



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Notfallversorgung
Änderungsanträge -
Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabi-
lisierungsgesetz**

vom 05.10.2026

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de
www.ikkev.de

Inhaltsverzeichnis

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung.....	5
ÄA Nr. 1 - § 87d (neu) SGB V – Artikel 1a neu Umsetzung der EntschlieÙung zur Psychotherapie.....	5
ÄA Nr. 2 - § 73b Absatz 5 Satz 3 bis 6 SGB V – Artikel 1 Streichung des Fixkostendegressionsabschlags in der HzV und bei Haus- und Kinderärzten	5
ÄA Nr. 3 - § 275c SGB V – Artikel 1a neu KH Einführung einer Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser mit geringen Auffälligkeiten in der Krankenhausabrechnung 6	
ÄA Nr. 4 - § 8 KHEntgG, § 38 KHG, § 8 BPflV – Artikel 9a – c neu KH - Einführung eines Rechnungszuschlags ab 2027 für nicht-universitäre somatische sowie psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und eines gesonderten Zuschlages für Universitätskliniken.....	6
ÄA Nr. 5 - §§ 126, 127 SGB V – Artikel 1 Hilfsmittel Ermöglichung von Ausschreibungen Umsetzung des drei-prozentigen Preisabschlags auf Hilfsmittel in 2027 und 2028.....	7
ÄA Nr. 6 - § 4 SGB V – Artikel 1 Zusätzliche Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen.....	7
ÄA Nr. 8 - § 134 SGB V, Anlage 3 DiGAV – Artikel 1 DiGA Vergütungsabschläge.....	8
ÄA Nr. 9 - § 175 SGB V – Artikel 1 Informations- und Vorlagepflicht bei Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes.....	10

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Innungskrankenkassen sehen in dem vorliegenden Entwurf der Folgeregelungen zum GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) eine Abkehr von dem im Sommer 2026 gerade erst beschlossenen Grundsatz der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Teilweise noch gar nicht wirksam gewordene Regelungen sollen schon wieder durch Ausnahmen oder finanzielle Nachschüsse abgeschwächt, wenn nicht gar rückgängig gemacht werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung steht aber weiterhin vor erheblichen finanziellen Herausforderungen. Denn das BStabG wirkt nur kurzfristig (Stichwort Notbremse), langfristige Maßnahmen in Form von Strukturreformen stehen weiterhin aus.

Um die Finanzierungsgrundlagen der GKV zukunftssicher aufzustellen und die Beitragsätze ab dem Jahr 2027 dauerhaft zu stabilisieren, hat die vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte FinanzKommission Gesundheit (FKG) am 30. März 2026 umfassende Empfehlungen vorgelegt. Diese sind geeignet, das hohe Ausgabenwachstum zu senken, ohne die Versorgungsqualität einzuschränken, und die vorhandenen Mittel effizienter einzusetzen.

Von den ursprünglich von der FKG vorgeschlagenen 42,3 Mrd. Euro Einsparvolumen wurden mit dem GKV-BStabG Schätzungen zufolge weniger als 19 Mrd. Euro umgesetzt. Damit ist der Gesetzgeber bereits an die äußerste Grenze des Spielraums gegangen, der nötig ist, um das geschätzte Defizit für 2027 zu decken und den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz stabil zu halten. Mit den vorliegenden Änderungsanträgen verschiebt sich dieses austarierte Gleichgewicht nun zugunsten einzelner Leistungsbereiche. Besonders deutlich wird dies im stationären Bereich, wo mit weiteren 550 Mio. Euro bestehende Strukturen eher zementiert als verändert werden.

Mit den Änderungsanträgen zur Notfallreform sollen nun die Entschließungsanträge aus der Verabschiedung des GKV-BStabG umgesetzt werden. Dazu zählen die vereinbarte erneute Finanzspritze für Krankenhäuser sowie finanzielle Erleichterungen für Kinder- und Hausärztinnen und -ärzte sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Jede einzelne Maßnahme mag für sich genommen begründbar sein. In der Summe aber wird die gerade erst beschlossene Kostenbremse nach und nach wieder gelöst. Wer Gesundheitsausgaben wirklich begrenzen will, muss auch bereit sein, an einmal beschlossenen Regeln festzuhalten. Andernfalls schrumpft das kalkulierte Einsparvolumen und die Finanzierungsprobleme bleiben oder wachsen sogar weiter.

Außerdem droht durch eine geplante Änderung beim Herstellerabschlag, dass Standortpolitik für Pharmaunternehmen künftig aus Beitragsgeldern finanziert wird. Der GKV-Spit-

zenverband beziffert diese Summe auf bis zu 1,3 Mrd. Euro. Dies ist aus unserer Sicht erneut ein Verstoß gegen den verfassungsrechtlichen Grundsatz, dass Beitragsgelder nicht zur Finanzierung von gesamtstaatlichen Aufgaben herangezogen werden dürfen.

Bei aller Kritik: Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass die Änderungsanträge das Thema der Ausschreibungen von Hilfsmitteln wieder aufgreifen. Dies ist eine seit langem bestehende Forderung der Gesetzlichen Krankenkassen, um wieder über Steuerungsmöglichkeiten zu verfügen.

Ebenso positiv ist, dass mit den geplanten gesetzlichen Regelungen Instrumente geschaffen werden sollen, um Therapieabbrüche bei der Nutzung von DiGAs zu berücksichtigen. Ziel ist es, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sicherzustellen, die Vergütung stärker am tatsächlichen Nutzen auszurichten und zugleich Qualitätsanreize für Hersteller zu setzen. Das vorgeschlagene Verfahren ist jedoch nicht zielgenau und zudem bürokratisch sehr aufwendig. Die Innungskrankenkassen schlagen daher einen alternativen Ansatz vor.

Insgesamt bewerten die Innungskrankenkassen auch den Wegfall der Hybrid-DRG ab 2028 als positiven und begrüßenswerten Schritt des Gesetzgebers. Das Hybrid-DRG-System ist gescheitert, weil es nicht zu einer Verlagerung von Krankenhaus-Behandlungen in den ambulanten Bereich, sondern lediglich zu einem starken Anstieg der Fallzahlen und zu stark gestiegenen Ausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen geführt hat. Die ebenso vorgenommene Begrenzung der Hybrid-DRG Vergütung bei Leistung ohne Übernachtung für das Kalenderjahr 2027 auf Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung ist dazu folgerichtig.

Die neu eingeführten Regelungen zu MD-Prüfungen bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV) werden von den Innungskrankenkassen befürwortet, da auch diese die Strukturvoraussetzungen erfüllen müssen.

Kommentierung

ÄA Nr. 1 - § 87d (neu) SGB V – Artikel 1a neu **Umsetzung der Entschließung zur Psychotherapie**

Vor dem Hintergrund der weiterhin angespannten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung wird an den beschlossenen Grundentscheidungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (BStabG) festgehalten. Mit dem BStabG wird die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen wieder stärker in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einbezogen, um die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu stabilisieren. Die mit dem Änderungsantrag nun vorgesehene erneute Ausweitung extrabudgetärer Vergütungsbereiche würde wesentliche Einsparungen wieder aufheben. Zusätzliche extrabudgetäre Vergütungsansprüche sind derzeit finanziell nicht geboten.

ÄA Nr. 2 - § 73b Absatz 5 Satz 3 bis 6 SGB V – Artikel 1 **Streichung des Fixkostendegressionsabschlags in der HzV und bei Haus- und Kinderärzten**

Die Fixkostendegression wurde mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingeführt, weil ihr die nachvollziehbare Annahme zugrunde liegt, dass bei steigenden Fallzahlen die Kosten einer Praxis nicht im gleichen Maße anwachsen. Insbesondere bereits vorhandene Praxisstrukturen wie Räumlichkeiten, medizinisch-technische Ausstattung, IT-Systeme und Verwaltungsprozesse verursachen überwiegend Fixkosten. Werden zusätzliche Patientinnen und Patienten versorgt, verteilen sich diese Fixkosten auf eine größere Leistungsmenge, sodass Kostendegressionseffekte entstehen.

Zu beachten ist aber auch, dass derzeit über die Einführung eines Primärversorgungssystems diskutiert, das ausdrücklich auf eine stärkere Bündelung von Patientinnen und Patienten in hausärztlichen Strukturen abzielt. Hieraus ergibt sich allerdings ein Zielkonflikt: Während die Fixkostendegression zusätzliche Fallzahlen nicht honoriert, sondern deren Vergütung begrenzt, setzt die Primärversorgungsreform gerade voraus, dass Hausarztpraxen mehr Patientinnen und Patienten übernehmen und versorgen. Die Frage, ob die Fixkostendegression unter den Rahmenbedingungen eines Primärversorgungssystems weiterhin sachgerecht ist, lässt sich daher erst beantworten, wenn die konkrete Ausgestaltung dieses Systems feststeht.

Vor diesem Hintergrund erscheint die zum jetzigen Zeitpunkt vorgesehene Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlags nicht sachgerecht. Zunächst sollten die Rahmenbedingungen und Vergütungsmechanismen eines künftigen Primärversorgungssystems konkretisiert werden. Erst auf dieser Grundlage kann belastbar bewertet werden, ob der Fixkostendegressionsabschlag weiterhin erforderlich ist oder angepasst werden sollte.

ÄA Nr. 3 - § 275c SGB V – Artikel 1a neu

KH Einführung einer Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser mit geringen Auffälligkeiten in der Krankenhausabrechnung

Die Innungskrankenkassen lehnen die Einführung einer weiteren Prüfquotenklasse ab, da dieser Vorschlag diametral zum Vorschlag der FKG steht. Hier wird nicht Bürokratie reduziert, sondern ein weiterer bürokratischer Aufwand verursacht. Fraglich ist darüber hinaus auch, ob dieses zu einer Verbesserung der Güte der Abrechnung führt.

ÄA Nr. 4 - § 8 KHEntgG, § 38 KHG, § 8 BPflV – Artikel 9a – c neu

KH - Einführung eines Rechnungszuschlags ab 2027 für nicht-universitäre somatische sowie psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und eines gesonderten Zuschlages für Universitätskliniken

Die Gewährung zusätzlicher Finanzmittel im Umfang von 550 Mio. Euro jährlich geht auf eine politische Zusage der Bundesregierung im Rahmen der Protokollerklärung zum GKV-BStabG zurück. Hierbei muss aber nach Auffassung der Innungskrankenkassen die konkrete gesetzliche Ausgestaltung im Sinne einer zielgerichteten Mittelverwendung und der Beitragszahler nachgesteuert werden. Die Innungskrankenkassen lehnen eine pauschale Finanzierung an Krankenhäuser ab, da diese den Transformationprozess einschränkt.

Obwohl die Mittel der wirtschaftlichen Konsolidierung der Krankenhäuser dienen sollen, erfolgt die Finanzierung aus GKV-Beitragsgeldern. Da es sich um eine versorgungs- und strukturpolitische Hilfestellung handelt, müssten diese Mittel sachgerecht aus dem allgemeinen Steuerhaushalt bereitgestellt werden, um die Lohnnebenkosten nicht weiter zu belasten.

Fehlsteuerung durch das Gießkannenprinzip: Die pauschale Verteilung von 450 Mio. Euro über einen festen Rechnungszuschlag von 27,30 Euro je Behandlungsfall belohnt rein die Menge der abgerechneten Fälle. Dadurch fließen Mittel bevorzugt an große Zentren mit hohen Fallzahlen. Zudem setzt die Koppelung an den einzelnen stationären Fall erneut Fehlanreize gegen die gesetzlich gewollte Ambulantisierung.

Fehlende Bindung an Strukturanpassungen (Strukturkonservierung): Die Mittel fließen unkonditioniert, ohne an konkrete Gegenleistungen wie Qualitätskriterien, die Mitwirkung an der Krankenhausreform oder den geordneten Abbau von Überkapazitäten gebunden zu sein. Dies birgt das Risiko, dass ineffiziente Strukturen pauschal zementiert werden.

ÄA Nr. 5 - §§ 126, 127 SGB V – Artikel 1

Hilfsmittel Ermöglichung von Ausschreibungen Umsetzung des drei-prozentigen Preisabschlags auf Hilfsmittel in 2027 und 2028

Der Änderungsantrag wird aus Sicht der Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt.

1. Wiedereinführung von Ausschreibungen

Die Wiedereinführung von Ausschreibungen entspricht einer seit längerem bestehenden Forderung des IKK-Systems. Ausschreibungen können ein wesentliches Instrument zur wirtschaftlichen Steuerung der Hilfsmittelversorgung darstellen. Dies gilt insbesondere für standardisierte Produktbereiche mit einem vergleichsweise geringen Dienstleistungs- und Beratungsanteil, bei denen ein Preiswettbewerb sinnvoll ausgestaltet werden kann. Hierzu können beispielsweise aufsaugende Inkontinenzhilfen oder bestimmte Produkte im Bereich der TENS-Versorgung gehören.

Gerade in solchen Produktbereichen können Ausschreibungen dazu beitragen, vorhandene Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen. Gleichzeitig muss gewährleistet bleiben, dass der Preiswettbewerb nicht zulasten der Versorgungsqualität geht. Aus Sicht des IKK-Systems sollte deshalb die Wiedereinführung von Ausschreibungen mit verbindlichen Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Versorgung verbunden werden.

2. Umsetzung des dreiprozentigen Preisabschlags

Die geplante technische Umsetzung des dreiprozentigen Abschlags wird begrüßt. Der vorgesehene Ansatz, den Abschlag nicht durch die Leistungserbringer ausweisen zu lassen, sondern ihn durch die Krankenkassen vorzunehmen, stellt aus Sicht des IKK-Systems eine praktikable Lösung dar.

Bei der Umsetzung müssen die Anforderungen beispielsweise aus der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung (SVRV) oder zum Morbi-RSA beachtet werden.

Ebenfalls ausdrücklich begrüßt wird die Klarstellung, dass der Abschlag auch für Pflegehilfsmittel der SPV sowie für doppelfunktionale Hilfsmittel gilt, die anteilig von GKV und SPV finanziert werden. Gerade bei doppelfunktionalen Hilfsmitteln würde eine unterschiedliche Behandlung der jeweiligen Finanzierungsanteile die technische Umsetzung erheblich erschweren. Die vorgesehene einheitliche Einbeziehung vermeidet zusätzliche Differenzierungs- und Abgrenzungserfordernisse.

ÄA Nr. 6 - § 4 SGB V – Artikel 1

Zusätzliche Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen

Aus Sicht der Innungskrankenkassen erscheint es angemessen, dass im Rahmen des Sparpaketes auch die GKV ihren Beitrag zur finanziellen Stabilisierung leistet. Bereits in der Vergangenheit haben die Krankenkassen erhebliche Beiträge zur Kosteneindämmung

geleistet. Hier sei insbesondere an das Abschmelzen der Finanzreserven, aber auch an die in der Vergangenheit bereits erfolgte Deckelung der Verwaltungskosten erinnert.

Vor diesem Hintergrund ist es geboten, zumindest bei der jetzt erneut vorgesehenen zusätzlichen Verwaltungskostendeckelung um einen weiteren Prozentpunkt für folgende Bereiche Ausnahmetatbestände einzuräumen:

- Digitalisierung (gematik und IT insbesondere KRITIS) und
- Kosten im Zusammenhang mit freiwilligen Kassenvereinigungen (§ 155 SGB V)

Die Digitalisierung ist eine zentrale Voraussetzung für eine moderne, effiziente und zukunftssichere Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die digitale Transformation im Gesundheitswesen wird unter dem Dach der Digitalisierungsstrategie u.a. durch verschiedene Gesetze vorangetrieben, zuletzt mit dem Digitalgesetz (DigiG) und dem Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (GDNG) und dem Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG). Diese Gesetze verlangen von den Krankenkassen entsprechende Investitionen, die ebenso unter die Verwaltungskosten fallen. Eine Beschränkung würde diesem Ziel zuwiderlaufen.

Freiwillige Kassenvereinigungen durch eine Fusion zweier Körperschaften sind ein komplexer Prozess. Bevor dabei Effizienzpotentiale gehoben werden können, sind Investitionen notwendig, die sich erst im Laufe der Zeit wirtschaftlich auswirken. Deshalb sollten die Beschränkungen für die Verwaltungskosten nicht für Kosten im Zusammenhang mit Fusionen gelten. Diese Ausnahme im Zuge einer freiwilligen Kassenvereinigung sollte im Zeitraum eines Jahres vor bzw. in den zwei Jahren nach der Fusion gelten. (vgl. StN IKK e.V. Ref.Entwurf GKV-BStabG vom 19.04.2026)

Zum anderen ist die Bemessung der Verwaltungskosten nicht anhand der Versichertenanzahl, sondern anhand des Budgets zu bemessen.

[ÄA Nr. 8 - § 134 SGB V, Anlage 3 DiGAV – Artikel 1](#) [DiGA Vergütungsabschlüsse](#)

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass mit den geplanten gesetzlichen Regelungen Instrumente geschaffen werden sollen, mit denen Therapieabbrüche innerhalb der ersten vier Wochen erkannt und berücksichtigt werden können. Ziel ist es, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sicherzustellen, die Vergütung stärker am tatsächlichen Nutzen auszurichten und zugleich Qualitätsanreize für Hersteller zu setzen.

Nach dem derzeitigen Prozess löst die bzw. der Versicherte den vorliegenden Rezeptcode beim Hersteller ein; damit sind unmittelbar die Voraussetzungen für die Rechnungslegung erfüllt. Unerheblich ist dabei, ob die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) nur einen Tag oder über den vollen Leistungszeitraum von regelhaft 90 Tagen genutzt wird. Die Rechnungslegung erfolgt gegenwärtig nahezu zeitgleich mit der Einlösung des Rezeptcodes.

Es ist positiv, dass in den Änderungsanträgen dieses Problem angegangen wird. Die vorgesehenen Änderungen in § 134 SGB V sowie in Anlage 3 der DiGAV führen aber zu erheblichen Problemen bei der praktischen Umsetzung. Insbesondere die eindeutige Nachweisbarkeit von Therapieabbrüchen erscheint problematisch, da die vorgesehene anwendungsbegleitende Erfolgsmessung bislang nicht etabliert ist und aus Sicht der GKV nur eingeschränkt praxistauglich ist. Zudem liegen gegenwärtig keine validen Daten darüber vor, in welchem Umfang Therapieabbrüche in den ersten vier Wochen der DiGA-Nutzung tatsächlich auftreten.

Zur Umsetzung der geplanten Änderung wären Rückrechnungen und Korrekturverfahren erforderlich. Dies würde zusätzliche administrative und bürokratische Aufwände verursachen und bestehende Belastungen weiter erhöhen.

Ein deutlich einfacherer und zugleich praxis- und nutzenorientierter Ansatz wäre die Einführung eines kostenfreien Testzeitraums von beispielsweise 14 Tagen. Dadurch könnten DiGA-Nutzende vor Beginn der regulären Versorgung prüfen, ob die jeweilige Anwendung ihren individuellen Anforderungen entspricht und sich sinnvoll in den persönlichen Versorgungsalltag integrieren lässt.

Vor dem Hintergrund des notwendigen Bürokratieabbaus sowie der angespannten Finanzlage der GKV sollte zudem eine grundlegende Überprüfung des Fast-Track-Verfahrens erfolgen. Darüber hinaus könnte die Abschaffung der Preisfreiheit im ersten Jahr nach der Listung zu spürbaren Kosteneinsparungen beitragen und Fehlanreize reduzieren. Ferner sollte geprüft werden, ob für DiGA grundsätzlich eine Zuzahlung vorgesehen werden kann, um eine Gleichbehandlung mit anderen Leistungen der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V sicherzustellen.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen sollten zudem die Vorschläge aus dem ersten Bericht der FKG zum Bereich DiGA vollumfänglich umgesetzt werden. Auf diese Weise lassen sich kleinteilige Einzelmaßnahmen, die später möglicherweise keine positive Wirkung entfalten, vermeiden und unnötige Aufwände verhindern.

ÄA Nr. 9 - § 175 SGB V – Artikel 1

Informations- und Vorlagepflicht bei Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags-
satzes

Die bisherige Informationspflicht stand in § 175 Abs. 4 SGB V (Sätze 7 und 8 a. F.). Die Kasse musste ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor der Erhöhung in einem gesonderten Schreiben informieren. Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz hat diese Sätze gestrichen. § 242 Abs. 5 SGB V.

Es ist zu begrüßen, dass die Information auch digital erfolgen kann. Bereits in der IKK e.V. Stellungnahme an die FKG, hatten die Innungskrankenkassen darauf hingewiesen, dass im Sinne der Digitalisierung die Information an Versicherte nicht mehr schriftlich per Brief, sondern per E-Mail zu ermöglichen wäre. Dies kann durch eine einfache Änderung des § 175 Absatz 4 SGB geregelt werden.

Der Hinweis auf die aufsichtliche Abstimmung erscheint übertrieben und von Misstrauen geprägt. Die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts sind per se an Recht und Gesetz gebunden.