, dass der Abschlag auch für Pflegehilfsmittel in der SPV sowie für doppelfunktionale Hilfsmittel gilt, die anteilig von GKV und SPV finanziert werden.	Aufgrund der Vorlaufzeiten bis zur Etablierung eines Ausschreibungsvertrags sind Preisminierungen bzw. Einsparungen nicht vor Ende 2027 zu erwarten. 2. Umsetzung 3%-Preisabsenkung Die Regelung ist ebenfalls <i>sachgerecht, weil sie die Umsetzung des 3% Rechnungsabschlags bürokratieärmer gestaltet und klargestellt wird, dass der Abschlag auch bei Pflege- bzw. von doppelfunktionalen Hilfsmitteln gilt.</i>
6	Artikel 1 Nummer 0 neu	§ 4 SGB V	Zusätzliche Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen	Der zulässige Anstieg der Verwaltungskosten der Krankenkassen je Versicherten wird für das Jahr 2027 um einen weiteren Prozentpunkt abgesenkt.	Die Regelung ist nicht sachgerecht. Es lässt sich kein sachlogischer Grund finden, warum der Beitrag der Krankenkassen im Sinne einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik größer sein muss als von den übrigen Akteuren im Gesundheitswesen. Der Verwaltungskosten-deckel wird durch diese Maßnahme um weitere 140 Mio. EUR abgesenkt. Diese willkürliche Maßnahme wäre nicht nötig, würde man bereits beschlossene Einsparmaßnahmen des BStabG nicht im Nachhinein wieder aufweichen. Die Verwaltungskostenerstattung der SPV an die GKV fällt im Jahr 2027 als Gesamteffekt

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
					des Kabinettsentwurfs PNOG um 200 Mio. EUR niedriger aus als ohne dieses Gesetz. Allein dadurch wird die Deckelung der Nettoverwaltungs-kosten ohnehin bereits drastisch verschärft. Die Verwaltungskostenbegrenzung verhindert notwendige Investitionen in Digitalisierung und Modernisierung von Verwaltungsprozessen.
7	Artikel 1 Nummer 18a neu	§ 129 SGB V	Apothekenbezogene Ausschreibungen für Zytostatika	Mit der Änderung wird die Möglichkeit zur Vereinbarung von Sonderregelungen über die Versorgung mit parenteralen Zubereitungen, insbesondere im Hinblick auf Preise, wieder eingeführt.	Grundsätzlich ist die Wiedereinführung einer apothekenbezogenen Zytostatikaausschreibung zu begrüßen. Allerdings ist die geplante Regelung nicht sachgerecht, da sie nicht die mit dem GKV-AMVSG 2017 abgeschaffte Regelung originalgetreu aufgreift. Stattdessen werden neue Vorgaben gemacht. Auf Seiten der Auftraggeber können nur die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich auf Landesebene agieren. Auftragnehmer können nur Apotheken sein, die im jeweiligen maßgeblichen Apothekerverband auf Landesebene organisiert sind. Dies ist weder praktikabel noch wirtschaftlich sinnvoll. Alternativ könnten sich mehrere Krankenkassen zusammenschließen und die Versorgung gemeinsam ausschreiben können. Eine GKV-weite Ausschreibung könnte

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor- schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
					dagegen regionale Herstellstrukturen konzentrieren und unterliegende Apotheken würden sich ggf. aus der Versorgung zurückziehen. Zudem können Herstellerkosten passgenauer abgebildet werden. Die Einschränkung auf onkologische Zubereitungen sollten entfallen und somit allen individuellen Zubereitungen zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung adressiert werden: „§129 Abs. 5 S.5 neu (in der mit dem AMVSG gestrichenen Fassung): „Die Versorgung mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten kann von der Krankenkasse durch Verträge mit Apotheken sichergestellt werden; dabei können Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers und die Preise und Preisspannen der Apotheken vereinbart werden. § 129 Abs. 5 S. 5 als Alternative, wenn nicht kassenindividuell, sondern GKV-einheitlich Ver-

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
					träge geschlossen werden sollen:: „ ⁴ Zur Sicherstellung der Versorgung mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patientinnen und Patienten können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge mit Apotheken der entsprechenden maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene schließen; dabei können Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers und die Preise und Preisspannen der Apotheken vereinbart werden. ⁵ Verträge nach Satz 4 müssen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich geschlossen werden; der Gesamtauftrag ist in 2 bis 3 Teillose aufzuteilen, welche dann weiter in arztstzbezogene Regionallose zu unterteilen sind.“
8	Artikel 1 Nummer 10a neu	§ 134 SGB V, Anlage 4 DiGAV	DiGA – Vergütungsabschläge	• Vergütungsabschläge für Digitale Gesundheitsanwendungen in Höhe der Quote der Nutzungsabbrüche in den ersten vier Wochen • Erhebung und Meldung der	Die Regelung ist nicht sachgerecht, weil der Ansatz nicht konsequent wirkt: Auch bei sehr früher Beendigung würden weiterhin 80 % der Vergütung gezahlt. Gleichzeitig entstehen neue Abgrenzungs- und Nachweispflichten, wann ein Abbruch vorliegt oder nur ein schneller Behandlungserfolg.

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
				Quote der Nutzungsabbrüche in den ersten vier Wochen im Rahmen der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung	Für Versicherte ergibt sich kein unmittelbarer Mehrwert . Die Regelung adressiert wieder weder die hohen Preise vieler DiGA noch die grundsätzliche Frage ihrer Wirtschaftlichkeit. Insgesamt droht zusätzliche Bürokratie bei überschaubarem finanziellem Effekt . Weiterhin wird eine hohe Manipulationsanfälligkeit durch Hersteller befürchtet. Die Maßnahme wirkt daher eher symbolisch als strukturell wirksam.
9	Artikel 1 Nummer 20a neu	§ 175 SGB V	Informations- und Vorlagepflicht bei einer Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes	• Verpflichtung der Krankenkassen zur schriftlichen • oder digitalen Information über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes. Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Informations-schreiben vorab der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis zu geben.	Die Einsparungen für die Krankenkassen dürften begrenzt ausfallen bzw. gegen 0 tendieren Die Änderung ist nicht sachgerecht und aus folgenden Gründen abzulehnen: Sie stellt keine Bürokratieentlastung dar. Stattdessen wird nur die durch das BStabG gestrichene Regelung wieder aufgenommen und um Onlineschreiben ergänzt. Die Regelung wird zudem dadurch verschärft, dass die Anschreiben der Aufsicht vor dem Versand mit ausreichender Prüfungszeit vorzulegen sind. Zudem könnte die Aufsichtsbehörde

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor- schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
					ein erneutes Schreiben fordern, wenn das versandte Hinweisschreiben nicht den Anforderungen entsprochen hat. Bürokratieentlastung kann nur durch unsere Forderung aus der Stellungnahme zum BStabG erreicht werden, indem man der Informationspflicht auf anderer geeigneter Weise über Mitglieder magazine, Internetprotale und Presse nachkommt. Die Inhalte des Schreibens können auch in dieser Form platziert werden. Das Anschreiben zur Zusatzbeitragssatzerhöhung in seiner aktuellen Form verursacht für die AOK-Gemeinschaft Kosten in zweistelliger Millionenhöhe, wenn alle AOKs gleichzeitig erhöhen würden.

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
10	Art. 1 Nr. 15a, 20a, 20b, 20c, 21a, 21b	§§ 115g, 275, 276, 278, 280, 283 SGB V	MD-Prüfungen bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV)	• Einbeziehung des MD Bund bei der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 • Gesetzliche Verankerung der Aufgabe der MD, die Einhaltung der an süV gestellten Qualitätsanforderungen zu prüfen Folgeänderung bzgl. Betretensrecht, Recht zur Einsichtnahme in Unterlagen und zur Datenverarbeitung der MD Folgeänderungen bzgl. der Berichtspflicht, der Umlagefinanzierung und der Datenbank des MD Bund	.. Zu MD-Prüfungen bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV): Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt. Sie schafft den Rechtsrahmen für die Prüfung und die daraus abzuleitenden Rechtsfolgen (Abschluss der Vergütungsvereinbarung, Leistungsgewährung bzw. -ablehnung). Der MD soll auch bei der Leistungsvereinbarung einbezogen werden.
	Art. 10a neu, Nr. 1 bis 2	§§ 6c, 7, 8, 9, 14, 18, 21 KHEntgG	Weiterentwicklung und Klarstellung des Vergütungsrahmens für süV	• Die Änderungen dienen der Weiterentwicklung und Klarstellung des Vergütungsrahmens für süV. Es erfolgen daher Anpassungen der gesetzlichen Vorgaben für die Vereinbarung von süV sowie deren Vergütung. • Zudem werden die Ergebnisse der Prüfungen der Medizinischen Dienste	2. Zur Weiterentwicklung und Klarstellung des Vergütungsrahmens für süV: Der gesetzliche Rahmen wird lediglich im Hinblick auf die Vergütungsvereinbarung nachgebessert. Die Vergütungsvereinbarung entspricht aktuell nicht dem geltenden Rechtsrahmen. Vereinbart wurden Pauschalen, vorgesehen sind Tagessätze. Eine Weiterentwicklungsperspektive findet sich nicht. Die Berücksichtigung der MD-Prüfergebnisse ist zu begrüßen. „Im Rahmen eines Austausches zwischen GKV SV, DKG und BMG wurde eine Klarstellung zur Leistungserbringung nach § 115b SGB V „Ambulantes Operieren am Krankenhaus“ angekündigt.
	Art. 10b neu Nr. 1, 2	§§ 6a, 28 KHG		• Die Änderungen dienen der Weiterentwicklung und Klarstellung des Vergütungsrahmens für süV. Es erfolgen daher Anpassungen der gesetzlichen Vorgaben für die Vereinbarung von süV sowie deren Vergütung. • Zudem werden die Ergebnisse der Prüfungen der Medizinischen Dienste	

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
				zur Erfüllung der Qualitäts-, Patientensicherheits- und Dokumentationsanforderungen durch sektoren-übergreifende Versorgungseinrichtungen zur Grundlage der Vereinbarung des Gesamtvolumens gemacht. • Ferner wird ein grundsätzliches Abrechnungsverbot für den Fall der Nichterfüllung der Anforderungen nach Prüfung durch den MD geregelt. • Folgeänderungen	Diese Änderung ist bisher nicht adressiert. Sektorenübergreifende Versorger (süV) nach § 115g SGB V werden keine Leistungsgruppen zugeteilt bekommen. Auch werden sie keine Fachabteilungen mehr ausweisen. Bisher war die Leistungserbringung nach § 115b SGB V an eine entsprechende Fachabteilung bzw. in Zukunft an die entsprechende Leistungsgruppe gebunden. Daher ist klarzustellen, dass diese Einrichtungen AOP Leistungen nach § 115b SGB V erbringen dürfen.“
11	Artikel 1 Nummer 2a neu	§ 31	Therapieversuch mit einem cannabis-haltigen Fertigarzneimittel	• Weiterentwicklung und Konkretisierung des Therapieversuchs mit cannabis-haltigen Fertigarzneimitteln im Rahmen des Anspruchs nach Absatz 6. Der Therapieversuch hat nur in der Indikation, für die das cannabis-haltige Fertigarzneimittel zugelassen ist, zu erfolgen. Die Dauer des Therapieversuchs wird in das Ermessen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	Regelung ist sachgerecht, weil nur allein ein In Lable Use die korrekte Anwendung des Arzneimittels darstellt. Eine generelle Ausdehnung auch auf den Off Label Use ist nicht begründbar, denn Studien liegen zu den dann genutzten Indikationen nicht vor. Damit besteht für zugelassene Fertigarzneimittel in nicht zugelassenen Indikationen kein Vorrangverhältnis und sind damit auch nicht bessergestellt als andere Rezepturen oder Fertigarzneimittel.

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor- schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
				gestellt.	Des Weiteren ist es auch sachgerecht, Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit zu geben, alternative Therapieoptionen im Rahmen des §31 Abs. 6 SGB V zu bewerten und anzuwenden, wenn ein Fertigarzneimittel nicht im In-Label-Use zur Verfügung steht, sowie die Streichung eines 6 monatigen Zeitraumes zur Anwendung eines Fertigarzneimittels. Zusätzlich ist eine Konkretisierung noch um folgenden Teilaspekt wichtig, damit der G-BA zukünftig auch bewerten kann, welche Produkte sachgerecht in ihrer Evidenz und Anwendung, teils auch ohne Zulassung, sind: <i>§31 Abs 6 letzter Satz SGB V,, Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere zur Leistungsgewährung und Leistungsumfang sowie zu einzelnen Facharztgruppen, bei denen der Genehmigungsvorbehalt nach Satz 3 entfällt, und zu deren erforderlichen ärztlichen Qualifikationen in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.</i> Finanzielle Auswirkungen: erhebliche Mehrbelastungen durch die Verwendung eines neuen teuren Arzneimittels, welches sonst exklusiven Marktstatus hätte wird durch den In-Label und

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
					Off-Label Use umgangen. Daher gehen wir davon aus, dass es sich um eine moderate Kostensteigerung handeln wird, durch den Einsatz von neu zugelassenen Fertigarzneimitteln aus cannabinoiden Stoffen im In-Label Use.
12			Anpassungen des GKV-Beitragssatz-stabilisierungs-gesetzes	Enthalten sind Anpassungen aus der Schlussredaktion des Synopsenentwurfs zum GKV-BStabG, die in der Ausschussdruck-sache nicht berücksichtigt wurden (umfangreiche redaktionelle Anpassungen, insbesondere aus der Rechtsprüfung des BMJV, und einzelne Korrekturen von Inhalten und Inkrafttretensregelungen)	<i>siehe folgende Einzelbewertungen</i>
	Art 1 a) § 6			Die Regelungen zu den Jahresarbeitsentgeltgrenzen werden komplett neu gefasst und in eine Gesetzesnorm mit Stand vor dem 01.01.2027 und eine Gesetzesnorm mit Stand ab dem 01.01.2027 getrennt.	Die Regelung ist sachgerecht, da inhaltlich keine Änderungen erfolgen.

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
	d) § 111, 111c			Redaktionelle Anpassungen der Berechnungslogik.	Die Regelung ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt, weil die Anpassung über rein redaktionelle Änderungen hinausgeht. So beschränkt die Anpassung auf Kalenderjahresbezug durch Neufassung die bisherige Verhandlungsstruktur. Zudem verringert die redaktionelle Anpassung den Fokus auf den reinen Personalkostenbezug, welcher der Ausnahmeregelungen unterliegt.
	e) 18a. 130a			Änderung der Überschrift Abs 1d Gebühren beim BfArM für einen Antrag auf Befreiung vom Herstellerabschlag nach §130b Abs 1b in Höhe von 8,5% c) Streichung eines Verweises zur Prüfung nach Abs. 4 d) Ergänzung der Anwendung des Abs. 4 auch auf Regelungen der vorherigen Absätze 3e und 3f. e) neuer Absatz 9: Verweis wird gegen die tatsächlichen Absätze getauscht	Änderung der Überschrift ist sachgerecht Die Einführung von Bearbeitungsgebühren zur Beurteilung ob eine Befreiung vom Herstellerabschlag nach 1b vorliegt, ist sachgerecht 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 Krankenversicherungssys-

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor- schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
					teme bezieht sich nämlich allein auf Arzneimittel und gerade nicht auf Verbandmittel oder Sonstige Produkte zur Wundbehandlung.
					e) redaktionelle Anpassung, daher unkritisch.
	e) 18b. 130b			aa) Klarstellung, dass Schiedsstelle eine Preis-Mengen-Regelung vereinbaren kann bb) Erstattungsbetrag wird bereits nach 3 Jahren angepasst cc) redaktionelle Umstellung der Sätze 9 und 10 zur besseren Verständlichkeit.	Die drei dargestellten Änderungen sind sachgerecht. aa) Klarstellung, dass die Kompetenz der Schiedsstelle sich auf Preis-Mengen Regelungen bezieht ist aus unserer Sicht sachgerecht. bb) Die Verkürzung auf drei Jahre ist sachgerecht, denn da ist bereits ein Markt gesetzt und neue Komponente fließen somit die Erstattungsbetragsverhandlung mit ein.
	f) 137e 137h 137i			137e: Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass die Kostentragung für solche Erprobungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag eines Medizinprodukteherstellers oder sonstigen Anbieters einer neuen Methode beschließt, von der in § 137e Absatz 5 Satz 1	cc) Änderung ist sachgerecht §§ 137e, 137h: Die redaktionellen Änderungen sind klarstellenden Charakters und sachgerecht. Die Änderung zu § 137i SGB V ist sachgerecht, wegen Klarstellung der Schiedsstellenfähigkeit und Behebung eines redaktionellen Fehlers.

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor- schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
				und 2 geregelten Systematik abweicht.	
				137h: im Wesentlichen um redaktionelle Anpassungen	
				137i: eine Klarstellung und Konkretisierung zu der bereits mit dem Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung getroffenen Anpassung des § 137i Absatz 5. Die Überprüfung und Anpassung der Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 Satz 10 über Sanktionen nach §137i Absatz 4b und 5 (PpUG-Sanktions-Vereinbarung) zum Zwecke einer stringenteren Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen hat danach durch die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 137i Absatz 1 Satz 1 bis zum einsetzen ... [Datum zwei Monate nach der Verkündung die-	

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor- schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
				ses Gesetzes] zu erfolgen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass der Schiedsstellenmechanismus nach § 137i Absatz 1 Satz 11 greift, wenn eine Einigung nach § 137i Absatz 5 Satz 7 nicht zustande kommen sollte. In der PpUG-Sanktionsvereinbarung ist sicherzustellen, dass die neue Vereinbarung ab dem Zeitpunkt des Ablaufs der o.g. Frist Wirkung entfaltet.	
	g) §223			Die Regelung zur Beitragsbemessungsgrenze wird komplett neu gefasst und in Gesetzesnormen mit Ständen vor dem 01.01.2027 und eine Gesetzesnorm mit Stand ab dem 01.01.2027 getrennt.	20a § 223: Die Regelung ist sachgerecht, da inhaltlich keine Änderungen erfolgen.
	232a § 234			@232a : redaktionelle Änd @ 234: Zu Rechtsförmliche Korrektur des Änderungsfehls im GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz.	20b § 232a: Die Regelung ist sachgerecht, da lediglich eine redaktionelle Änderung erfolgt.

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor-schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
	Art. 1a Nr.1 i.V. m. Art. 1b Nr.2	§ 33	Zuzahlungs- obergrenze für Verbrauchs- hilfsmittel	Die monatliche Zuzahlungs- obergrenze für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel wurde mit dem BStabG auf 15 € an- gehoben. Das Inkrafttreten wird analog den anderen Zu- zahlungserhöhungen auf den 01.01.2027 verschoben	Die Regelung ist sachgerecht. Die Irritation, dass diese Regelung anders als die anderen Zu- zahlungsregelungen bereits ab sofort im Jahr 2026 gilt, wird aufgelöst.
	Art. 1a Nr. 3	§ 223	Beitragsbe- messungs- grenze	Die Regelung zur Beitragsbe- messungsgrenze wird kom- plett neu gefasst und in Ge- setzesnormen mit Ständen vor dem 01.01.2027 und eine Ge- setzesnorm mit Stand ab dem 01.01.2027 getrennt.	Die Regelung ist sachgerecht, da inhaltlich keine Änderungen erfolgen.
	Art, 1b Nr. 1	§ 6	Jahresar- beitsentgelt- grenzen	Die Regelungen zu den Jahres- arbeitsentgeltgrenzen werden komplett neu gefasst und in eine Gesetzesnorm mit Stand vor dem 01.01.2027 und eine Gesetzesnorm mit Stand ab dem 01.01.2027 getrennt.	Die Regelung ist sachgerecht, da inhaltlich keine Änderungen erfolgen.
	Art. 1b Nr. 4	§ 87a	Korrektur Rückbereini- gung Offene Sprechstunde (OSS)	Die Rückbereinigung der offe- nen Sprechstunde wird auf die	Die Regelung ist grundsätzlich sachgerecht. Al- lerdings sind damit geschätzte Mehrkosten für die GKV in Höhe von ca. 490 Mio. EUR verbun- den. Es ist unklar, ob und inwieweit diese bei

ÄÄ Nr.	ART/ NR	Vor- schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
				Jahre 2019 bis 2026 aus- eitet. Bisher war nur der Zeit- raum 2023-2025 vorgesehen.	der Frage der Kostenschätzung mit Blick auf die Stabilisierung der Beitragssätze vollständig be- rücksichtigt wurden. Ist das nicht der Fall, braucht es entsprechende Gegenfinanzierun- gen.
	Art. 1b Nr. 6	§ 223	Beitragsbe- messungs- grenze	Die Regelung zur Beitragsbe- messungsgrenze wird kom- plett neu gefasst und in Ge- setzesnormen mit Ständen vor dem 01.01.2027 und eine Ge- setzesnorm mit Stand ab dem 01.01.2027 getrennt.	Die Regelung ist sachgerecht, da inhaltlich keine Änderungen erfolgen.
	NUM- MER 2 ART 2a	§§ 44 / 44c	teilweises Krankengeld / Teilarbeitsun- fähigkeit	Die Regelungen des § 44 Abs 1a SGB V wurden um Satz 3 er- weitert (Ausschluss einer zeit- gleichen AU und teilAU) Die inhaltlichen Anpassungen im § 44c SGB V sind redaktio- nell. Verschiebung des Inkrafttre- tens von allen Rechtsgrundla- gen zur Teil-AU und zum Teil- Krankengeld auf den 01.07. 28.	Die Regelungen beheben einen Rechtsfehler und sind sachgerecht. Das einheitliche Inkraft- treten der Regelungen zur Teilarbeitsunfähig- keit auf den 01.07.2028 wird befürwortet.
	Art. 10a Nr. 2	Art. 8 Abs 2 bis 4 des BStAG	Inkrafttreten	Das Inkrafttreten des § 10 Abs. 6 SGB V wird auf den 01.01.2027 vorgezogen.	Regelung ist sachgerecht sowie zwingend er- forderlich, da somit die Prüfung der Ausnahme- tatbestände für den Beitragszuschlag für fami- lienversicherte Eheleute für die Bestandsfälle

ÄA Nr.	ART/ NR	Vor- schrift	Stichwort	Beschreibung	Bewertung AOK-BV
					rechtzeitig zum 01.01.2028 erfolgen kann. Nur mit dieser Anpassung darf der entsprechende Fragebogen bereits in 2027 an die Versicherten versendet werden.
	Art 10e+f Nr. 1	§ 32 SGB XII	Übernahme des Beitrags- zuschlags als sozialhilfe- rechtlicher Be- darf	Der Beitragszuschlag für Ehegatten wird zum 01.01.2028 eingeführt. Die Begleitregelung hierzu ist § 32 Abs. 3a SGB XII, wonach bei Sozialhilfebeziehern dieser Zuschlag vom Hilfeträger für freiwillige Mitglieder zu zahlen ist. Um einen zeitlichen Gleichlauf zu erreichen, wird die aktuell bestehende wortgleiche Regelung zunächst gestrichen und zum 01.01.2028 wieder eingeführt.	Die Übernahme des Beitragszuschlags für Ehegatten durch die Sozialhilfeträger ist zwingend herzustellen, weshalb die Regelung notwendig ist. Der gewollte zeitliche Gleichlauf mit der Einführung des Beitragszuschlags zum 01.01.2028 ist insoweit sachgerecht.
	Art 10e+f Nr. 2 Buch- sta- ben a und b	§ 128 SGB XII	Bestimmung des Beitrags- zuschlags als Anteil am Be- darf	Aufnahme des Beitragszuschlags für Ehegatten als Bestandteil des sozialhilferechtlichen Bedarfs. Auch hier soll lediglich ein zeitlicher Gleichlauf erreicht werden.	Auch hier lediglich eine zeitliche Gleichstellung ohne inhaltliche Auswirkungen, die als sachgerecht bezeichnet werden kann.