



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur
Stabilisierung der Beitragssätze in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**

vom 18.06.2026

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

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	4
Kommentierung	12
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	12
§ 4a SGB V (Wettbewerb der Krankenkassen)	12
§ 27b SGB V (Zweitmeinung).....	14
§ 31 Absatz 1a SGB V (Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung)	15
§ 36 SGB V (Festbeträge für Hilfsmittel)	17
§ 44 Absatz 4 SGB V (Krankengeld)	18
§ 44c und § 44d SGB V (Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld).....	20
§ 87 Absatz 1 Satz 13 und 14 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungs- maßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte).....	22
§ 87 Absatz 1 Satz 25 und 26 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)	22
§ 125 Absatz 3 SGB V (Verträge zur Heilmittelversorgung)	23
§ 127 SGB V (Hilfsmittelverträge)	24
§ 130a Absatz 1b SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer).....	26
§ 130a Absatz 2 SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer).....	29
§ 130a Absatz 3e SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer).....	30
§ 130e (alt) und § 429 (neu) SGB V (Abschaffung des Kombinationsabschlags).....	31
§ 130e (neu) SGB V (Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung)	32
§ 275c Absatz 2 SGB V (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)	35
Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 3 Buchstabe a) u. b) ...	37
§ 6a Absatz 2 und Absatz 2a (neu) KHEntgG (Vereinbarung eines Pflegebudgets)	37
§ 9 Absatz 1 Nr. 3 KHEntgG (Vereinbarung auf Bundesebene)	40
§ 17b Absatz 2a (neu) KHEntgG (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser)	41
Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)	42
§ 3 Absatz 3 Satz 8 bis 10 BPflV (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)	42

§ 4 BPfIV (Leistungsbezogener Vergleich)	43
Ergänzender Änderungsbedarf	44
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	44
§ 87 Absatz 2a SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)	44
§ 87 Absatz 2a SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)	45
§§ 137c, 137e Absatz 1 SGB V, § 6 Absatz 2 KHEntgG (Umgang mit NUBs im Krankenhaus).....	46
§ 275c Absatz 6 Nr. 3 SGB V (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Kranken- hausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)	47
Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	48
§ 37 KHG (Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusam- menhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets)	48
§ 39 KHG (Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin)	50

Grundsätzliche Anmerkungen

Der vorgelegte Gesetzentwurf für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) zielt darauf ab, die dringend notwendige Stabilisierung der GKV-Finanzen sicherzustellen. Er soll damit die „Notbremse“ sein, um die Beitragssätze nicht weiter steigen zu lassen sowie Raum und Zeit für die weiterhin erforderlichen Strukturreformen gerade im sektorenübergreifenden Raum zu gewinnen.

I. Ursprünglich zielführende Grundausrichtung

Die FinanzKommission Gesundheit (FKG) hat mit ihren Empfehlungen eine argumentativ überzeugende „Blaupause“ für den Entwurf vorgelegt. Dabei hat sie insbesondere auf ein gerechtes Austarieren der Belastungen Wert gelegt sowie ihre Arbeit in einen verfassungsrechtlichen Rahmen eingebettet, der sowohl staatliche Schutzpflichten markiert als auch ethische Orientierung für den Umgang mit Zielkonflikten unter Bedingungen begrenzter Ressourcen bietet.

Dass von den 66 Empfehlungen eine Mehrheit im Gesetzentwurf übernommen worden ist, ist insofern positiv und wird seitens der Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Zielführend ist vor allem das ausdrückliche Bekenntnis zur Rückkehr zu der seit langem geforderten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, um dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität wieder Gewicht zu geben.

Wichtig ist auch an dieser Stelle festzuhalten, dass die die medizinische Versorgung betreffenden Maßnahmen nicht zu einer schlechteren, sondern gemäß Analyse der FKG in wesentlichen Punkten sogar zu einer besseren Versorgung führen können.

II. Verschiebung hin zu einer ernsthaften Schieflage

Keinesfalls zielführend ist dagegen die auf den letzten Metern auf Druck des Bundesfinanzministeriums erfolgte Reduzierung der Bundesbeteiligung für die versicherungsfremden Leistungen nach § 221 SGB V. Die seit Jahren bestehende systematische Unterfinanzierung begegnet überdies – wie die Innungskrankenkassen bereits bei ihrer Pressekonferenz 2024 dargelegt haben – erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken, da Sozialversicherungsbeiträge streng zweckgebunden sind. Durch die geplante Kürzung der Bundesbeteiligung in Höhe von zwei Milliarden Euro muss künftig ein höherer Anteil der Beitragsgelder für versicherungsfremde, also im Kern staatliche Leistungen aufgewendet werden.

Zudem hat der Gesetzgeber wider besseren Wissens die von der FKG empfohlene auskömmliche Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden in der GKV nicht übernommen; stattdessen soll lediglich mit einer keinesfalls ausreichenden Beteiligung an den Kosten in Höhe von 250 Millionen Euro gestartet werden.

Diese beiden gesetzlichen Vorhaben – bei denen sich der Staat einmal mehr auf Kosten der Beitragszahlenden, also der Versicherten und Arbeitgeber, entlastet – sind Hauptursache dafür, dass das ursprünglich ausgewogene Konzept der FKG mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf in eine ernsthafte Schieflage geraten ist. Die von der FKG ursprünglich vorgegebene Beteiligung des Bundes an der Sanierung der GKV-Finzen mit einem Anteil von 29,6 Prozent hat sich damit **in ein Minus in Höhe von 11 Prozent verkehrt**.

III. Fehlende Übernahme von FKG-Empfehlungen mit Hinweis auf das dadurch fehlende Einsparvolumen

Negativ sind aber auch die gravierenden Abstriche hinsichtlich der weiteren nicht übernommenen FKG-Maßnahmen, was die Verschiebung der zuvor gut austarierten Belastungsgewichte manifestiert. Stattdessen finden sich Maßnahmen im Gesetzesentwurf, welche die Kommission ausdrücklich nicht vorgeschlagen hat, wie z. B. die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Trotz der nun ebenfalls vorgesehenen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze sollte dies, aber auch die geplante Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern, im Hinblick auf die Wechselwirkung mit der PKV betrachtet werden. Denn eine nennenswerte Abwanderung von Mitgliedern zur PKV kann das prognostizierte Einsparvolumen schnell zur Makulatur werden lassen.

1. Finanzwirkung 2027

Insgesamt finden sich folgende Empfehlungen der FKG aus der Kategorie A – die **keine Verschlechterung der Versorgungsqualität** erwarten lassen – mit Finanzwirkung 2027 **nicht** im Gesetzesentwurf wieder:

Nr.	Bezeichnung	Volumen 2027
15	Rücknahme der Hygienezuschläge	0,1 Mrd. €
18	Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-OPs	0,1 Mrd. €
19	Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM	0,1 Mrd. €
24	Einjähriges Preismoratorium Heilmittel	0,7 Mrd. €
27	Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten	0,6 Mrd. €
29	Vollständige Streichung der Prüfquoten im KH-Bereich	1,4 Mrd. €
34	Maßnahmen zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich	0,4 Mrd. €
36	Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen	0,4 Mrd. €
41	Wiedereinführung von apothekenbezogenen (Zytostatika)-Ausreibungen	0,2 Mrd. €
45	Rückführung nicht verausgabter Gelder für pharmazeutische Dienstleistungen aus dem Nach- und Notdienstfonds	0,6 Mrd. €
62	Auskömmliche Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden in der GKV	12 Mrd. €
63	Dynamisierung des Bundeszuschusses	0,5 Mrd. €
64	Erhöhung Tabaksteuer	1,2 Mrd. €
65	Erhöhung der Alkoholsteuer auf Spirituosen	0,6 Mrd. €
	Gesamtsumme	18,9 Mrd. €

Selbst ohne Berücksichtigung der auskömmlichen Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldempfänger könnten bei einer Umsetzung aller von der FKG empfohlenen Maßnahmen bereits 2027 zusätzliche finanzielle Mittel in Höhe von 7,5 Milliarden Euro gehoben werden. Dies wäre auch mit Blick auf die aktuell vorgelegten Zahlen der KV-45 sinnvoll und notwendig, weil das BMG auf Basis dieser Zahlen aktuell noch einmal für 2027 von einem um 3,5 Milliarden Euro höheren Defizit ausgeht.

2. Finanzwirkung 2030 mit Schwerpunkt im Präventionsbereich

Die FKG hat auch Vorschläge gemacht, die zwar erst mittelfristig, dann aber zu großen Einsparungen führen würden. Insbesondere die von der FKG empfohlenen Maßnahmen zur Erhöhung der Tabak- und Alkoholsteuer auf Spirituosen – die Innungskrankenkassen hatten diesbezüglich eine Sonderabgabe gefordert – mit einer Finanzwirkung in Höhe von insgesamt **5 Milliarden Euro für das Jahr 2030** - zeigen das große finanzielle Potenzial.

64	Erhöhung Tabaksteuer	2030 = 3,8 Mrd. €
65	Erhöhung der Alkoholsteuer auf Spirituosen	2030 = 1,2 Mrd. €
	Gesamtsumme nur für diese Maßnahmen	5 Mrd. €

Dieses Potenzial würde durch den damit verbundenen Präventionseffekt mittel- bis langfristig zusätzlich erhöht. Eine entsprechende Umsetzung wäre damit nicht nur mit Blick auf die aktuellen Finanzen, sondern gerade auch mit Blick auf die eindeutigen Empfehlungen der WHO wichtig, um den sowohl das Gesundheitssystem als auch den Arbeitsmarkt stark belastenden Volkskrankheiten zu begegnen. Es ist vor diesem Hintergrund völlig unverständlich, warum diese beiden ausdrücklich empfohlenen Maßnahmen unberücksichtigt bleiben.

IV. Zu einzelnen Bereichen

Grundsätzlich weisen die Innungskrankenkassen darauf hin, dass der Gesetzgeber der ausgewiesenen Expertise der FKG mit Blick auf Ausgewogenheit und Gerechtigkeit folgen sollte. Dies gilt insbesondere für Fragen einer evidenzorientierten Versorgung, dem Abbau von Doppel- und Parallelstrukturen sowie der Streichung von bestehenden kostenintensiven „Sondertöpfen“, die keinen Zusatznutzen für die medizinische Versorgung haben.

Im Einzelnen:

1. Stationäre Versorgung

Im Krankenhausbereich wird es darauf ankommen, dass die mit der Krankenhausreform verknüpften Ziele erreicht und die Vorgaben zu Strukturen und Qualität nicht noch weiter aufgeweicht werden. Flankierend hierzu gilt es, die von der FKG erarbeiteten Vorschläge wirksam umzusetzen.

Dazu ist es aber erforderlich, dass die von der GKV zu zahlenden Kosten im Rahmen von Abrechnungsprüfungen auch umfänglich auf ihre Richtigkeit hin überprüft werden können. Die Innungskrankenkassen plädieren deshalb für die Übernahme der Empfehlung der FKG Nr. 29, die eine **komplette Streichung der Prüfquoten** vorschlägt. Dies würde nach Ansicht der FKG zu **kurzfristigen Einsparungen in Höhe von 1,4 Milliarden Euro** führen sowie zugleich zu einem Abbau der Bürokratie beitragen und zu einer Steigerung der Abrechnungsqualität führen.

Der Vorschlag der FKG, die Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang zu veranlassen (Empfehlung Nr. 35) wäre zusätzlich sinnvoll. Denn mit dem KHVVG wurde faktisch eine weitgehende finanzielle Immunität der Vorhaltebudgets im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfungen ab dem Jahr 2028 geschaffen. Dies führt – so die FKG – voraussichtlich dazu, dass sich die finanzielle Wirkung der Krankenhausabrechnungsprüfungen etwa halbiert und hierdurch erhebliche, nicht intendierte Mehrausgaben für die GKV entstehen. Jenseits dessen haben die Innungskrankenkassen aber auch grundsätzliche Bedenken bezüglich der derzeitigen Ausgestaltung des

Vorhaltebudget, da dieses wegen seiner Fallzahlbezogenheit nach wie vor falsche Anreize bieten kann.

Darüber hinaus sollte die Regelung der zusätzlichen Tarifierfinanzierung im Krankenhausbereich, auch wenn sie jetzt nur noch hälftig vorgesehen ist, mit Wirkung ab 2026 vollständig gestrichen werden (siehe Vorschlag der FKG Nr. 26). Zur wirksamen Begrenzung der Ausgabenentwicklung beim Pflegebudget wäre die vollständige Wiedereingliederung des Pflegebudgets in die DRG-Fallpauschalen – entsprechend der FKG-Empfehlung Nr. 27 – allemal zielführender, zumal die derzeit im Gesetzesentwurf zu § 6a KrankenhausentgeltG geplante Regelung aus strukturellen Erwägungen nicht umsetzbar ist (dazu noch unten).

Zudem fehlt die Einbeziehung weiterer zielführender Empfehlungen der FKG wie z. B. Maßnahmen zum Umgang mit Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs), zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich und die Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen.

2. Ambulanter Bereich

Auch im ambulanten Bereich ist die ausufernde Ausgabendynamik zu stoppen und dazu die in der Vergangenheit eingeführten Vergütungsregelungen, die zu keiner Verbesserung der medizinischen Versorgung geführt haben, wieder zu streichen.

Vor diesem Hintergrund ist es positiv, dass der Gesetzgeber zielführende, von der FKG empfohlenen Maßnahmen übernommen hat, wie z. B. die Streichung der Vergütungsregelungen für sog. TSVG-Konstellationen (Nr. 3), die vollständige Bereinigung der MGV für Leistungen in TSVG-Konstellationen (Nr. 4) sowie die Korrektur des Referenzwertes bei der Entbudgetierung von Kinder- und Jugendärzten (Nr. 5). So wichtig eine gute Versorgung auch aus präventiver Sicht von Kinder- und Jugendlichen ist, hat doch eine Prüfung des GKV-Spitzenverbandes gezeigt, dass die erfolgte Entbudgetierung gerade nicht – wie mit dem Gesetz erhofft – zu einer größeren Anzahl von behandelten Patienten geführt hat. Mitgedacht werden sollten aber auch Versorgungsanreize, die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz aufgenommen worden sind, bei den aber auch der Bundesrechnungshof keine Verbesserung der Versorgungssituation feststellen konnte.

3. Arzneimittel, Apotheken, Heil- und Hilfsmittel

Mit dem vorliegenden Entwurf hat der Gesetzgeber zielführende Maßnahmen zur Reduzierung der Kosten im Arzneimittelbereich geplant. Es besteht hier jedoch schon jetzt die Sorge, dass dieses – nach Ansicht der Innungskrankenkassen nicht ausreichende

Maßnahmenbündel – im weiteren Gesetzgebungsprozess zu Lasten der Beitragszahlenden reduziert werden könnte.

Tatsächlich wäre nicht eine Rückführung der Maßnahmen, sondern im Gegenteil deren Aufstockung sinnvoll, um eine ausreichende Dämpfung der Ausgabendynamik gerade in dem kostenintensiven Arzneimittelbereich zu erlangen. Derzeit bleibt der Gesetzesentwurf jedoch mit dem dort u. a. vorgesehenen dynamischen Herstellerrabatt bei Arzneimitteln (§ 130a SGB V) hinter den Empfehlungen der FKG zurück. Statt der dort vorgeschlagenen pauschalen 14 Prozent, soll der Wert deutlich unter dem Vorschlag der FKG bleiben. Darüber hinaus werden die durch das FinStG gerade erst eingeführten Leitplanken im Rahmen der Erstattungsbetragsverhandlungen und die Kombinationsabschlüsse gestrichen.

Die Innungskrankenkassen fordern daher für den Arzneimittelbereich weitere Maßnahmen, wie insbesondere:

- die Abschaffung der freien Preisfestsetzung für Arzneimittel innerhalb der ersten sechs Monate,
- die Abschaffung des Orphan-Drug-Privilegs.

Was den Apothekenbereich angeht, wären auch apothekenbezogene Ausschreibungen zur Verbesserung von Effizienz und Qualität der Versorgung („Zytostatika-Ausschreibungen“) sachgerecht. Weitere Maßnahmen wären: Die Rückführung der nicht abgerufenen Mittel aus dem Fonds für pharmazeutische Dienstleistungen, anstatt sie, wie aktuell in der Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung vorgesehen, umzuwidmen.

Mit Blick auf das im SGB V verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot sind zudem bezüglich der Heil- und Hilfsmittel Fehlanreize zu beseitigen, ohne die Versorgungsqualität dadurch negativ zu beeinflussen. Gerade bei Verbandsmitteln besteht Nachbesserungsbedarf wie die Einführung eines Herstellerabschlags analog zu den Arzneimitteln. Zudem müssen Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich endlich wieder ermöglicht werden.

4. Digitalisierung und DiGA

Gerade die elektronische Patientenakte (ePA) ist in Bezug auf die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems von grundlegender Bedeutung. DiGA vermögen Patientinnen und Patienten in ihrem Alltag gesundheitlich zu unterstützen. Doch auch hier sind das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten und unsachgemäße Kosten zu vermeiden.

Neben der Rücknahme der Vergütung für die Aktualisierung und Erstbefüllung der ePA ab 2027 ist für die grundsätzlichen Investitionen in die Digitalisierung des Gesundheitswesens insgesamt zu beachten, dass es sich hier in vielen Bereichen um eine Investition in die Daseinsvorsorge handelt, die nicht nur gesetzlich, sondern auch privat Versicherten zu Gute kommt und entsprechend steuerfinanziert zu leisten wäre.

Die Finanzierung der DiGA muss sich konsequent am Leitprinzip der evidenzbasierten Medizin orientieren. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass im Jahr nach Zulassung hohe Kosten entstehen, ohne dass ein belastbarer Nutznachweis vorliegt. Zudem werden die im Antragsverfahren prognostizierten Effekte häufig nicht erreicht und ein signifikanter Anteil der Anwendungen wird vorzeitig abgebrochen. Dies führt dazu, dass die GKV wiederholt Leistungen finanziert, deren Mehrwert sich retrospektiv nicht bestätigt. Der Gesetzesentwurf greift diese zentralen, für die GKV kostenintensiven Missstände nicht auf. Weder wird die Erprobungsregelung gestrichen, noch wird das seit 2019 bestehende finanzielle Risiko der GKV – insbesondere im Zusammenhang mit Insolvenzen nach erfolglos durchlaufenen Fast-Track-Verfahren – wirksam adressiert.

Grundsätzlich ist bei allen Leistungen, welche als Krankenbehandlung nach § 27 SGB V subsumiert werden, die Entrichtung von Eigenbeteiligungen bzw. Zuzahlungen gesetzlich geregelt. Die Ausnahme bilden ausschließlich die Digitalen Gesundheitsanwendungen, obwohl auch diese zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt und häufig ärztlich verordnet werden. Diese Ungleichbehandlung im Vergleich zum Umgang mit beispielsweise Arzneimitteln oder anderen therapeutisch vergleichbaren Leistungen ist nicht nachvollziehbar. Auch die FKG hat diesen Sachverhalt ausführlich unter der Maßnahme 48 erläutert. Die Innungskrankenkassen fordern insofern der Empfehlung der FKG zu folgen.

5. Versicherte, Arbeitgeber und Krankenkassen

Hinsichtlich der mit dem BStabG vorgesehenen Belastung von Patientinnen und Patienten, Versicherten und Arbeitgebern ist zu beachten, dass viele der sie betreffenden Maßnahmen ausgenommen werden könnten, wenn die bislang nicht übernommenen Empfehlungen der FKG Berücksichtigung fänden.

Unabhängig davon gilt: Auch die GKV-Seite muss ihren Beitrag zur finanziellen Stabilisierung leisten. Was jedoch die als Versichertenberater, Versorgungssteuerer und Treuhänder der Versicherungsgelder von Versicherten und Arbeitgeber fungierenden Krankenkassen betrifft, so geht der Gesetzgeber – anders als bei den Leistungserbringern – über die Empfehlungen der FKG hinaus. Und das, obwohl die Krankenkassen bereits in der Vergangenheit erhebliche Beiträge zur Kosteneindämmung geleistet haben. Hier ist

insbesondere an das Abschmelzen der Finanzreserven, aber auch an die in der Vergangenheit bereits erfolgte Deckelung der Verwaltungskosten zu erinnern.

Vor diesem Hintergrund ist es geboten, zumindest bei der jetzt mit dem BStabG erneut vorgesehenen Verwaltungskostendeckelung folgende Punkte zu beachten:

- Zum einen sind die Ausnahmetatbestände im Rahmen der Verwaltungskostendeckelung u. a. um den Bereich Digitalisierung (gematik und IT) und Kosten im Zusammenhang mit freiwilligen Kassenvereinigungen (§ 155 SGB V) zu erweitern.
- Zum anderen ist die Bemessung der Verwaltungskosten nicht anhand der Versichertenanzahl, sondern anhand des Budgets zu bemessen.

V. Fazit

Bereits die grundsätzliche Analyse des IKK e.V. zeigt die Notwendigkeit, den Gesetzesentwurf vor allem um die noch nicht aufgegriffenen FKG-Empfehlungen zu ergänzen. Wie oben bereits ausgeführt, könnten auf diese Weise gerade die die Versicherten und Arbeitgeber belastenden Maßnahmen abgeschwächt oder sogar ganz gestrichen werden.

Im Weiteren sollte der Gesetzgeber die parallellaufenden Gesetzgebungsverfahren im Blick behalten. Insbesondere die Apotheken- und AMNOG-Reform muss so gestaltet werden, dass diese nicht zu weiteren Belastungen des Gesundheitssystems führen und auch die Pharmaindustrie ihren Teil beiträgt. Dies gilt vor allem für Fragen rund um die Lockerung der Abgabenregelungen für Rabattarzneimittel und Beschränkungen von Rabattverträgen für Biosimilars. Auch im Rahmen des Pharmadialogs sowie bei den anstehenden Reformen im sektorenübergreifenden Bereich wie die Primärversorgung muss die einkommenorientierte Ausgabenpolitik Berücksichtigung finden.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzesentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands, deren Inhalt zuvor mit den Innungskrankenkassen abgestimmt wurde, verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 4a SGB V (Wettbewerb der Krankenkassen)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht die Halbierung der Werbeausgaben von Krankenkassen vor: Der Entwurf ersetzt § 4a Abs. 3 SGB V und legt statt der bisherigen 0,15 Prozent eine neue gesetzliche Höchstgrenze von 0,075 Prozent der monatlichen Bezugsgröße je Mitglied fest.

Bewertung

Laut Gesetzesbegründung ergibt sich bei einer Bezugsgröße von 3.955 Euro (2026) derzeit ca. 6 Euro je Mitglied. Nach der neuen Grenze würde sich dies auf rund 3 Euro je Mitglied halbieren. Erstmals sollen auch Ausgaben jenseits der Kontengruppen 7108 den Werbeausgaben der Krankenkassen hinzugerechnet werden. Wesentlicher Ausgabenblock sind hier die Ausgaben für externe Vertriebe. In der Begründung zu § 4a Abs. 3 wird klargestellt, dass – neben 7108 – auch Konto 7004, Aufwandsentschädigungen für „externe gewerblich vermittelnd tätige Dritte (Finanzdienstleister)“, erfasst werden. Dabei handelt es sich um „originäre Werbeausgaben (Ausgaben für die Werbung neuer Mitglieder)“. Bislang waren die Ausgaben für externe Vertriebe in den Wettbewerbsgrundsätzen separat unter Rn. 35a–d geregelt. In Kombination mit der geplanten Halbierung des Werbebudgets ergibt die Anrechnung der Aufwandsentschädigungen an Dritte auf das Gesamtwerbebudget eine weitaus höhere Kürzung, als die kommunizierten 50 Prozent. Schätzungsweise liegt die tatsächliche Kürzungswirkung bei gleichbleibender Höhe der Aufwandsentschädigungen bei 70 bis 80 Prozent des bisherigen Budgets für klassische Werbemaßnahmen.

Die Innungskrankenkassen lehnen daher insbesondere die Einbeziehung von Konto 7004 in die Werbeausgaben ausdrücklich ab. Ausgaben für externe Vertriebe über Finanzdienstleister sind qualitativ von klassischen Werbemaßnahmen zu unterscheiden. Sie dienen der direkten Vermittlung neuer Mitglieder und stellen damit einen unmittelbaren Bezug zur Versorgungsaufgabe der Krankenkassen her. Darüber hinaus fallen sie nur erfolgsabhängig an, also erst dann, wenn tatsächlich ein neues Mitglied gewonnen wird. Sie unterliegen damit einer inhärenten Kostenkontrolle, die bei klassischen Werbemaßnahmen (Anzeigen, Kampagnen, Sponsoring) nicht in gleicher Weise gegeben ist. Die geplante Deckelung würde somit die effizientere Vertriebsform überproportional eingrenzen. Die bisherige kostentechnische Einordnung der Ausgaben für externe Vertriebe in die Kontengruppe 70 (Personalkosten der Verwaltung) spiegelt die funktionale Nähe zum Versicherungsbetrieb wider: Aufwandsentschädigungen an Dritte kompensieren eigenes Vertriebspersonal und sind damit systematisch persönliche Verwaltungskosten – keine sächlichen Verwaltungskosten, unter welche Werbemaßnahmen fallen. Der Gesetzentwurf durchbricht diese Systematik des Kon-

tenrahmens, indem er die Ausgaben entgegen ihrer kontentechnischen Zuordnung als Werbeausgaben umdefiniert. Die Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder (Randziffern 35a–d) behandeln die Aufwandsentschädigungen für externe Vertriebe deshalb zu Recht als eigenständige Kategorie und regulieren diese gesondert. Die Zusammenführung mit dem allgemeinen Werbebudget bei gleichzeitiger Halbierung der Höchstgrenze würde faktisch dazu führen, dass Krankenkassen ihren externen Vertrieb weitgehend einstellen müssten, um die verbleibenden Mittel für sachbezogene Informationswerbung einsetzen zu können.

Die Regelung hätte zudem eine systemwidrige Auswirkung auf das Verhältnis von GKV und PKV: Finanzdienstleister, Vergleichsportale und weitere Vertriebspartner vermitteln Versicherte sowohl in die GKV als auch in die PKV. Werden die Aufwandsentschädigungen an Dritte dem gedeckelten Werbebudget zugerechnet und damit faktisch gekürzt, sinkt der Anreiz für diese Vermittler, Versicherte in die GKV zu lenken. Die Folge wäre eine mittelbare Förderung der PKV – ein Ergebnis, das dem sozialpolitischen Ziel einer starken gesetzlichen Krankenversicherung zuwiderläuft. Dies widerspräche schließlich dem in § 4a Absatz 3 Satz 1 SGB V normierten Recht der Krankenkassen, um Mitglieder zu werben. Werbung erfüllt dabei auch eine Informationsfunktion: Versicherte erfahren über aktive Kommunikation von Unterschieden bei Zusatzleistungen, digitalen Angeboten, Servicequalität und Präventionsprogrammen. Die Anrechnung der Aufwandsentschädigungen an Dritte auf das Werbebudget verstärkt diese Problematik. Die getrennte Behandlung wahrt dagegen das gesetzgeberische Ziel der Ausgabenbegrenzung bei der klassischen Werbung, ohne den Mitgliederwettbewerb funktionswidrig einzuschränken. Die bestehende Möglichkeit des Bundesministeriums für Gesundheit, im Rahmen der Rechtsverordnungsermächtigung nach § 4a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V gesonderte Höchstgrenzen für Aufwandsentschädigungen an externe Dritte festzulegen, ermöglicht bei Bedarf ohnehin eine zusätzliche Steuerung.

Änderungsvorschlag

Streichung (siehe Stellungnahme GKV-SV).

Alternativ wird in § 4a Absatz 3 SGB V der folgende Satz 5 neu angefügt:

„Ausgaben für Aufwandsentschädigungen an externe gewerblich vermittelnd tätige Dritte (Finanzdienstleister) bleiben bei der Berechnung der Höchstgrenze nach Satz 4 unberücksichtigt.“

Der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6:

„Der Berechnung ist die Mitgliederzahl des betreffenden Haushaltsjahres zugrunde zu legen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 27b SGB V (Zweitmeinung)

Beabsichtigte Neuregelung

Bei planbaren und mengenanfälligen Eingriffen (z. B. Knie-TEP) soll ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren eingeführt werden, dass bei bestimmten Eingriffen Voraussetzung für die Vergütung des Eingriffes sein soll. In Richtlinien des G-BA soll festgelegt werden, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht.

Bewertung

Die Neuregelung ist grundsätzlich positiv, wobei man abwarten muss, wie das Verfahren (z. B. Dokumentation der Zweitmeinung als Abrechnungsvoraussetzung) umgesetzt und wie hoch die Quote einer Umsteuerung sein wird. In der Regel vertrauen die Versicherten ihren Ärzten beim Behandlungsvorschlag. Des Weiteren ist sicherzustellen, dass die Umsetzung den Krankenkassen Handlungsmöglichkeiten gibt, damit auch sie gegenüber ihren Versicherten beratend tätig werden können.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12b

§ 31 Absatz 1a SGB V (Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll der Verbandmittelbegriff gesetzlich definiert werden.

Bewertung

Seit Jahren steigen die Kosten im Segment der Verbandmittel. Viele der neueren, hochpreisigen Verbandmittel ähneln eher den Arzneimitteln, müssen aber keine äquivalenten Zulassungsverfahren durchlaufen. Folglich fehlt entsprechende Evidenz über Nutzen und Wirksamkeit.

Wenn Arzneimiteleigenschaften wie „proteasemodulierend“ und „antimikrobiell“ oder auch „wirkt im menschlichen Körper“ auch auf Verbandmittel zutreffen, muss deren Wirkung gleichermaßen in einem ordnungsgemäßen Verfahren belegt werden.

Die jahrelange Besserstellung der Verbandmittel, sowohl formal (Wirksamkeitsnachweis) als auch finanziell (Kostenregulierung), ist nicht nachvollziehbar und daher zu beenden.

Änderungsvorschlag

§ 31 Absatz 1a SGB V wird wie folgt gefasst:

„(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Als Verbandmittel gilt auch ein Gegenstand, der ergänzend zu den in Satz 1 genannten Eigenschaften

~~1. Wunden feucht hält oder Wunden reinigt,~~

~~2. Wundexsudat bindet oder Gerüche bindet,~~

~~1. ein Verkleben mit der Wunde verhindert oder atraumatisch wechselbar ist oder~~

~~4. proteasemodulierend oder antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkt.~~

Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2. ~~Ab-satz 1 Satz 2 gilt für sonstige Produkte zur Wundbehandlung entsprechend.~~

Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien. § 34 Absatz 6 gilt entsprechend. Für die Beratung sind Gebühren zu erheben. Das Nähere zur Beratung und zu den Gebühren regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 13

§ 36 SGB V (Festbeträge für Hilfsmittel)

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Regelungen zur Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel wurden vollständig überarbeitet. Das neu gestaltete Festbetragsinstrument soll bestehende Rechtsunsicherheiten beseitigen und zu einer transparenteren und wirtschaftlich besser wirksamen Preisgestaltung führen. Festbeträge sollen künftig umfassender angewendet und systematisch weiterentwickelt werden. Für die Festsetzung soll sich der GKV-Spitzenverband eine Verfahrensordnung geben. Umfangreiche Rechte zur Beschaffung der erforderlichen Daten sollen den Prozess der Ermittlung erleichtern.

Die neu vorgesehene Regelung sieht Festbeträge als Richtwerte für Preisverhandlungen vor. Ein gesetzlicher Korridor soll die Verhandlungsspielräume begrenzen. Abweichungen vom Korridor sind möglich, müssen jedoch beidseitig begründet werden: Bei höheren Preisen liegt die Beweislast beim Anbieter, bei niedrigeren bei der Kassenseite.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Beibehaltung des bewährten Steuerungsinstruments der Festbeträge sowie die vorgesehene Neuregelung. Aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts vom 7. April 2022 (B 3 KR 4/20 R) war eine rechtssichere Anwendung der bisherigen Regelungen nicht mehr gewährleistet. Dies führte bei allen Beteiligten zu erheblichen Unsicherheiten in den Preisverhandlungen.

Die vorgesehene Neuregelung schafft die erforderliche Rechtssicherheit und ermöglicht es durch die Einführung eines verbindlichen Korridors, die in einzelnen Produktgruppen zu beobachtende starke Preisdynamik wirksam zu begrenzen und langfristig zu stabilisieren.

Die Neugestaltung der Festbetragsregelungen stellt jedoch lediglich einen ersten wichtigen Schritt zur verbesserten Steuerung der Ausgabenentwicklung im Hilfsmittelbereich dar. Als weitere dringend erforderliche Maßnahme zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit fordern die Innungskrankenkassen die Wiedereinführung von Ausschreibungen für ausgewählte Hilfsmittel mit hohem Standardisierungsgrad unter verbindlichen Vorgaben zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung in § 127 SGB V.

Änderungsvorschlag

Keiner zu § 36 SGB V.

Die Regelungen zur Wiedereinführung von Ausschreibungen für ausgewählte Hilfsmittel mit hohem Standardisierungsgrad unter verbindlichen Vorgaben zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung müssen jedoch in § 127 SGB V erfolgen. Änderungsvorschlag siehe Artikel 1 Nr. 46.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 16 Buchstabe b

§ 44 Absatz 4 SGB V (Krankengeld)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 44 Abs. 4 SGB V wird die bisherige Einwilligungslösung durch eine gesetzliche Opt-out-Regelung abgelöst. Damit wird klargestellt, dass Krankenkassen Versicherte im Zusammenhang mit bestehendem oder drohendem Krankengeldbezug kontaktieren dürfen, soweit dies zur Beratung, Prüfung von Leistungsansprüchen oder zur Einleitung beziehungsweise Durchführung von Maßnahmen zur Sicherung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich ist.

Bewertung

Die Umstellung auf eine Opt-out-Regelung reduziert den bisherigen Verwaltungsaufwand der Krankenkassen und ermöglicht zugleich eine regelhafte, umfassende Unterstützung der Versicherten bei bestehendem Widerspruchsrecht. Sie stärkt die Zielsetzung, Versicherte bei Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit aktiv zu begleiten, und wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt.

Zugleich schafft die Neuregelung eine klare gesetzliche Grundlage für die Kontaktaufnahme, gewährleistet Transparenz sowie Widerspruchsmöglichkeiten und trägt den Anforderungen des Sozialdatenschutzes Rechnung.

Vor dem Hintergrund vergleichbarer Zielsetzungen in § 275 Abs. 1b SGB V erscheint es sachgerecht, die Einbindung der Versicherten einheitlich auszugestalten und auch hier auf eine vorherige Einwilligung, insbesondere für telefonische Erhebungen, zu verzichten.

Der Unterstützungs- und Beratungsbedarf zu geeigneten Maßnahmen zur Sicherung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit entsteht in unterschiedlichen Phasen der Arbeitsunfähigkeit. Die einschränkende Formulierung zum Bezug oder drohenden Bezug von Krankengeld erscheint daher nicht zielführend und eröffnet Raum für Interpretationen. Es wird daher vorgeschlagen, das Bestehen von Arbeitsunfähigkeit als Ausgangspunkt für die Kontaktaufnahme zu definieren.

Änderungsvorschlag

§ 44 Absatz 4 SGB V wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf Versicherte ~~bei bevorstehendem Bezug oder Bezug von Krankengeld zur Beratung, zur Prüfung von Leistungsansprüchen sowie zur Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit~~

~~higkeit kontaktieren. Die Kontaktaufnahme kann~~ hierzu schriftlich, elektronisch oder telefonisch kontaktieren ~~erfolgen~~. Die Versicherten sind bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Recht zu informieren, der weiteren Kontaktaufnahme zu widersprechen. Im Falle eines Widerspruchs ist eine weitere Kontaktaufnahme zur Beratung und Hilfestellung nach Satz 1 unzulässig, ~~soweit sie nicht zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung zwingend erforderlich ist~~. Der Widerspruch kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“

§ 275 Abs. 1b Satz 3 und 4 SGB V werden wie folgt formuliert:

„Die Krankenkassen dürfen die Angaben nach Satz 2 bei den Versicherten grundsätzlich nur schriftlich, **telefonisch** oder elektronisch erheben. ~~Abweichend von Satz 3 ist eine telefonische Erhebung zulässig, wenn die Versicherten in die telefonische Erhebung zuvor schriftlich oder elektronisch eingewilligt haben~~. Die Versicherten sind bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Recht zu informieren, der weiteren telefonischen Kontaktaufnahme zu widersprechen. Im Falle eines Widerspruchs ist eine weitere Kontaktaufnahme nach Satz 2 unzulässig. Der Widerspruch kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 16 Buchstabe b

§ 44c und § 44d SGB V (Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den §§ 44c und 44d SGB V soll eine Teilarbeitsunfähigkeit und in der Folge ein Teilkrankengeld eingeführt werden, wobei Versicherte, die sich gesundheitlich hierzu in der Lage sehen, ihre berufliche Tätigkeit in begrenztem Umfang fortführen können. Ärztinnen und Ärzte sollen hierzu eine teilweise Arbeitsunfähigkeit von 25 %, 50 % oder 75 % feststellen können; für den geleisteten Arbeitsanteil erfolgt eine Entgeltzahlung durch den Arbeitgeber, für den übrigen Anteil soll Teilkrankengeld gewährt werden.

Bewertung

Ziel der Neuregelung ist es, die schrittweise Rückkehr arbeitsunfähig erkrankter Versicherter an den Arbeitsplatz zu erleichtern und damit die Chancen einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erhöhen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, mit künftig zu erwartenden steigenden Arbeitsunfähigkeitszeiten, sowie des zunehmenden Fachkräftemangels ist dies ausdrücklich zu begrüßen. Arbeit und Tagesstruktur sind zudem essenzielle Säulen der psychischen Gesundheit. Für viele Krankheitsbilder ist eine frühzeitige, dosierte Aktivierung medizinisch sinnvoll.

In einigen skandinavischen Ländern ist die Teilarbeitsunfähigkeit seit Jahren etabliert und zeigt positive Effekte auf Genesungsverläufe, Arbeitsmarktintegration und Krankheitsdauer. Die aktuelle Ausgestaltung des Gesetzentwurfs nutzt diese Erfahrungen jedoch nicht konsequent. Sie führt im Ergebnis zu einer Konstruktion, die der stufenweisen Wiedereingliederung weitgehend ähnelt, allerdings mit arbeitsrechtlicher Einbindung und Entgeltzahlung durch den Arbeitgeber. Die angestrebten Effekte auf das Krankengeld ließen sich bereits heute erreichen, wenn die geleisteten Stunden im Rahmen der bestehenden Wiedereingliederung arbeitgeberseitig vergütet würden.

Für eine zielführende Umsetzung sollte sich der Gesetzgeber stärker an den skandinavischen Modellen orientieren. Die Verbindlichkeit zur Nutzung der Teilarbeitsunfähigkeit durch Arbeitgebende und Arbeitnehmende sollte gefördert werden. Zudem sollte die Teilarbeitsunfähigkeit als zentrales Modell definiert werden. Die parallele Existenz zweier nahezu identischer Instrumente – einer Wiedereingliederung ohne Entgelt und einer Teilarbeitsunfähigkeit mit Entgelt – ist weder systematisch überzeugend noch praktikabel. Die stufenweise Wiedereingliederung sollte auf klar begrenzte Fälle beschränkt werden, in denen eine therapeutische Arbeitserprobung im Vordergrund steht, insbesondere im Anschluss an medizinische Rehabilitationen oder lange Krankenhausaufenthalte.

Der Gesetzgeber sollte einen Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung formulieren, ein praktikables Modell zur Teilarbeitsunfähigkeit und in der Folge ein Teilkrankengeld zu entwickeln. Zentrale Auftragsgegenstände sollten dabei eine Integration in das bestehende Rege-

lungsgeflecht zum Krankengeld nach §§ 44 und 47 SGB V sowie eine Abgrenzung zur stufenweisen Wiedereingliederung sein. Grundsätzlich könnte ein Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung den zahlreichen Bedenken, zur rechtlich fragwürdigen Ausformulierung des Vorschlags (s. dazu Stellungnahme des GKV-SV zum BStabG S. 45-47), Rechnung getragen werden.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

**Zu Artikel 1 (Änderung des Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 31 a) und c)**

§ 87 Absatz 1 Satz 13 und 14 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

§ 87 Absatz 1 Satz 25 und 26 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Vorgabe, wonach für Vertragszahnärzte und Vertragsärzte eine gesonderte Vergütung für die erstmalige sowie für weitere Befüllungen der ePA vorzusehen sind, wird gestrichen.

Bewertung

Die Nutzung der ePA ist Teil der (zahn-)ärztlichen Dokumentation. Die Befüllung wird durch die technische Integration in die Praxisverwaltungssysteme unterstützt und führt zu keinen Mehraufwänden in Praxen. Zudem profitieren (Zahn-)Arztpraxen durch eine verbesserte Transparenz über den Behandlungsstand der Patienten. Zeitaufwändige administrative Aufwände für das Anfordern vergessener oder das Digitalisieren ausschließlich in Papierform vorliegender Befunde entfallen, wodurch Effizienzvorteile in den (Zahn-)Arztpraxen entstehen. Die Streichung der gesonderten Vergütung für die Nutzung der elektronischen Patientenakte ist daher sachgerecht. Jedoch ist die Streichung nicht ausreichend. Vielmehr muss sichergestellt werden, dass auch zukünftig keine gesonderte Vergütung für die Nutzung der ePA vorgesehen wird.

Änderungsvorschlag:

§ 87 Absatz 1 Sätze 13 und 14 SGB V werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem 1. Oktober 2026 darf der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen keine gesonderte Vergütung für Tätigkeiten im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte, insbesondere deren Befüllung, Pflege, Aktualisierung oder technische Unterstützung vorsehen.“

§ 87 Absatz 1 Sätze 25 und 26 SGB V werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem 1. Oktober 2026 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine gesonderte Vergütung für Tätigkeiten im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte, insbesondere deren Befüllung, Pflege, Aktualisierung oder technische Unterstützung vorsehen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44

§ 125 Absatz 3 SGB V (Verträge zur Heilmittelversorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

Für Verträge zur Heilmittelversorgung nach § 125 SGB V soll wieder der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 SGB V gelten. Bei Vergütungsvereinbarungen soll vorrangig vor den in § 125 Absatz 3 Satz 2 genannten Parametern der Grundsatz der Beitragsstabilität beachtet werden. Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate sollen damit ausgeschlossen werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Rückkehr zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität ausdrücklich. Im Gesetzeswortlaut sollte jedoch eindeutig klargestellt werden, dass die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V die verbindliche Obergrenze für Vergütungssteigerungen bildet.

Angesichts der überdurchschnittlichen Ausgabendynamik im Heilmittelbereich sprechen sich die Innungskrankenkassen darüber hinaus für die Einführung eines Preismoratoriums für das Jahr 2027 aus, wie es von der FKG vorgeschlagen wurde. Eine solche Regelung ist erforderlich, da insbesondere die Preisentwicklung in den vergangenen Jahren deutlich überdurchschnittlich verlaufen ist und zu erheblichen finanziellen Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung geführt hat, ohne dass dem ein entsprechender Mehrwert für die Versicherten gegenüberstand.

Das Preismoratorium würde das Ausgabenniveau im Jahr 2027 unmittelbar und nachhaltig dämpfen und zugleich die Ausgabenbasis für künftige Steigerungen dauerhaft senken.

Änderungsvorschlag

§ 125 Absatz 3 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst und ergänzt:

„Bei den auszuhandelnden Preisen nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für das Kalenderjahr 2027 gelten die zum 31.12.2026 vereinbarten Preise fort. Dies gilt auch für die Verträge nach § 125a SGB V.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46

§ 127 SGB V (Hilfsmittelverträge)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf ändert § 127 SGB V grundlegend im Hinblick auf die Vergütungssystematik und Vertragsverhandlungen bei der Hilfsmittelversorgung. Ziel ist es, die Vergütungsentwicklung stärker an der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung auszurichten und kurzfristig wirksame Einsparungen zu realisieren. Die Änderungen stehen darüber hinaus in engem Zusammenhang mit der Neuregelung der Festbeträge nach § 36 SGB V.

Künftig gelten bei Vertragsverhandlungen über die Vergütung von Hilfsmittelversorgungen verbindlich die Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V. Damit wird die Grundlohnrate – also die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV – zur gesetzlichen Obergrenze für Vergütungssteigerungen.

Mit dem neu eingefügten Absatz 1b wird für einen Übergangszeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2028 ein pauschaler Vergütungsabschlag von drei Prozent je Hilfsmittelversorgung eingeführt. Bereits begonnene Versorgungen vor dem Stichtag sind vom Abschlag nicht erfasst.

Absatz 4 wird vollständig neu gefasst und verknüpft § 127 SGB V eng mit dem reformierten Festbetragssystem nach § 36 SGB V. Damit wird der Festbetrag ausdrücklich zu einem verbindlichen Referenzmaßstab für Vertragsverhandlungen. Die vereinbarten Preise dürfen vom Festbetrag nur in begründeten Fällen abweichen – regelmäßig bis zu ± 10 Prozent, bis zur erstmaligen Festsetzung neuer Festbeträge nach der neuen Rechtslage ausnahmsweise bis zu ± 15 Prozent. Die Begründungs- und Darlegungslast für eine Abweichung trägt stets diejenige Vertragspartei, die aus der Abweichung objektiv einen Vorteil im Verhandlungsergebnis erlangt.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die vorgesehenen Änderungen grundsätzlich, insbesondere mit Blick auf die Begrenzung der Ausgabendynamik in der Hilfsmittelversorgung.

Die geplanten Regelungen führen jedoch bereits in den laufenden Gesprächen mit den Vertragspartnern zu unterschiedlichen Auslegungen und verdeutlichen damit den Bedarf nach weitergehenden Konkretisierungen. Um möglichen Vorzieheffekten in den aktuell laufenden Vertragsverhandlungen wirksam entgegenzuwirken, sollte bis zum Inkrafttreten des vorgesehenen Vergütungsabschlags zusätzlich ein Preismoratorium gelten.

Zur Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen, rechtssicheren und praxisgerechten Umsetzung sollte der GKV-Spitzenverband zudem beauftragt werden, entsprechende Umsetzungsempfehlungen zu erarbeiten und zu veröffentlichen.

Darüber hinaus sehen die Innungskrankenkassen – wie bereits in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 13 ausgeführt – weiterhin die dringende Notwendigkeit, Ausschreibungen für geeignete Hilfsmittelversorgungen wieder zu ermöglichen.

Änderungsvorschlag

In § 127 Absatz 1b neu SGB V werden folgende Sätze ergänzt:

„Bis zum 31.12.2026 gelten die Vertragspreise unverändert weiter. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen zur Umsetzung der Regelungen nach Satz 1 ab.“

In § 127 SGB V wird folgender Absatz 1c neu hinzugefügt:

„Soweit dies zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen, qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung der Versicherten erforderlich und sachgerecht ist, können die Krankenkassen Verträge auch im Wege eines transparenten, diskriminierungsfreien und wettbewerblichen Ausschreibungsverfahrens schließen.“

Die Zuschlagserteilung erfolgt auf Grundlage des wirtschaftlichsten Angebots unter Berücksichtigung des besten Preis-Leistungs-Verhältnisses. Qualitätskriterien müssen gegenüber dem Preis mit mindestens 60 Prozent gewichtet werden.

Dabei sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. die Qualität und Funktionalität der Hilfsmittel,
2. die fachliche Qualifikation und Fortbildung der Leistungserbringer,
3. die Sicherstellung einer individuellen Beratung und Anpassung,
4. die Gewährleistung einer wohnortnahen und zeitgerechten Versorgung,
5. die Erreichbarkeit sowie Service- und Reparaturleistungen,
6. die Ergebnisse von Qualitäts- und Versichertenbefragungen.

Ausschreibungen sind unzulässig, wenn die Versorgung aufgrund ihrer Komplexität, ihres hohen Beratungs-, Anpassungs- oder Betreuungsaufwandes überwiegend durch personenbezogene Dienstleistungen geprägt ist und die Versorgungsqualität hierdurch gefährdet werden könnte.

Die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 sowie weitergehende Qualitätsanforderungen sind verbindlicher Bestandteil der Ausschreibungsunterlagen und der Verträge. Die Krankenkassen haben die Einhaltung der Qualitätsanforderungen regelmäßig zu überprüfen und bei erheblichen Verstößen geeignete Sanktionen bis hin zur Vertragskündigung vorzusehen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48a

§ 130a Absatz 1b SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer)

Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 01. Juli 2027 wird ein dynamischer Herstellerabschlag eingeführt, dessen Höhe sich nach Entwicklung der Arzneimittelausgaben sowie der durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen bemisst.

Für den Übergangszeitraum ist eine niedrige, einstellige Anhebung des Herstellerabschlags um 3,5 Prozent für ein halbes Jahr vorgesehen.

Bewertung

Der Herstellerabschlag ist grundsätzlich ein geeignetes Mittel, um die Ausgabendynamik im Arzneimittelbereich zu dämpfen. Die FKG hat den Vorschlag eingebracht, den Herstellerabschlag gleichermaßen der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zu unterstellen. Eine diesem Ansatz folgende Dynamisierung ist zu unterstützen. Von den ursprünglich angedachten zusätzlichen 7 Prozent Herstellerabschlag für 12 Monate bleiben, nach Pharmadialog, jedoch lediglich 3,5 Prozent für 6 Monate (bis 01.07.2027) unter Berücksichtigung diverser Ausnahmen. Die Halbierung des Vorschlags sowie die Ausnahmen werden seitens der Innungskrankenkassen abgelehnt.

Insgesamt trägt die pharmazeutische Industrie im Verhältnis zum Ausgabenvolumen der GKV und zu den Vorschlägen der FKG nur einen geringen Anteil am Einsparvolumen des Gesetzentwurfs bei. Eine Zurückhaltung aus wirtschaftspolitischen Gründen ist nicht Aufgabe der GKV und führt innerhalb des Gesetzes zu Ungleichbehandlungen. Die vollumfängliche Umsetzung des FKG-Vorschlags inkl. Dynamisierung ausschließlich anhand der Preis- und Einnahmeentwicklung ist daher angezeigt. Weitere Ausnahmetatbestände sowie zusätzliche wirtschaftspolitische Einflussfaktoren (z. B. die Berücksichtigung von Forschungsaktivitäten) verkomplizieren die Systematik unnötig, führen zu Unsicherheit und sachfremden finanziellen Effekten auf die GKV-Ausgaben.

Änderungsvorschlag

§ 130a Absatz 1b SGB V wird wie folgt ersetzt:

„(1b) Für ab dem 01.07.2027 zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel erhalten die Krankenkassen von Apotheken einen zusätzlichen Abschlag vom Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer. Satz 1 gilt für die in Absatz 1 Satz 6 und 7 genannten Arzneimittel ~~mit Ausnahme von~~

~~1. Arzneimitteln nach Absatz 3b Satz 1,~~

~~2. im Wesentlichen gleichen biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimittel~~

~~im Sinne des Artikels 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG,~~

- ~~3. Arzneimitteln, für die ein Festbetrag auf Grund des § 35 festgesetzt ist,~~
- ~~4. patentfreien Arzneimitteln mit in der Liste nach § 52b Absatz 3c Satz 1 des Arzneimittelgesetzes aufgeführten versorgungskritischen Wirkstoffen,~~
- ~~5. in der nach § 35 Absatz 5a Satz 1 erstellten Liste aufgeführten, patentfreien Arzneimitteln,~~
- ~~6. Arzneimitteln, die nach Absatz 3c Satz 1 oder Satz 8 vom Abschlag nach Absatz 3a befreit sind,~~
- ~~7. Reserveantibiotika, hinsichtlich derer der Gemeinsame Bundesausschuss eine Freistellung nach § 35a Absatz 1c Satz 1 beschlossen hat, und~~
- ~~8. Arzneimitteln, die nach Absatz 1c vom Abschlag nach Satz 1 befreit sind.~~

Absatz 1 Satz 3 bis 5, 7 und 8 gilt entsprechend. Die Höhe des Abschlags nach Satz 1 beträgt vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2027 3,5 Prozent. Ab dem 1. Juli 2027 ist die Höhe des Abschlags nach Satz 1 jeweils für die Dauer eines Jahres der Quotient aus

1. dem Differenzbetrag für alle in Absatz 1 Satz 6 genannten Arzneimittel einschließlich derjenigen nach Satz 2 Nummer 1 bis 3 aus

a) den Ist-Ausgaben der Krankenkassen des vorangegangenen Kalenderjahres

und

b) den Soll-Ausgaben der Krankenkassen für das vorangegangene Kalenderjahr

und

2. dem von den Krankenkassen im vorangegangenen Kalenderjahr geleisteten Umsatz aller zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel im Sinne von Satz 2, berechnet auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer ohne Mehrwertsteuer.

Die Ist-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe a sind der Differenzbetrag

aus

1. dem von den Krankenkassen geleisteten Umsatz aller zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel nach Satz 5 Nummer 1, berechnet auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer ohne Mehrwertsteuer und

2. der Summe aller von den Krankenkassen vereinnahmten gesetzlichen und vertraglichen Rabatte, Abschläge und Ausgleichszahlungen der pharmazeutischen Unternehmer für Arzneimittel nach Satz 5 Nummer 1, mit Ausnahme der Abschläge nach Satz 1.

Die Soll-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe b sind

1. für das Kalenderjahr 2026 die entsprechend Satz 6 ermittelten Ist-Ausgaben des Jahres 2025, erhöht oder vermindert um die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechend dem Rechnungsergebnis des Gesundheitsfonds für das Kalenderjahr 2026 gegenüber dem Kalenderjahr 2025, und
2. für die Kalenderjahre ab 2027 die Soll-Ausgaben des jeweils vorangegangenen Kalenderjahres, erhöht oder vermindert um die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechend dem Rechnungsergebnis des Gesundheitsfonds für das betreffende Kalenderjahr gegenüber dem vorangegangenen Kalenderjahr. Übersteigen die Ist-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe a nicht die Soll-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe b, entfällt der Abschlag nach Satz 1. Der Wert nach Satz 5 ist als Prozentsatz auszuweisen und kaufmännisch auf die erste Nachkommastelle zu runden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt jedes Jahr bis zum 15. Mai, erstmals bis zum 15. Mai 2027⁸, dem Bundesministerium für Gesundheit die zur Berechnung der Höhe des Abschlags nach Satz 1 erforderlichen Daten nach Satz 5 Nummer 2 und Satz 6 Nummer 1 und 2 für das vorangegangene Kalenderjahr; die erstmalige Datenübermittlung umfasst auch die Daten nach Satz 7 Nummer 1 in Verbindung mit Satz 6 Nummer 1 und 2 für das Jahr 2025. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden Informationen sowie Art und Umfang der Übermittlung. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt jedes Jahr bis zum 1. Juni, erstmals bis zum 1. Juni 2027⁸, die Höhe des Abschlags nach Satz 1 für den nächsten Jahreszeitraum unter Offenlegung der Berechnungsgrundlagen im Bundesanzeiger bekannt.“

§ 130a Absatz 1c SGB V wird gestrichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48

§ 130a Absatz 2 SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer)

Beabsichtigte Neuregelung

Für Impfstoffe, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht, sollen die Krankenkassen künftig einen zusätzlichen Abschlag in Höhe von 7 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers erhalten.

Bewertung

Die FKG hatte in Reformempfehlung Nr. 44 ein Bündel von Maßnahmen empfohlen, um die Preisentwicklung im Bestandsmarkt zu dämpfen sowie Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben:

1. die Verhandlung von Erstattungsbeträgen und Preis-Mengen-Regelungen für Impfstoffe gemäß § 130b SGB V,
2. ein Preismoratorium für Schutzimpfungen mit Möglichkeit zur inflationsbedingten Anpassung,
3. die Wiedereinführung der Möglichkeit, für Impfstoffe Rabattverträge gemäß § 130a Absatz 8 SGB V abzuschließen sowie
4. die grundsätzliche Anwendung des Herstellerabschlags nach § 130a Absatz 1 SGB V.

Es erschließt sich nicht, warum die als Gesamtkonstrukt empfohlenen Änderungen auf eine Einzelmaßnahme reduziert wurden.

Änderungsvorschlag

Vollständige Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahme 44 der FKG.

Zu Artikel 1 (Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48a

§ 130a Absatz 3e SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer)

Beabsichtigte Neuregelung

Für Verbandmittel und sonstige Produkte soll ein Preismoratorium mit Preisstand 1. Januar 2026 eingeführt werden.

Bewertung

Die FKG hat in Reformempfehlung Nr. 43 zu Verbandmitteln ausgeführt: „Der Preis je Verordnung für die regulären Verbandmittel hat von 2022 bis 2024 eine Dynamik von 13 Prozent jährlicher Steigerung [...] Die GKV-Arzneimittelschnellinformation zeigt, dass sich die Ausgaben für Verbandmittel seit 2015 mehr als verdoppelt haben [...]“ (Quelle: FKG, Erster Bericht, 30.03.2026).

Der Verbandmittelmarkt ist dabei nach wie vor weitgehend unreguliert. Die jahrelange Bestandserstellung der Verbandmittel und Medizinprodukte, sowohl formal (Wirksamkeitsnachweis) als auch finanziell (Kostenregulierung), ist nicht nachvollziehbar und angesichts der mittlerweile aufgerufenen Preise für die sogenannten modernen Wundauflagen nicht mehr zeitgemäß.

Das vorgeschlagene Preismoratorium für Verbandmittel ist daher zu begrüßen, aber nicht ausreichend. Ergänzend fordern die Innungskrankenkassen, analog zum Arzneimittelbereich einen Herstellerabschlag in Höhe von 14 Prozent zu gewähren.

Änderungsvorschlag

§ 130a Absatz 3e SGB V wird ein neuer Satz 1 eingefügt:

„(3e) Für ab dem 1. Januar 2027 zu ihren Lasten abgegebene Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundversorgung erhalten die Krankenkassen von Apotheken einen Abschlag in Höhe von 14 vom Hundert des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer. ...“

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 50 in Verbindung mit Nr. 71**

§ 130e (alt) und § 429 (neu) SGB V (Abschaffung des Kombinationsabschlags)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Regelung soll der bislang geltende Kombinationsabschlag für patentgeschützte Arzneimittel aufgehoben werden. Die Bundesregierung begründet dies insbesondere mit einer Vereinfachung der Abrechnungs- und Erstattungsverfahren sowie mit dem Ziel, die Entwicklung und Anwendung kombinierter Arzneimitteltherapien nicht zusätzlich finanziell zu belasten.

Bewertung

Die Abschaffung des Kombinationsabschlags wird kritisch bewertet. Der Kombinationsabschlag stellt bislang ein geeignetes Instrument dar, um Mehrkosten aus hochpreisigen Kombinationstherapien teilweise zu begrenzen und Wirtschaftlichkeitsanreize zu setzen.

Gerade im Bereich patentgeschützter Arzneimittel führen Kombinationstherapien häufig zu erheblichen zusätzlichen Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Ohne einen entsprechenden Abschlag besteht das Risiko, dass sich die Ausgabendynamik in diesem Bereich weiter verstärkt. Dies gilt insbesondere dann, wenn mehrere hochpreisige Arzneimittel ohne relevante Synergieeffekte gemeinsam angewendet werden.

Die angeführte administrative Entlastung erscheint demgegenüber nachrangig. Der bestehende Aufwand steht in einem angemessenen Verhältnis zu den erzielten Einsparungen und den bestehenden Steuerungswirkungen. Aus Sicht der Innungskrankenkassen sollte daher an einem Instrument zur wirtschaftlichen Begrenzung kombinierter Hochpreistherapien festgehalten werden.

Änderungsvorschlag

Die Abschaffung wird gestrichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50

§ 130e (neu) SGB V (Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung)

Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 130e SGB V (Kombinationsabschlag) wird neugefasst. Künftig sollen Krankenkassen oder ihre Verbände Gruppen von Patentarzneimitteln mit vergleichbarer Wirkung festlegen und dazu Rabattverträge für Arzneimittel vereinbaren können, die dann bevorzugt zu verordnen sind.

Bis 31. Dezember 2030 wird dies auf fünf Gruppen aus unterschiedlichen Therapiegebieten (z. B. chronisch entzündliche Erkrankungen, Migräneprophylaxe, Onkologie, kardiovaskuläre Intervention) beschränkt. Dies dient auch dazu, eine breite Basis für die vorgesehene Evaluation zu schaffen.

Bewertung

Bislang fehlt es an Wettbewerb im patentgeschützten Markt. Nutzenbewertung und anschließende Erstattungsbetragsverhandlungen benachteiligen die Kostenträger, besonders durch die gesetzlich garantierte Erstattungsfähigkeit neuer Arzneimittel ab Tag 1.

Dies führt dazu, dass das Segment der patentgeschützten Arzneimittel im 5-Jahres-Mittel um etwa 17 Prozent wächst und ca. 50 Prozent des Gesamtvolumens der GKV für Arzneimittel ausmacht (Quelle: FKG, Erster Bericht, 30.03.2026).

Die Innungskrankenkassen begrüßen daher grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers mit der Neuregelung den Wettbewerb zwischen patentgeschützten therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln zu fördern.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten bleiben jedoch viele Fragen offen. Dazu zählt beispielsweise, was nach Ende des Rabattvertrages oder bei einem Kassenwechsel geschieht, wie etwaige Therapieumstellungen begleitet werden, was dies für eine alternde Gesellschaft sowie die Compliance und das Therapieverständnis hochaltriger Patienten bedeutet.

Darüber hinaus dürfte das ab 2030 mögliche Vorhandensein divergierender Gruppen (pro Therapiegebiet) das Vertrauen der Patienten in die Therapie reduzieren (Nocebo-Effekt) und den bürokratischen Aufwand erhöhen.

Die Maßnahme der FKG Nr. 39 (Selektivverträge für therapeutisch gleichwertige Arzneimittel unter Patent) sieht vor, dass der G-BA beauftragt werden soll, eine Liste mit therapeutisch vergleichbaren Therapieoptionen ohne generische Konkurrenz bereitzustellen.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen wird einer etwaigen Festlegung eines bundeseinheitlichen Vertragskatalogs durch den G-BA der Vorzug gegeben (vor einer Festlegung durch

einzelne Krankenkassen/Verbände). Auch die Vereinbarung von Verordnungsquoten (bislang in § 106b SGB V und damit regional verortet) sollte über die Rahmenvorgaben im Bund erfolgen, um einheitliche Vorgaben zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag

§ 130e Absatz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„§ 130e

Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung

(1) Krankenkassen oder ihre Verbände können Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 oder § 130c mit pharmazeutischen Unternehmen für Arzneimittel der Gruppe vereinbaren; die Vereinbarungen können exklusiv und wirkstoffübergreifend ausgeschrieben werden. Vertragsärzte haben rabattierte Arzneimittel der Gruppe zu verordnen, es sei denn im Einzelfall sprechen medizinische Gründe dagegen.

(2) ~~Verordnungen rabattierter Arzneimittel einer Gruppe nach Absatz 1 sind von~~

~~der Prüfungsstelle als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 106 bis 106c~~

~~zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten anzuerkennen.~~ Verordnungen rabattierter und nicht rabattierter Arzneimittel einer Gruppe nach Absatz 1, die rabattierte Arzneimittel enthält, können von Maßnahmen nach den § 106 bis 106c ausgenommen werden, wenn eine nach ~~§ 106b Absatz 1 Satz 5~~ § 84 Absatz 6 vereinbarte Verordnungsquote der Arzneimittel, für die Rabattverträge nach Absatz 1 Satz 1 abgeschlossen werden können für die jeweilige Gruppe erreicht wurde. Das Nähere, auch zur Anerkennung der Verordnung nicht rabattierter Arzneimittel aus medizinischen Gründen im Einzelfall als wirtschaftlich, regeln die Vertragspartner nach ~~§ 106~~ § 84 Absatz 6.

(3) Bis zum 31. Dezember 2030 sind die Festlegungen und der Abschluss von Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 nur innerhalb folgender Wirkstoffgruppen zulässig:

1. Janus-assoziierte Kinase (JAK)-Inhibitoren,
2. Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Antagonisten,
3. Poly-ADP-Ribose-Polymerase (PARP)-Inhibitoren,
4. Proproteinkonvertase Subtilisin/Kexin Typ 9 (PCSK9)-Inhibitoren und
5. Programmed Cell Death-1-Rezeptor/Programmed Cell Death-ligand-1 (PD-1/PDL1)- Inhibitoren.

(4) Für den Zeitraum ab 01. Januar 2031 gibt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Hinweise zu weiteren Gruppen von Arzneimitteln mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in einem Therapiegebiet.

(45) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Juli 2030 einen Bericht über die Auswirkungen des § 130e auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie die Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben vorzulegen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66

§ 275c Absatz 2 SGB V (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)

Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem MDK-Reformgesetz eingeführten Prüfquoten in der Krankenhausabrechnungsprüfung sowie deren Schwellenwerte sollen ab dem 1. Januar 2027 angepasst werden.

Die bisher niedrigste Prüfquote von bis zu 5 Prozent wird beibehalten. Voraussetzung für die Erreichung dieser Prüfquote ist zukünftig aber ein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von 80 Prozent oder mehr und nicht wie bisher von 60 Prozent oder mehr.

Die mittlere Prüfquote von bis zu 10 Prozent wird durch eine Prüfquote von bis zu 15 Prozent ersetzt. Krankenhäuser erreichen diese mittlere Prüfquote, wenn ihr Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt (anstatt bislang zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent). Die höchste Prüfquote liegt zukünftig bei bis zu 25 Prozent anstatt bislang bei bis zu 15 Prozent. Diese wird erreicht, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent liegt und nicht wie bislang unterhalb von 40 Prozent. Auch in der Regelung in Satz 6 wird eine Änderung vorgenommen: Die für ein Krankenhaus geltende Prüfquote darf zukünftig überschritten werden, wenn sein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent liegt und nicht wie bislang unterhalb von 20 Prozent.

Bewertung

Die Auswirkungen sind grundsätzlich positiv, auch wenn das Prüfquotensystem und der damit verbundene Aufwand nicht abgeschafft wurde. Die Schwellenwerte wurden deutlich angepasst. Nur Krankenhäuser, die über 80 Prozent unbeanstandete Abrechnungen haben, kommen noch in die geringste Prüfquote von 5 Prozent. So wird die ordnungsgemäße Abrechnung weiter gefördert und auch die Bereitschaft zum Falldialog dürfte sich nochmals erhöhen. Kritisch wird sein, in welchem Umfang bei ansteigenden Prüfverfahren dann die Anzahl der Erörterungsverfahren steigen wird; insbesondere bei Trägern, die mittlerweile nahezu alle leistungsrechtlichen Entscheidungen aus strategischen Gründen bestreiten.

Allerdings sah der von der FKG eingebrachte Vorschlag (Maßnahme 29) vor, das Prüfquotensystem gänzlich abzuschaffen. Dieser Vorschlag würde einerseits die finanzielle Situation der Krankenkassen verbessern und andererseits zur Bürokratieentlastung beitragen, weil der mit dem Prüfquotensystem eingeführte Bürokratieaufwand wegfallen würde (z. B. die Erstellung der Quartalsstatistiken und die Festlegung der Anzahl der individuellen Prüffälle je Krankenhaus und Quartal sowie die damit verbundenen Rechtsstreitigkeiten).

Mit der Aufwandspauschale nach § 275c SGB V wird dem Risiko von übertriebenen Abrechnungsprüfungen ausreichend entgegengewirkt. Daher ist die gesetzliche Aufrechterhaltung der Prüfquoten nicht notwendig.

Ebenso fehlt der Vorschlag 35 der FKG, die Abrechnung der Vergütung der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang bei Krankenhausbehandlungen durch den Medizinischen Dienst aufzunehmen. Die Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem Prüfumfang würde die GKV mit über 630 Millionen Euro jährlich belasten, bis zum Jahr 2030 sogar mit einem potenziellen Anstieg auf über 700 Millionen Euro. Eine gesetzgeberische Lösung ließe sich unkompliziert umsetzen.

Änderungsvorschlag

Streichung von § 275c Absatz 2 und 4 SGB V sowie Vornahme notwendiger Folgeanpassungen z. B. bei den quartalsbezogenen Auswertungen und Aufschlagszahlungen.

Anpassung des § 275c Absatz 3 SGB V in Abhängigkeit von der gesetzlichen Änderung hinsichtlich der Quotierung von MD-Prüfungen.

Zusätzliche Streichung von § 275c Absatz 6 Nummer 3 SGB V und Klarstellung, dass daraus resultierende Mehr- und Mindererlöse der Abrechnung zugrunde gelegt werden.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 Buchstabe a) und b)

§ 6a Absatz 2 und Absatz 2a (neu) KHEntgG (Vereinbarung eines Pflegebudgets)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Zuwachs des Pflegebudgets soll ab dem Vereinbarungszeitraum 2027 auf den Veränderungswert gemäß § 9 KHEntgG begrenzt werden, wobei eine Überschreitung auf Grund von Kosten zur Umsetzung und Einhaltung von Personalvorgaben (z. B. PpUG) möglich ist. Basis hierfür ist das im Jahr 2026 krankenhausindividuell vereinbarte Pflegebudget und für die Jahre ab 2027 das für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Pflegebudget. Wie bisher sind die tatsächlichen Ist-Kosten durch ein Testat nachzuweisen und bei einer Unterschreitung des geplanten Budgets die Differenzkosten vom Krankenhaus zurückzuzahlen, eine Absenkung der Basis für das Folgejahr soll jedoch nicht erfolgen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Absicht des Gesetzgebers, die Steigerungen der Pflegebudgets zu begrenzen. Auch die Streichung der Doppelfinanzierung der pflegentlastenden Maßnahmen wird positiv gesehen.

Das 2020 eingeführte Pflegebudget ist ein Instrument, welches sich nicht bewährt hat. Es ist keine Verbesserung der Pflege, sondern nur eine drastische Erhöhung der Kosten eingetreten. Beleg dafür sind u. a. die seit mehreren Jahren gleichbleibenden Quoten der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen; unter anderem erkennbar im Bericht über die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i Absatz 6 SGB V von GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft mit Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung vom 22. Januar 2024. Danach werden die Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern zwar im Monatsdurchschnitt vorwiegend eingehalten, jedoch sind regelhaft etwa 15 Prozent der Schichten unterbesetzt. In einigen Bereichen, wie zuletzt in der speziellen Pädiatrie und der Schlaganfallversorgung, ist sogar eine Unterbesetzung in jeder fünften Schicht zu verzeichnen. Diese Ergebnisse zeigen auf, dass die Untergrenzen im pflegerischen Versorgungsalltag immer wieder unterschritten werden.

Durch die vollständige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System und deren separate Refinanzierung über das Pflegebudget sind die finanziellen Belastungen für die Kostenträger erheblich angewachsen. Der krankenhausindividuelle Ist-Kostenausgleich für Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen von DRG-Krankenhäusern wird über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert im Rahmen des Pflegebudgets vergütet. Solche Vergütungsbestandteile, die nicht pauschaliert sind, setzen kaum wirksame Anreize zur wirtschaftlichen Effizienz und tragen zu überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen bei.

Die Vergütungsanstiege sind dabei im Wesentlichen auf den bestehenden Ist-Kostenausgleich der krankenhausindividuellen Pflegebudgets sowie auf die Entwicklung der damit verbundenen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerte und der Pflegepersonalausstattung

zurückzuführen. Bei nur geringfügig steigender Leistungsanspruchnahme – gemessen an den Belegungstagen – wurde die Pflegepersonalausstattung teilweise deutlich ausgeweitet, nicht selten über das erforderliche Maß hinaus (siehe Abschnitt 6.6.3). Die starke Vergütungs-dynamik wird zusätzlich durch gesetzliche Vorgaben zur Mindest- und bedarfsgerechten Personalbesetzung sowie durch zusätzliche Vergütungen für pflegeentlastende Maßnahmen verstärkt.

Beim Pflegebudget kommt des Weiteren noch der Aspekt hinzu, dass es strukturell nicht möglich ist, ein pauschalisiertes System neben einen Selbstkostendeckungsbereich zu stellen, da in der Ausgestaltung immer der Anreiz existiert, Gelder zu generieren, die pauschaliert gezahlt werden. Eine Abgrenzung ist so niemals möglich und es hat immer Doppelfinanzierung zur Folge. Auch ein Nachweis zur Mittelverwendung schließt diese Fehlanreize nicht aus.

Um den starken Anstieg der Pflegepersonalkosten zu begrenzen und einen wirtschaftlichen Einsatz von Pflegepersonal zu fördern, empfiehlt auch die FKG die Pflegepersonalkosten ab 2027 wieder in das DRG-System einzugliedern. Die Finanzierung des Pflegeanteils je DRG soll dabei – nach einer einjährigen Übergangsphase – an einen verbindlichen Nachweis der vollständigen, bestimmungsgemäßen Verwendung der in den DRGs anteilig enthaltenen Mittel für Pflegeaufwendungen der jeweiligen DRG gekoppelt werden, um Anreize für einen verringerten Pflegepersonaleinsatz zu verhindern. Wird der Nachweis nicht erbracht, können die Kostenträger ab 2028 eine entsprechende Rückzahlung verlangen.

Die Neuregelung greift leider nicht den Vorschlag der FKG (Maßnahme Nr. 27) auf, das Pflegebudget in die DRG-Fallpauschale vollständig wieder einzugliedern. Nur diese Maßnahme würde eine sichere Begrenzung der Ausgabendynamik und die Verhinderung bekannter Abgrenzungs-, Auslegungs- und Zuordnungsprobleme erreichen.

Hier sei insbesondere auf die aktuelle Diskussion zur Definition der „Pflege am Bett“ (Änderung im KHAG) verwiesen. Kritisch ist auch die Festlegung des Basisjahres mit dem noch laufenden Jahr 2026, diese kann zu einem Anreiz führen, noch schnell das Pflegebudget mit hohen Neueinstellungen und Kostensteigerungen aufzublähen, da in der Basis auch keine Reduzierung vorgesehen ist. Eine Öffnung des gedeckelten Budgets ist nur leistungsbezogen denkbar (entsprechend der Regelungen bei den DRG), um die mit dem KHG beabsichtigten Strukturanpassungen nachzuvollziehen. Eine Ausdeckelung auf Grund von Personalvorgaben ist auf Grund unklarer Berechnung abzulehnen, und auch nicht notwendig bei einer Vergütung der Pflegekosten im Rahmen der DRG. Zu Unterstützen ist der Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung mit Rückzahlungsverpflichtung, um so eine Zweckentfremdung der notwendigen Mittel zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Pflege zu verhindern.

Die geplante Änderung führt aktuell bereits zu großen Problemen in den Vergütungsverhandlungen. Um mit der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2026 eine möglichst hohe Ausgangsbasis für das Jahr 2027 vorzuhalten, erfolgen von den Krankenhäusern unrealistische Forderungen bezüglich der Personalkosten.

Aus diesem Grund sollte das vereinbarte Pflegebudget 2025 die Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung 2027 sein. Es wäre denkbar, das vereinbarte Pflegebudget 2025 um die vereinbarte Tarifraterate 2026 zu steigern, um die tarifbedingten Kostensteigerungen für das Jahr 2026 zu berücksichtigen.

Alternativ könnte festgelegt werden, dass die Ausgangsbasis für das Pflegebudget 2027 das vereinbarte Pflegebudget 2026 allenfalls in der Höhe des Wirtschaftsprüfertestates für das Jahr 2026 ist.

Um dennoch prospektive Verhandlungen zu ermöglichen, wären Ausgleichs in den Vergütungsvereinbarungen 2028, falls die Ausgangsgrundlage des Jahres 2026 nicht den tatsächlichen Kosten für das Jahr 2026 entspricht, gesetzlich vorzugeben.

Änderungsvorschlag

§ 6a Absatz 2 und Absatz 2a neu KHEntgG wird wie folgt geändert:

Umsetzung der vollständigen Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in die DRG-Fallpauschalen entsprechend der Maßnahme Nr. 27 der FKG.

hilfsweise:

§ 6a Absatz 2a Satz 1 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

Basis für die Begrenzung des Pflegebudget ab 2027 ist das vereinbarte Budget 2025 aber maximal in Höhe der testierten Kosten. Ab 2027 kann das Pflegebudget nur um den Veränderungswert (man könnte auch den Personalkosten-Orientierungswert ansetzen) steigen und vereinbarte Leistungsveränderungen (Veränderung der Pflege-Bewertungsrelation) angepasst werden. Die tatsächliche Mittelverwendung ist per Testat nachzuweisen, Unterschreitungen sind zurückzuzahlen und senken die Basis für das Folgejahr ab (hier besteht leider ein Verzug von einem Jahr).

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6a Doppelbuchstabe aa

§ 9 Absatz 1 Nr. 3 KHEntgG (Vereinbarung auf Bundesebene)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein neuer Prüfauftrag zur Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung neben den Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge eingeführt. Die Prüffrist läuft bis zum 30. Juni 2027.

Bewertung

Der vorgesehene Prüfauftrag zur Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung wird seitens der Innungskrankenkassen grundsätzlich positiv gesehen, bleibt aber unvollständig, da die Empfehlung der FKG nicht komplett umgesetzt wird.

Die FKG empfiehlt als Maßnahme Nr. 30, die bestehenden Regelungen zur Fallzusammenführung im aDRG-Bereich zu erweitern und weitestgehend zu pauschalisieren, sodass Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach der Ersteinweisung pauschal zusammengeführt werden – unabhängig vom Krankenhausstandort oder der MDC-Kategorie. Auf diese Weise sollen Fehlanreize abgebaut, administrative (Prüf-)Prozesse vereinfacht, Krankenhauspersonal entlastet und Effizienzreserven systematisch erschlossen werden.

Der Erteilung eines Prüfauftrags erscheint aus bürokratischen Gesichtspunkten sehr aufwendig. Zudem ist nicht sichergestellt, dass mit dem Prüfauftrag zielführende Anpassungen erfolgen. Daher wäre eine gesetzliche Regelung der Fallzusammenführung zu befürworten.

Änderungsvorschlag

Umsetzung der FKG Maßnahme Nr. 30.

Die Umsetzung der empfohlenen Maßnahme kann über eine gesetzliche Vorgabe für die gemäß § 17b Absatz 2 KHG verantwortlichen Vertragsparteien im Rahmen der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) ab 2027 erfolgen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Regelungen zu Wiederaufnahmen gemäß § 2 FPV neu zu fassen sowie angrenzende Regelungen nach § 1 Absatz 7 FPV (Beurlaubung) und § 3 Absatz 1 FPV (Rückverlegungen) anzupassen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2b

§ 17b Absatz 2a (neu) KHEntgG (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser)

Beabsichtigte Neuregelung

Ab 2028 sollen Kurzzeitfallpauschalen neben den bisherigen Abrechnungsmöglichkeiten (aDRG-Fallpauschale, Hybrid-DRG) geschaffen werden für somatische Behandlungen im Krankenhaus mit bis zu zwei Übernachtungen bzw. einer Dauer von höchstens drei Kalendertagen. Das InEK wird beauftragt, bis zum 31. März 2027 ein Konzept zu entwickeln.

Bewertung

Die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen für kurzstationäre Fälle wird von den Innungskassen begrüßt und stellt ein besseres Instrument als die derzeitigen HybridDRG dar.

Allerdings darf die Einführung der Kurzzeitpauschalen ausschließlich als Ersatz für bisherige Vergütungsformen installiert werden. Ansonsten besteht das Risiko, dass die Einführung der Kurzzeitpauschalen weiteren bürokratischen Aufwand produziert.

Daher sollten nach einer 2-3-jährigen Einführungsphase die Kurzzeitpauschalen die Hybrid-DRG ersetzen. Für den KV-Arzt-Bereich könnte eine alternative ambulante Leistungserbringung um die Möglichkeit einer Übernachtungspauschale erweitert werden (da hier auch weniger komplexe Fälle erbracht werden).

Änderungsvorschlag

Ersetzung der Hybrid-DRG nach der Einführungsphase.

Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1 bb

§ 3 Absatz 3 Satz 8 bis 10 BPflV (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)

Beabsichtigte Neuregelung

Es werden Maßnahmen zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich ergriffen.

Bisher vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort, ob und inwieweit der Gesamtbetrag bei unbesetzten Stellen abzusenken ist. Diese Regelung wird bis einschließlich 2026 befristet. Ab dem Vereinbarungsjahr 2027 wird die Absenkung verpflichtend: Mittel für nicht besetzte Stellen oder zweckentfremdete Gelder müssen im nächstmöglichen Zeitraum ausgeglichen und der Gesamtbetrag entsprechend gekürzt werden. Konkret bedeutet dies: Ergibt der bis zum 31. März 2028 vorzulegende Nachweis für das Jahr 2027 Fehlbesetzungen oder zweckfremde Verwendung, ist die Kürzung zwingend in der darauffolgenden Vereinbarung umzusetzen.

Bewertung

Die Änderung wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt, da sie eine zweckentsprechende Mittelverwendung sicherstellt. Es wird die Finanzierung von nicht vorhandenem Personal ausgeschlossen.

Die Neuregelung muss jedoch bereits für das Vereinbarungsjahr 2026 umgesetzt werden. Die bisher vorgesehene Einführung ab dem Vereinbarungsjahr 2027 führt zu Fehlanreizen und zusätzlichen Mehrausgaben. Krankenhäuser machen in den aktuell noch laufenden Budgetverhandlungen für 2026 zusätzliche Stellenbesetzungen geltend, für die es keine Rückzahlungsverpflichtung gibt. Selbst wenn die Nachweise, die bis 31. März 2027 vorzulegen sind, eine Fehlbesetzung oder zweckfremde Verwendung nachweisen, gibt es für diese keine Verpflichtung für eine Rückzahlung. Die mit der Maßnahme geplanten Einsparungen werden damit frühestens 2028 wirksam und können bei der Beitragssatzermittlung nicht wie vorgesehen bereits 2027 berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag

§ 3 Absatz 3 Satz 8 bis 10 BPflV wird wie folgt gefasst:

„Für die Jahre bis einschließlich des Jahres 2025 gilt, sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, dass die Vertragsparteien zu vereinbaren haben, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Für die Jahre ab 2026 gilt, sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde oder“

Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 2

§ 4 BPfIV (Leistungsbezogener Vergleich)

Beabsichtigte Neuregelung

Der leistungsbezogene Vergleich wird zur Verbesserung der Praxistauglichkeit um Kostendaten ergänzt.

Bewertung

Die Änderung wird von den Innungskrankenkassen begrüßt. Durch die Ergänzung wird die wirtschaftliche Angemessenheit der zu vereinbarenden Budgets verbessert. Da diese Daten bereits für die Budgetvereinbarung vor Ort vorzulegen sind, entsteht für Krankenhäuser kein nennenswerter Mehraufwand. Die Ergänzung macht das Verhältnis zwischen Leistungen und Kosten innerhalb der Vergleichsgruppen transparent. Dies unterstützt die Krankenkassen dabei, leistungsgerechte und wirtschaftlich angemessene Budgets sowie Entgeltwerte zu vereinbaren.

Wie in den Empfehlungen der FKG vorgeschlagen, sollten pauschale Entgelterhöhungen durch den Krankenhausvergleich ausgeschlossen werden.

Des Weiteren besteht aktuell das Problem, dass mit dem aktuellen Krankenhausvergleich keine Angleichung der Basisentgeltwerte möglich ist. Aus diesem Grund ist gesetzlich festzulegen, dass das InEK beauftragt wird, um einen Krankenhausvergleich vorzunehmen.

Auf der Basis dieses Krankenhausvergleichs werden im Rahmen einer Konvergenzphase die krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte angeglichen.

Änderungsvorschlag

§ 3 Absatz 3 Satz 5 BPfIV wird wie folgt gefasst:

Bei den Vorgaben zur Budgetermittlung ist der Nebensatz „~~oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde~~“ zu streichen.

Ergänzender Änderungsbedarf

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 2a SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-Ops

Die FKG hat in ihrem Bericht als Reformempfehlung Nr. 18 ein relevantes Einsparvolumen im Jahr 2027 in Höhe von 150 Millionen Euro bei einer Absenkung der Bewertung der augenärztlichen Operationen bei grauem Star um 30 Prozent identifiziert. Die Innungskrankenkassen stimmen der Kommission in den angebrachten Punkten zu und befürworten eine gesetzliche Umsetzung der Empfehlung.

Die derzeitige Kalkulation der Kataraktoperationen bildet die tatsächlichen Gegebenheiten nicht mehr sachgerecht ab. Technologische Fortschritte sowie die nicht mehr bestehenden Notwendigkeit zur weiteren Ambulantisierung haben zu einer deutlichen Übervergütung geführt. Diese überhöhten Vergütungen haben Fehlentwicklungen ausgelöst. Wie die FKG darlegt, betrifft dies sowohl die zunehmende Honorardivergenz zwischen konservativ und operativ tätigen Augenärzten als auch die steigende Attraktivität des Sektors für Finanzinvestoren, was regional bereits zu monopolartigen Strukturen führt. Diese Entwicklungen begünstigen eine deutliche Mengenausweitung. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist ein gesetzlicher Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Absenkung der Bewertung erforderlich. Um zu einer sachgerechten Vergütung zu finden, bedarf es eines konkreten Zielwertes, der im oberen Bereich des von der FKG gesetzten Rahmens bei 40 Prozent liegen sollte.

Neuregelungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Der Bewertungsausschuss hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit Wirkung zum 1. Januar 2027 dahingehend anzupassen, dass die Bewertungen der intraokularen Eingriffe bei Katarakt sowie die zugehörigen Leistungen für Anästhesie und Narkosemanagement pauschal um 40 Prozent abgesenkt werden.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 2a SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Streichung gesonderter Hygienezuschläge

Die FKG weist in Maßnahme Nr. 15 nachvollziehbar ein Einsparpotenzial von rund 120 Millionen Euro jährlich durch die Streichung der gesonderten Hygienezuschläge nach. Die Innungskrankenkasse stimmen der Kommission in der Analyse und Schlussfolgerung zu und unterstützen daher die Umsetzung der Empfehlung.

Die Hygienekosten der Praxen werden bereits vollständig über die Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamts und die jährliche Fortschreibung des Orientierungswerts refinanziert. Damit sind die tatsächlichen Hygieneaufwände bereits im Vergütungssystem abgebildet. Die zusätzlichen Hygienezuschläge führen daher zu einer Doppelfinanzierung, die weder wirtschaftlich noch versorgungspolitisch vertretbar ist.

Für die Versicherten entstehen durch die Streichung keine Nachteile. Die Versorgung bleibt unverändert gewährleistet, da die Hygienekosten weiterhin über die reguläre Vergütung gedeckt sind. Betroffen wäre lediglich der zusätzliche Ertrag der Praxen, nicht jedoch die Leistungsfähigkeit der Versorgung.

Vor diesem Hintergrund ist die gesetzliche Umsetzung notwendig, um die Vergütungsstrukturen zu bereinigen und die identifizierten Einsparungen zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung einzusetzen.

Regelungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Hygienezuschläge enthalten. Die Hygienezuschläge im Zusammenhang mit ambulanten Operationen sind davon unberührt.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§§ 137c, 137e Absatz 1 SGB V, § 6 Absatz 2 KHEntgG (Umgang mit NUBs im Krankenhaus)

Maßnahmenpaket zum Umgang mit NUBs im Krankenhaus ab 2027

Für NUBs mit erkennbarem Potenzial als Behandlungsalternative können NUBs derzeit von jedem Krankenhaus erbracht werden, sodass noch nicht hinreichend erprobte Methoden zum Teil ohne erforderliche Expertise oder Infrastruktur angewendet werden können, während die NUB-Zusatzentgelte zugleich sowohl die Behandlung als auch die Evidenzgenerierung zulasten der GKV finanzieren. Die Kosten der Finanzierung der Evidenzgenerierung trägt faktisch immer die GKV. Über das Potential kann letztlich jede Krankenkasse alleine entscheiden, solange der G-BA noch keine Entscheidung getroffen hat

Die Innungskrankenkassen schlagen daher die Umsetzung der FKG Reformempfehlung Nr. 31 „Maßnahmenpaket zum Umgang mit NUBs im Krankenhaus ab 2027“ vor. Die Finanzkommission Gesundheit empfiehlt vor diesem Hintergrund folgende drei Reformschritte:

1. Die Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erfolgt ausschließlich in ausgewählten Innovationszentren, die zugleich die klinischen Studien durchführen.
2. Die GKV trägt bei Vorliegen des Potentials nach § 137c SGB V die Kosten der medizinischen Behandlung und die Kosten der Studien und der Evidenzgenerierung. Wenn allerdings unabhängig von einem Beratungsverfahren nach § 137c SGB V Hersteller von Medizinprodukten oder andere Unternehmen mit wirtschaftlichem Interesse beim G-BA nach § 137e Absatz 7 SGB V beantragen, dass eine Richtlinie zur Erprobung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode beschlossen wird, müssen sie die Kosten für die Evidenzgenerierung vollständig selbst tragen.
3. Das Entscheidungsmonopol über das Vorliegen eines Potentials der Methode sollte beim G-BA liegen. Dieser sollte auf Antrag einer der in § 137c Absatz 1 SGB V genannten Antragsteller innerhalb von drei Monaten über das Potential entscheiden. Ohne diese Entscheidung darf die Leistung nicht erbracht und es dürfen keine NUB-Vereinbarungen geschlossen werden.

Geschätzte Finanzwirkung

Die Finanzwirkung wird auf rund 50 Millionen Euro jährlich ab 2027 geschätzt. Grundlage ist die Annahme, dass nach Umsetzung der Reformempfehlung etwa zwei Drittel der bisherigen NUB-Ausgaben (ca. 70 Mio. € jährlich) entfallen würden.

Regelungsvorschläge:

Anpassungen der Regelungen in §§ 137c und 137e SGB V sowie § 6 KHEntgG.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275c Absatz 6 Nr. 3 SGB V (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)

Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang

Derzeit ist gemäß § 275c Absatz 6 SGB V eine einzelfallbezogene Prüfung der Abrechnung für die Vergütung des durch das KHVVG eingeführte Vorhaltebudgets ausgeschlossen. Aktuell würde die Herausnahme dazu führen, dass sich das finanzielle Volumen der Krankenhausabrechnungsprüfungen in etwa halbieren würde. Dies hätte, im Vergleich zum aktuell möglichen Prüfumfang, deutliche Mehrbelastungen für die GKV zur Folge. Diese Regelung läuft damit den aktuellen Reformbestrebungen zur Konsolidierung der GKV-Financen entgegen.

Zudem werden etwaige Minder- oder Mehrerlöse aus Einzelfallkorrekturen im Rahmen des Vorhaltebudgetausgleichs vollständig ausgeglichen (§ 6b Absatz 5 KHEntgG), so dass Einzelfallkorrekturen de facto keine finanzielle Wirkung auf die Höhe der Vorhaltebudgets entfalten.

Ebenso entsteht für die GKV ein Wettbewerbsnachteil gegenüber der PKV, die eine volle Prüfung der Vorhaltebudgets durchführen darf. Das durch diese Regelung entgehende Erstattungsvolumen ist finanziell erheblich und kann zusammen mit dem bestehenden Nachteil der GKV gegenüber der PKV infolge der Prüfquote eine wettbewerbsrelevante Größenordnung erreichen, da die privaten Krankenversicherungen ihre Prüf- und Korrekturmöglichkeiten weiterhin weitgehend uneingeschränkt wahrnehmen können.

Auch die FKG hat in der Reformempfehlung Nr. 35 ihres ersten Berichtes empfohlen, die Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang aufzunehmen.

Regelungsvorschläge:

Streichung § 275c Abs. 6 Nr. 3 SGB V.

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 37 KHG (Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets)

Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung

Die Vorhaltevergütung ist ein wesentlicher Kostenfaktor und deren Ausgestaltung wird wesentlich die Ausgabendynamik im Krankenhausbereich in den nächsten Jahren bestimmen. Die Anpassungen beim Pflegebudget und die vom KHVVG und KHAG beabsichtigten Strukturveränderungen lassen eine mehrjährige Fixierung von 60 Prozent der Krankenhaus-Budgets als nicht sinnvoll erscheinen. Die Herausnahme von NRW, das bereits in diesem Umstrukturierungsprozess ist, unterstreicht dies. Auch die zeitliche Umsetzung der Vorhaltefinanzierung sollte sich der aktuell vorgesehenen Umsetzung der Leistungsgruppen anpassen, für 2027 optional und für das Jahr 2028 verbindlich.

Die Vorhaltefinanzierung birgt weiterhin das Risiko von Mengenanreizen. Durch die Steuerung von Leistungsmengen können Krankenhäuser höhere Erlöse erzielen. Zudem fördert die Vorhaltefinanzierung die Strukturkonservierung. Gegenüber Krankenhäusern, die für die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Bevölkerung nicht notwendig sind, wird mit der Vorhaltefinanzierung der wirtschaftliche Druck reduziert. Daher bleiben diese unwirtschaftlichen Krankenhäuser erhalten und entziehen dem Gesundheitswesen weiterhin Gelder, obwohl wirtschaftlichere Krankenhäuser diese Leistungen mit einem geringeren Kostenaufwand erbringen könnten.

Des Weiteren führt die Einführung der Vorhaltefinanzierung, mit einer weiteren Differenzierung des Vergütungssystems, zu einem deutlichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand. Das ohnehin bereits sehr komplexe Vergütungssystem wird zusätzlich kompliziert. Dies wird die Krankenhausfinanzierung zusätzlich belasten. Aus diesem Grund sollte die Vorhaltefinanzierung abgeschafft werden. Vielmehr sollten alle Beteiligten am Vergütungssystem ein Konzept entwickeln, um die Mengenanreize im DRG-System zu reduzieren.

Um diese grundsätzliche Veränderung der Vorhaltefinanzierung zu ermöglichen, schlagen die Innungskrankenkassen die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um zwei Jahre vor. Ziel ist, nach der ersten Strukturanpassungsphase mit einem überarbeiteten Konzept (siehe unsere bisherigen Vorschläge zur Höhe und Kalkulation der Vorhaltung – zuletzt in der [IKK e.V. Stellungnahme zum KHAG vom 15.12.2025](#) zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nr. 8 § 37 KHG) bundeseinheitlich in allen Ländern zu starten. Alternativ schlagen die Innungskrankenkassen die Verlängerung der budgetneutralen Phase um ein Jahr vor.

Der pauschale Satz ohne Pflegekosten sollte dementsprechend nur noch 20 bis 30 Prozent der Gesamtfallkosten betragen. Alternativ könnte der pauschale Betrag durch die vom InEK ermittelten Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur ersetzt werden. Hierbei sollte auf Grund der hohen Ausgabenwirkung auch ein längerer budgetneutraler- bzw. Konvergenzzeitraum gewählt werden. Sinnvoll erscheinen hier Budgetneutralität für 2027 und 2028 sowie eine Konvergenz in den Jahren 2029 und 2030.

Änderungsvorschlag

Anpassung siehe Bewertung.

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 39 KHG (Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin)

Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen

Die Innungskrankenkassen fordern die Umsetzung der FKG Empfehlung Nr. 36: Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen.

Die FKG empfiehlt, die zusätzlichen Fördertöpfe in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Units, spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sowie die Fördermittel für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und für Hochschulkliniken zu streichen. Zudem sollte die Erhöhung der Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung und für ländliche Krankenhäuser rückgängig gemacht werden. Damit sollen Doppelvergütungen vermieden und die Vorhaltefinanzierung ausgabenneutral umgesetzt werden.

Eine kurzfristige Umsetzbarkeit der Reformempfehlung ist ab 2027 für die Bereiche Pädiatrie und Geburtshilfe sowie ab 2028 für die übrigen Bereiche und Versorgungsstrukturen gegeben.

Änderungsvorschlag

Entsprechende Anpassungen im KHEntgG bzw. KHG.