# Stellungnahme des IKK e.V.

## zum

# Referentenentwurf eines Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratie-rückbaugesetzes (HiB)

## vom 16.11.2026

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

## Inhalt

**Grundsätzliche Anmerkungen** ..... 4

**Kommentierung** ..... 9

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ..... 9

§ 33 Absatz 1 SGB V (Hilfsmittel) ..... 9

§ 33 Absatz 4 SGB V (Hilfsmittel) ..... 10

§ 33 Absatz 5a SGB V (Hilfsmittel) ..... 11

§ 33 Absatz 5c SGB V (Hilfsmittel) ..... 13

§ 33 Absatz 8 SGB V (Hilfsmittel) ..... 14

§ 33b SGB V (Besondere Medizinprodukte) ..... 15

§ 46 SGB V (Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld) und § 49 SGB V (Ruhen des Krankengeldes) ..... 16

§ 53 SGB V (Wahltarife) ..... 19

§ 64f SGB V (Modellvorhaben zum Direktzugang in der Physiotherapie) ..... 21

§ 71d und § 127 SGB V (Schiedswesen) ..... 24

§ 87 Absatz 1c SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte) ..... 25

§ 106b SGB V ( Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen ) ..... 27

§ 106d Absatz 4a SGB V (Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung) 28

§ 125 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7a SGB V (Verträge zur Heilmittelversorgung) ..... 31

§ 124 Absatz 5 Satz 3 SGB V (Zulassung) ..... 32

§ 126 Absätze 1c und 1d SGB V (Versorgung durch Vertragspartner) ..... 34

§ 127 Absatz 1 SGB V (Verträge) ..... 35

§ 127 Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 SGB V (Verträge) ..... 36

§ 127 Absätze 2 bis 5 SGB V (Verträge) ..... 37

§ 127 Absatz 11 SGB V (Verträge) ..... 38

§ 127 Absätze 12 bis 16 SGB V (Verträge) ..... 39

§ 137g Absatz 1 SGB V (Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme) ..... 40

§ 197a Absatz 3b Satz 3 und 4 SGB V (Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen) ..... 41

§ 266 SGB V (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung) ..... 43

§ 270 Absatz 2 Satz 1 SGB V (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben) ..... 48
§ 273 SGB V (Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich) ..... 49
Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ..... 55
§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) ..... 55
§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) ..... 56
§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) ..... 57
§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) ..... 59
§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) ..... 61
§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) ..... 62
§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) ..... 63
Zu Artikel 15 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ..... 64
§ 7 RSAV (Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs) ..... 64
§ 15 RSAV (Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme) ..... 66
§ 18 RSAV (Jahresausgleich) ..... 67
§ 19 RSAV (Ausschluss auffälliger Risikogruppen) ..... 70
§ 21 RSAV (Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ..... 71
§ 27 RSAV (Übergangsregelung) ..... 72
**Ergänzender Änderungsbedarf ..... 74**
Vorschläge zur sachgerechten und fairen Weiterentwicklung des RSA ..... 74
Anzahl der HMG als Risikomerkmal ..... 74
Kalendertägliche Ausgestaltung des Risikopools ..... 76

## Grundsätzliche Anmerkungen

Die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und zugleich wirtschaftlichen Hilfsmittelversorgung ist den Innungskrankenkassen ein hohes Anliegen. Aus diesem Grunde begrüßt es der IKK e. V., dass der Gesetzgeber mit dem vorgelegten Referentenentwurf eines Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetzes (HiB) die Hilfsmittelversorgung gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels modernisieren und Bürokratie im Gesundheitswesen abbauen möchte. Hierbei sind Prozesse sachgerecht zu modernisieren und das sog. Once-Only-Prinzip nach Möglichkeit zu stärken.

Gerade die Vereinheitlichung von Verwaltungs- und Vertragsverfahren wird ausdrücklich befürwortet. Dies gilt insbesondere für den automatische Datenaustausch zwischen den Finanzbehörden und den Krankenkassen, da er die Beitragsbemessung erheblich vereinfacht und Krankenkassen wie Versicherte gleichermaßen entlastet. Allerdings drohen durch zusätzliche verbindliche Vertragsgegenstände und Aufgaben – wie z. B. die generelle Genehmigungspflicht für Hörhilfen und Schiedsverfahren – erhebliche Verhandlungs- und Verwaltungsaufwände. Auch muss die sachnahe Behandlung von Streitigkeiten über dezentrale Hilfsmittelverträge gewährleistet bleiben.

### *Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Einsparpotentiale*

Allgemein gilt: Mit Blick auf knappe Ressourcen und lange administrative Prozesse ist Bürokratieabbau überall dort zu begrüßen, wo tatsächlich unnötiger bzw. zeitaufwendiger Aufwand besteht.

Keinesfalls darf er dazu führen, dass wirksame Verfahren zur Sicherstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit geschwächt werden. Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Gesundheitswesen sind insbesondere überall dort zielführend und unverzichtbar, wo die Gefahr von Fehlberechnungen zu Lasten der Beitragszahlenden besteht. Hier mit dem „fadenscheinigen“ Argument der Entbürokratisierung Abstriche machen zu wollen, liefe der Nutzung von Einsparpotentialen – gerade in Zeiten der angespannten Finanzsituation – diametral zuwider.

Aus diesem Grunde ist auch die vorgesehene Bagatellgrenze von 300 Euro bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Arzneimitteln ausdrücklich abzulehnen. Zum einen würden dadurch bereits etablierte, weitgehend automatisierte und wirksame Prüfverfahren eingeschränkt. Zum anderen verstieße sie gegen das in § 12 SGB V geregelte Wirtschaftlichkeitsgebot, wonach vertragsärztlich verordnete Leistungen ausreichend, zweckmäßig und eben wirtschaftlich sein müssen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass wiederholt unwirtschaftliche (Folge-)Verordnungen über einen längeren Zeitraum hinweg zu durchaus relevanten Belastungen führen können. Ein Freiraum für unzulässige Verordnungen ist daher nicht sachgerecht und darf der Solidargemeinschaft nicht zugemutet werden.

Die Einführung einer verpflichtenden Vorabprüfung von Anträgen der Krankenkassen durch die Prüfungsstelle wird abgelehnt. Die Regelung schafft einen zusätzlichen Prüfungsschritt und führt zu Mehraufwand für Krankenkassen, Prüfungsstellen und Kassenärztliche Vereinigungen, ohne dass ein entsprechender Nutzen erkennbar ist. Statt Verfahren zu beschleunigen und Bürokratie abzubauen, besteht die Gefahr einer erheblichen Verlängerung der Prüfungsdauer mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand.

Das ursprünglich mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung verknüpfte Ziel einer proaktiven Steuerung des Verordnungsverhaltens der Ärzte ist verloren gegangen. Geblieben ist ein aufwendiges und emotional aufgeladenes Regressverfahren. Es muss gelingen, die Wirtschaftlichkeitsprüfung als standardisiertes Steuerungsinstrument für wirtschaftliches Leistungs- und Verordnungsverhalten zu beleben. Dabei geht es um eine Standardisierung und Digitalisierung der Auffälligkeitsprüfung, um eine Verschlankung der Prüfverfahren und um die Stärkung von Transparenz und Verbindlichkeit.

### *Direktzugang*

Mit dem neuen § 64f SGB V sollen Modellvorhaben zur physiotherapeutischen Versorgung im Direktzugang ermöglicht werden. Dabei handelt es sich um ein Versorgungsmodell, bei dem Versicherte physiotherapeutische Leistungen unmittelbar in Anspruch nehmen können, ohne zuvor eine ärztliche Heilmittelverordnung einholen zu müssen bzw. die Leistungserbringer an die Heilmittelrichtlinie gebunden sind. Die physiotherapeutischen Leistungserbringer übernehmen damit eine weitergehende Verantwortung für die Einschätzung des Behandlungsbedarfs und die Einleitung geeigneter therapeutischer Maßnahmen. Im Unterschied zur bisherigen Blankoverordnung, bei der weiterhin eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung vorausgesetzt werden, würde der Direktzugang eine zusätzliche Öffnung des bisherigen Versorgungssystems bedeuten.

Auch bezüglich der Einführung eines Direktzugangs bestehen aus wirtschaftlicher bzw. finanzieller Sicht Bedenken. Durch den Wegfall der vorherigen ärztlichen Verordnung entfällt eine wesentliche Zugangsvoraussetzung zur Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen. Dies kann zu einer zusätzlichen Nachfrage und damit zu einer Ausweitung der Leistungsmenge führen. Insbesondere besteht das Risiko, dass Versicherte auch bei Beschwerden mit geringerem Behandlungsbedarf oder ohne hinreichend gesicherte medizinische Indikation unmittelbar physiotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen.

### *DMP*

Die Regelung, dass die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme durch das BAS zukünftig entfallen soll, wird abgelehnt. Denn nur durch eine einheitliche Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen der Disease-Management-Programme (DMP) kann sichergestellt werden, dass die Anforderungen an die DMP richtlinienkonform umgesetzt werden. Diese ist damit wesentlich für ein qualitativ hochwertiges und bundesweit vergleichbares

Versorgungsangebot. Zudem bietet die Zulassung über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) den Krankenkassen und Vertragspartnern Rechtssicherheit und vermeidet nachgelagerte Beanstandungen und Anpassungen.

Die Ausführung, dass die Programmkostenpauschale einen gesonderten finanziellen Anreiz für die Durchführung der DMP darstellt, ist nicht sachgerecht. Es handelt sich hier um die programmbedingten „Mehrkosten“, die pauschal nach jährlicher Überprüfung der von den Kassenarten erhobenen Werte ausgeglichen werden. Mit der Berücksichtigung im regulären Zuweisungsverfahren würden für die Umsetzung der DMP durch den Wegfall der Programmkostenpauschale insofern finanzielle Mittel entzogen, die unter Berücksichtigung der Vorgaben des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes im Hinblick auf die Absenkung der Verwaltungskosten zwangsläufig auch für die im DMP vorgesehen Maßnahmen gelten. Hierdurch werden die Ziele des DMP konterkariert.

### *Zukunftsfonds*

Der Referentenentwurf sieht die Einrichtung eines sog. Zukunftsfonds für digitale Gesundheit vor. Die Finanzierung soll dabei zulasten des Innovationsfonds erfolgen; ab 2027 sollen jährlich 25 Millionen Euro aus dem Budget des etablierten Innovationsfonds in den Zukunftsfonds für digitale Gesundheit fließen. Die Mittel sollen für die Entwicklung, Erprobung, Evaluation und Skalierung digitaler Gesundheitslösungen eingesetzt werden.

Die geplante Einführung wirft aus Sicht der Innungskrankenkassen grundlegende Fragen zur Finanzierung und Steuerung des Zukunftsfonds auf. Insbesondere ist zu prüfen, inwieweit Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume der gemeinsamen Selbstverwaltung auf das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verlagert und zusätzliche, aus GKV-Beitragsmitteln finanzierte Verwaltungsstrukturen geschaffen werden sollen. Auch die langfristige Finanzierung und eine mögliche Ausweitung des zunächst vorgesehenen Budgets von 25 Millionen Euro bedürfen der Klärung.

Fraglich ist auch, ob mit dem Zukunftsfonds ein wirklicher qualitativer Mehrwert verbunden sein wird oder ob die vorgesehenen Zwecke nicht auch vom Innovationsfonds verwirklicht werden können. Ähnliche Antrags- und Bewertungsverfahren sowie ein eigener Projektträger und zusätzliche Bewertungsgremien beim BMG bergen die Gefahr von Doppelstrukturen und zusätzlichem Verwaltungsaufwand. Aus Kassensicht sollte daher geprüft werden, ob die Förderung digitaler Innovationen als eigener Schwerpunkt in die bestehenden Strukturen des Innovationsfonds integriert werden kann. Dies würde die vorhandene Expertise der gemeinsamen Selbstverwaltung nutzen und eine stärkere Beteiligung der GKV an den Förderentscheidungen ermöglichen.

Grundsätzlich können die vorgesehenen digitalen Förderschwerpunkte einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgung leisten. Maßgeblich muss dabei jedoch der konkrete Nutzen für die Versicherten und die GKV sein. Neben der Wirtschaftlichkeit, Interoperabilität und Praxistauglichkeit ist insbesondere sicherzustellen, dass erfolgreiche Projekte nachhaltig in die Versorgung überführt werden. Darüber hinaus sollten die Innovationsspielräume der Krankenkassen gestärkt werden, eigene digitale Versorgungslösungen gemeinsam mit Leistungserbringern und IT-Dienstleistern über geeignete Vertrags- und Kooperationsmodelle zu entwickeln und umzusetzen. Die Förderung sollte solche dezentralen Innovationsansätze unterstützen und nicht durch zusätzliche zentrale Strukturen erschweren.

Bei der Zusammensetzung des Digital Health Council muss eine angemessene Beteiligung der GKV sichergestellt werden. Dies gilt insbesondere angesichts der vorgesehenen Vertretung der Gesundheitsindustrie durch den Bundesverband der Deutschen Industrie. Auch die Krankenkassen und ihre IT-Dienstleister, insbesondere BITMARCK, sollten aufgrund ihrer Finanzierungsverantwortung und ihrer Rolle bei der Umsetzung digitaler Versorgungslösungen angemessen eingebunden werden.

### *Morbi-RSA*

Das Ziel, die bislang langwierigen Prüfverfahren zu beschleunigen und früher Rechtssicherheit über deren finanzielle Auswirkungen zu schaffen, wird grundsätzlich unterstützt. Die konkrete Ausgestaltung des neuen pauschalen Kürzungsverfahrens wird jedoch kritisch bewertet.

Die Neuregelung führt zu einem grundlegenden Systemwechsel. Bislang ist eine statistische Auffälligkeit Ausgangspunkt für eine weitergehende Prüfung. Künftig kann bereits die statistisch ermittelte Auffälligkeit selbst eine Kürzung der RSA-Zuweisungen auslösen, ohne dass ein konkreter Rechtsverstoß oder eine unzulässige Beeinflussung der Diagnosedokumentation durch die Krankenkasse festgestellt werden muss.

Kritisch ist schließlich das Nebeneinander des pauschalen Kürzungsverfahrens und der weiterhin möglichen anlassbezogenen Einzelfallprüfung. Beide Verfahren verfolgen unterschiedliche Ansätze: Während die pauschale Kürzung an eine statistische Auffälligkeit anknüpft, setzt die anlassbezogene Prüfung konkrete Tatsachen voraus, die den Verdacht eines Rechtsverstoßes begründen.

Soweit derselbe Sachverhalt oder derselbe Zuweisungseffekt in beiden Verfahren berücksichtigt werden kann, muss eine mehrfache finanzielle Belastung vollständig ausgeschlossen werden. Die vorgesehene Anrechnung muss deshalb lückenlos und transparent ausgestaltet sein. Derselbe Zuweisungseffekt darf nicht zunächst pauschal gekürzt und an-

schließend im Rahmen eines festgestellten Rechtsverstoßes nochmals abgeschöpft werden. Eine solche Doppelbelastung wäre mit dem Korrekturzweck der Regelung nicht vereinbar.

### *Ergänzende Bewertung zur Rückverteilung der Korrekturbeträge*

Die Rückverteilung von Korrekturbeträgen sollte periodengerecht nach den Mitgliederverhältnissen des jeweils korrigierten Ausgleichsjahres erfolgen. Prüfungen und Korrekturen nach § 273 SGB V dienen dazu, fehlerhafte Datenmeldungen und die daraus resultierenden Zuweisungswirkungen eines konkreten zurückliegenden RSA-Ausgleichsjahres nachträglich zu berichtigen. Die Rückverteilung der Korrekturbeträge sollte deshalb demselben zeitlichen Bezug folgen.

Im Übrigen wird an dieser Stelle auf eine Regelungslücke hingewiesen: Bei der Anrechnung von Kürzungs- bzw. Korrekturbeträgen aus früheren Jahren ist zu beachten, dass auch aus anlassbezogenen Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 5 SGB V a. F. bereits Korrekturbeträge geltend gemacht wurden bzw. davon auszugehen ist, dass diese bis zum Inkrafttreten der beabsichtigten Neuregelung geltend gemacht werden. Daher ist auch für diese Korrekturbeträge eine entsprechende Anrechnung vorzusehen.

### *Weitergehender Änderungsbedarf*

Über die im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen hinaus sollte der RSA konsequenter am tatsächlichen Morbiditäts- und Versorgungsbedarf der Versicherten ausgerichtet werden. Hierzu sollte die Anzahl der einem Versicherten zugeordneten HMG als ergänzendes Risikomerkmal berücksichtigt werden.

Der Risikopool soll Krankenkassen gegen außergewöhnlich hohe Ausgaben einzelner Versicherter absichern. Nach geltendem Recht werden Leistungsausgaben oberhalb eines jährlich festgelegten Schwellenwerts zu 80 Prozent ausgeglichen. Damit begrenzt der Risikopool insbesondere solche finanziellen Risiken, die durch einzelne besonders kostenintensive Behandlungsfälle entstehen und im übrigen RSA nicht hinreichend ausgeglichen werden. Der Risikopool sollte konsequent an den tatsächlichen Versichertenzeiten ausgerichtet und hierfür um einen kalendertäglichen Schwellenwert ergänzt werden.

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

# Kommentierung

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

**Nr. 11 Buchstabe a**

**§ 33 Absatz 1 SGB V (Hilfsmittel)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Hilfsmittelversorgung wird auf zur Laienanwendung bestimmte Produkte konkretisiert; zugleich wird die Beratung zur Auswahl geeigneter Hilfsmittel und ergänzender Dienstleistungen hervorgehoben.

### Bewertung

Mit der Einführung eines eigenständigen Leistungsanspruchs für besondere Medizinprodukte wird ein weiterer Scope der Vertragsgestaltung der Leistungsansprüchen eröffnet. Dies führt zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand der Krankenkassen. Die Notwendigkeit dieser Regelung wird nicht erkannt. Der Vorschlag ist daher zu streichen, alternativ sollte die Voraussetzung für die Aufnahme von nicht zur Laienanwendung bestimmten Medizinprodukten in das Verzeichnis, der Nachweis eines patientenrelevanten Nutzens sowie einer Kosten-Nutzenbewertung gegenüber Hilfsmitteln, die zur Laienanwendung bestimmt sind, eingeführt werden.

### Änderungsvorschlag

Streichung.

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 11 Buchstabe c

**§ 33 Absatz 4 SGB V (Hilfsmittel)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Übernahme notwendiger Energiekosten elektrisch betriebener Hilfsmittel wird ausdrücklich geregelt; Einzelheiten sollen in bundeseinheitlichen Richtlinien bestimmt werden.

### Bewertung

Pauschalen und einheitliche Bemessungsregeln können Einzelnachweise unnötig machen. Die Situation besonders schutzbedürftiger Versicherter, insbesondere bei mehreren stromverbrauchenden Hilfsmitteln, muss aber berücksichtigt werden. Die Richtlinienkompetenz sollte ausdrücklich angemessene Bagatellgrenzen einschließlich Ausnahmen für atypische Belastungen ermöglichen.

### Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 11 Buchstabe d

**§ 33 Absatz 5a SGB V (Hilfsmittel)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Für die Versorgung mit Hörhilfen ist grundsätzlich eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse vorgesehen.

### Bewertung

Die verpflichtende Genehmigung aller Hörhilfen Versorgungen erhöht den Verwaltungsaufwand für Krankenkassen und Leistungserbringer. Gleichzeitig ist eine relevante Steuerungswirkung nicht erkennbar in Bezug auf die Vermeidung von wirtschaftlichen Aufzahlungen, da die Entscheidung für eine aufzahlungspflichtige Versorgung regelmäßig bereits vor Antragstellung im Rahmen der Anpassung und Auswahl des Hörgeräts getroffen wird. Vor diesem Hintergrund erscheint der Wegfall der Genehmigungsfreistellung nicht verhältnismäßig. Dem zusätzlichen bürokratischen Aufwand steht kein erkennbarer Nutzen zur Begrenzung von Aufzahlungen gegenüber. Zielgerichtetere Maßnahmen sollten stattdessen an der Beratungs- und Entscheidungsphase der Versorgung ansetzen. Wenn die Einbindung von qualifizierten HIMI-Beratern im Hörgerätebereich, analog ärztlicher Zweitmeinung, erlaubt wäre, könnten diese die Versicherten bei der technischen Wahl der Geräte unterstützen und wirtschaftliche Aufzahlungen vermeiden. Die Mitarbeiter der Krankenkassen haben hierzu nicht die erforderliche Beratungskompetenz; der Einsatz der Hilfsmittelberatung wäre für Hörhilfen zu erlauben, um dem Ziel der Vermeidung wirtschaftlicher Aufzahlung auch geeignete Maßnahmen entgegen setzen zu können.

Sofern die Hörakustiker ohnehin den Aufwand für die Erstellung von Kostenvoranschlägen betreiben müssen, könnte zudem die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus dem Urteil B 3 KR 13/23 R, wonach ein erheblicher Gebrauchsvorteil nach dem subjektiven Empfinden der versicherten Person zu beurteilen ist, deutlich häufiger zur Anwendung kommen. Dies könnte zu einer steigenden Zahl von Anträgen auf die Versorgung mit über dem Festbetrag liegenden Hörgeräten führen. Entsprechend wären zusätzliche Ausgaben für die Krankenkassen zu erwarten.

Eine pauschale Genehmigungspflicht belastet auch mehrkostenfreie Versorgungen und kann den Zugang verzögern. Ob Mehrkosten entstehen, steht vielfach erst nach Anpassung und Erprobung fest. Für die Transparenz über Mehrkosten bestehen bereits nachgelagerte Datenmöglichkeiten nach § 302 SGB V.

**Änderungsvorschlag**

Die zusätzliche Genehmigungspflicht ist zu streichen. Falls eine vorgelagerte Einbindung beibehalten wird, muss sie auf bereits konkret erkennbare Mehrkostenversorgungen begrenzt sein; die Genehmigung der Sachleistung und die private Mehrkostenentscheidung sind auseinanderzuhalten.

Alternativ: Erlaubnis der Unterstützung qualifizierter Fachberatung analog ärztlicher Zweitmeinung einführen und Mehrkostenregelung bei Hörgeräten deckeln.

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 11 Buchstabe e

**§ 33 Absatz 5c SGB V (Hilfsmittel)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Bei einer qualifizierten Empfehlung einer Pflegefachperson soll eine weitere vertragsärztliche Verordnung entbehrlich sein; Einzelheiten sind durch Richtlinien zu regeln.

### Bewertung

Die Vermeidung einer Doppelverordnung ist sinnvoll. Für die Erarbeitung und Abstimmung der Richtlinien ist die vorgesehene Sechsmonatsfrist angesichts weiterer gesetzlicher Aufträge zu knapp.

Die fachliche Expertise der Einrichtungen wird ausdrücklich anerkannt. Die Vermutungswirkung ihrer Empfehlungen darf jedoch nicht dazu führen, dass die Krankenkassen ihre gesetzliche Verantwortung zur Prüfung von Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit faktisch nicht mehr wahrnehmen können.

### Änderungsvorschlag

Die Frist zur Richtlinienerstellung ist auf zehn Monate nach Inkrafttreten zu verlängern.

Die Krankenkasse ist zur Prüfung der Hilfsmittelversorgung berechtigt, wenn u. a.

- wirtschaftlich gleich geeignete Versorgungsalternativen verfügbar sind,
- Anhaltspunkte für Doppelversorgungen vorliegen oder
- tatsächliche Hinweise auf eine unwirtschaftliche und nicht zweckmäßige Versorgung vorliegen (Fehlversorgungen, Überversorgungen).

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 11 Buchstabe f**

**§ 33 Absatz 8 SGB V (Hilfsmittel)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Die Sonderregelung für Hilfsmittel soll entfallen, sodass Krankenkassen nach erfolgloser Zahlungsaufforderung durch den Leistungserbringer den weiteren Einzug gesetzlicher Zuzahlungen übernehmen müssten.

**Bewertung**

Das Vorhaben verlagert Forderungsprüfung, Mahnung und Ausfallrisiko auf die Krankenkassen, statt Bürokratie abzubauen. Gleichzeitig entstehen bei den Krankenkassen zusätzliche Aufwände für Forderungsprüfung, Zahlungsabwicklung und Einzug der Zuzahlungen. Insgesamt ist daher von einer Belastung der Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung auszugehen. Zudem ist das bisherige Risiko der Leistungserbringer in den verhandelten Preisen grundsätzlich berücksichtigungsfähig.

**Änderungsvorschlag**

Die Streichung des zweiten Halbsatzes in § 33 Absatz 8 Satz 2 SGB V ist zurückzunehmen.

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 12

**§ 33b SGB V (Besondere Medizinprodukte)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Ein eigenständiger Anspruch soll Medizinprodukte erfassen, die nicht für Laien bestimmt sind und für bestimmte Maßnahmen der Behandlungspflege durch Fachpersonen benötigt werden.

### Bewertung

Die Schließung einer Versorgungslücke wird unterstützt. Entscheidend sind eine klare Anknüpfung an die in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie genannten Maßnahmen und der Ausschluss von Doppelfinanzierungen bereits anderweitig vergüteter Produkte.

### Änderungsvorschlag

Der Leistungsanspruch sollte präzise auf die einschlägigen Maßnahmen der Behandlungspflege nach der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie Bezug nehmen. Eine zusätzliche Beschränkung auf einzelne Versorgungskontexte ist nicht erforderlich.

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 20 und 21

**§ 46 SGB V (Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld) und § 49 SGB V (Ruhen des Krankengeldes)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige und nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte soll der Krankengeldanspruch künftig bereits ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit entstehen. Für die ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ist das Ruhen des Krankengeldanspruchs auf Grundlage eines neuen Ruhenstatbestandes in § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V vorgesehen.

Auf diesen Ruhenszeitraum werden vorausgegangene Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen derselben Krankheit in Anlehnung an § 3 Absatz 1 Satz 2 Entgeltfortzahlungsgesetz angerechnet. Eine ununterbrochene sechswöchige Arbeitsunfähigkeit ist somit für die Geltendmachung des Krankengeldanspruchs nicht erforderlich. Damit soll eine mit der Regelung für versicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vergleichbare Regelung geschaffen werden.

### Bewertung

Nach dem aktuellen Gesetzeswortlaut entsteht für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, unständig Beschäftigte oder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte der Anspruch auf Krankengeld nach § 46 Satz 4 SGB V grundsätzlich erst von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an, wenn sie eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben. Eine klarstellende gesetzliche Regelung auf Grundlage des BSG-Urteils vom 28.03.2019, B 3 KR 15/17 R, wird seit geraumer Zeit durch die GKV gefordert.

Die gewählte gesetzessystematische Umsetzung ist sachgerecht und nachvollziehbar. Durch die Aufhebung der bisherigen Sonderregelung in § 46 Satz 4 SGB V entsteht der Krankengeldanspruch für die betroffenen Versichertengruppen künftig grundsätzlich zu den in § 46 Satz 1 SGB V genannten Zeitpunkten. Die bisherige Karenzzeit wird durch den neuen Ruhenstatbestand in § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V als Ruhen des bereits entstandenen Anspruchs abgebildet. Die Anrechnung vorausgegangener Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen derselben Krankheit setzt die Rechtsprechung des BSG gesetzlich um. Die Orientierung an den Fristen des § 3 Abs. 1 Satz 2 Entgeltfortzahlungsgesetz ist dabei nachvollziehbar.

Ergänzungsbedarf besteht jedoch bei der Berücksichtigung von Zeiten einer Krankenhausbehandlung sowie einer Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. Da der Krankengeldanspruch nach § 46 Satz 1 SGB V mit dem Beginn einer solchen Behandlung entstehen kann, sollte deren Anrechnung auf den Ruhenszeitraum in § 49 SGB V geregelt werden.

Hierfür spricht auch die Systematik des Entgeltfortzahlungsgesetzes. Die Berücksichtigung von Krankenhausbehandlungszeiten als krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten wurde durch das Bundesarbeitsgericht mit Urteil vom 05.04.1976 (5 AZR 297/75) anerkannt. Für Maßnahmen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation enthält § 9 Entgeltfortzahlungsgesetz entsprechende verweisende Regelungen. Zur Vermeidung von Auslegungsunsicherheiten und zur Gewährleistung einer einheitlichen Anwendung sollten entsprechende Regelungen in § 49 SGB V aufgenommen werden.

Die Überführung der bisherigen Sonderregelung aus § 46 Satz 5 SGB V in § 49 Abs. 2 SGB V ist sachgerecht. Auch für die dort vorgesehenen Regelungen zu den nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten sollte die Berücksichtigung von Zeiten einer Krankenhausbehandlung sowie einer Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ergänzt werden.

**Änderungsvorschläge**

§ 49 Absatz 1 Nummer 7 SGB V wird wie folgt gefasst und ergänzt:

„während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit oder einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) auf Kosten der Krankenkasse für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 abgegeben haben oder die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versichert sind; der Ruhenszeitraum verkürzt sich um die Anzahl der Tage der vorhergehenden Arbeitsunfähigkeiten und stationären Behandlungen in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) auf Kosten der Krankenkasse, wenn diese jeweils

a) wegen derselben Krankheit und
b) innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Beginn der jeweiligen Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) auf Kosten der Krankenkasse bestanden und für diese Zeiten ein Anspruch auf Krankengeld bestand, es sei denn, seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ist eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen.“

§ 49 Absatz 2 SGB V wird wie folgt gefasst und ergänzt:

„Das Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld für die in Absatz 1 Nummer 7 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz endet bereits vor der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) auf Kosten der Krankenkasse zu dem von der Satzung bestimmten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) auf Kosten der Krankenkasse, wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse einen Tarif nach § 53 Absatz 6 gewählt hat.“

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 22

**§ 53 SGB V (Wahltarife)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehenen Änderungen der gesetzlichen Regelungen zu den Krankengeldwahltarifen in § 53 Abs. 6 SGB V sind Folgeänderungen zu den vorgesehenen Neuregelungen zur Entstehung und zum Ruhen des Krankengeldanspruchs. Die Krankenkassen müssen für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, unständig Beschäftigte und nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte weiterhin Krankengeldwahltarife in ihrer Satzung anbieten. Diese müssen das Ruhen des Anspruchs nach § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V ausschließen oder den im ersten Halbsatz geregelten Ruhenszeitraum verkürzen. Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte ist eine Verkürzung um mindestens drei Wochen vorzusehen.

Darüber hinaus wird der Zeitraum für die Vorlage versicherungsmathematischer Gutachten zu den Wahltarifen bei den Aufsichtsbehörden von drei auf fünf Jahre verlängert. Die Fristverlängerung soll den Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen und die Aufsichtsbehörden reduzieren. Zudem wird in Satz 2 der zweite Halbsatz gestrichen, da sich die Regelung durch Zeitablauf erledigt hat.

### Bewertung

Die Änderungen der Regelungen zu den Krankengeldwahltarifen nach § 53 Absatz 6 SGB V sind als Folgeänderungen zu den §§ 46 und 49 SGB V sachgerecht. Die Wahltarife sehen künftig keinen früher entstehenden Krankengeldanspruch mehr vor, sondern schließen das Ruhen des bereits entstandenen Anspruchs aus oder verkürzen den Ruhenszeitraum. Dies entspricht grundsätzlich der bisherigen Intention und Absicherung durch die Wahltarife.

Korrekturbedarf besteht jedoch für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten. Bisher müssen die Krankenkassen Wahltarife mit einem Krankengeldanspruch spätestens ab Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit anbieten. Die vorgesehene Verkürzung des sechswöchigen Ruhenszeitraums um mindestens drei Wochen gewährleistet dagegen einen Leistungsbeginn erst ab der vierten Woche. Zur Beibehaltung der bisherigen Absicherung ist daher eine Verkürzung um mindestens vier Wochen vorzusehen.

Die Verlängerung der Vorlagefrist für versicherungsmathematische Gutachten von drei auf fünf Jahre ist zu begrüßen. Sie reduziert den Verwaltungsaufwand für deren Erstellung und Prüfung. Die regelmäßige Überprüfung der dauerhaften Finanzierung der Wahltarife bleibt gewährleistet.

**Änderungsvorschlag**

§ 53 Absatz 6 Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die ein Ruhen des Anspruchs nach § 49 Abs. 1 Nr. 7 ausschließen oder den Zeitraum nach § 49 Abs. 1 Nr. 7 1. Halbsatz verkürzen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch um mindestens vier ~~drei~~ Wochen.“

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 29

### § 64f SGB V (Modellvorhaben zum Direktzugang in der Physiotherapie)

#### Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen und ihre Verbände können Modellvorhaben vereinbaren, in denen besonders qualifizierte Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ohne vorherige ärztliche Diagnosestellung über die Behandlung entscheiden.

#### Bewertung

Die Ausgestaltung als freiwillige Kann-Regelung ist sachgerecht. Zugleich entstehen durch die eigenständige Entscheidung über Art, Umfang und Frequenz der Behandlung Risiken einer nicht bedarfsgerechten Mengenausweitung. Eine Übertragung zusätzlicher Entscheidungskompetenzen muss deshalb mit wirksamer wirtschaftlicher Verantwortung und überprüfbaren Steuerungsinstrumenten einhergehen.

Mit dem neuen § 64f SGB V sollen Modellvorhaben zur physiotherapeutischen Versorgung im Direktzugang ermöglicht werden. Dabei handelt es sich um ein Versorgungsmodell, bei dem Versicherte physiotherapeutische Leistungen unmittelbar in Anspruch nehmen können, ohne zuvor eine ärztliche Heilmittelverordnung einholen zu müssen bzw. die Leistungserbringer an die Heilmittelrichtlinie gebunden sind. Die physiotherapeutischen Leistungserbringer übernehmen damit eine weitergehende Verantwortung für die Einschätzung des Behandlungsbedarfs und die Einleitung geeigneter therapeutischer Maßnahmen. Im Unterschied zur bisherigen Blankoverordnung, bei der weiterhin eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung vorausgesetzt werden, würde der Direktzugang eine zusätzliche Öffnung des bisherigen Versorgungssystems bedeuten.

*Auswirkungen auf Kosten und Ausgabenentwicklung*

Aus finanzieller Sicht ist insbesondere der Direktzugang kritisch zu bewerten. Durch den Wegfall der vorherigen ärztlichen Verordnung entfällt eine wesentliche Zugangsvoraussetzung zur Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen. Dies kann zu einer zusätzlichen Nachfrage und damit zu einer Ausweitung der Leistungsmenge führen. Insbesondere besteht das Risiko, dass Versicherte auch bei Beschwerden mit geringerem Behandlungsbedarf oder ohne hinreichend gesicherter medizinischer Indikation unmittelbar physiotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen.

Es ist davon auszugehen, dass eine Ausweitung des Zugangs zunächst mit einem zusätzlichen finanziellen Risiko für die GKV verbunden ist. Entscheidend wird dabei sein, ob die Modellvorhaben zu einer tatsächlichen Substitution bisheriger Leistungen oder überwiegend zu zusätzlichen Behandlungsfällen führen.

Die Ausgaben im Heilmittelbereich steigen seit Jahren stetig. Über die Qualität der Versorgung sowie das Outcome liegen nur wenige Informationen vor. Die Einführung der *Blankoverordnung* hat zu einer starken Ausweitung der Behandlungseinheiten geführt. Es gibt keine ausreichenden Sanktionierungsmöglichkeiten in den Verträgen, die zu einem wirtschaftlichen Handeln anregen oder verpflichten. Ein medizinischer Mehrwert oder Qualitätsgewinn für die Versicherten ist anhand der vorliegenden Daten nicht nachweisbar.

Die GKV-Ausgaben haben sich von rund 6,1Milliarden Euro im Jahr 2015 auf rund 13,3Milliarden Euro im Jahr 2024 erhöht. Damit haben sich die Ausgaben innerhalb von zehn Jahren mehr als verdoppelt. Der Anstieg der Ausgaben lag im Jahr 2025 bei 10,4 Prozent. Für das erste Halbjahr 2026 wird nach den Kennzahlen des GKV-HIS ein weiterer Anstieg um 9,87 Prozent gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum ausgewiesen.

Besonders deutlich wird die finanzielle Bedeutung bei der Betrachtung der durchschnittlichen Kosten je Verordnung. Die Durchschnittskosten einer Versorgung der GKV im Rahmen der Blankoverordnung lagen im 4. Quartal 2025 bei 714 Euro, während bei den Regelverordnungen durchschnittlich nur 212 Euro abgerechnet wurden.

*Medizinischer Nutzen und Ausweitung der Versorgung*

Der Direktzugang kann insbesondere bei unkomplizierten muskuloskelettalen Beschwerden Vorteile bieten. Eine frühzeitige physiotherapeutische Einschätzung und Behandlung kann Wartezeiten verkürzen, die Versorgung beschleunigen und möglicherweise unnötige Arztkontakte vermeiden. Zudem können die fachlichen Kompetenzen akademisch qualifizierter Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten stärker genutzt werden.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die physiotherapeutische Befunderhebung eine ärztliche Diagnostik nicht vollständig ersetzen kann. Insbesondere bei unklaren Beschwerdebildern, komplexen Erkrankungen oder möglichen schwerwiegenden Ursachen ist eine ärztliche Abklärung weiterhin unverzichtbar. Es muss sichergestellt werden, dass sogenannte „Red Flags“ zuverlässig erkannt und Patienten bei entsprechendem Verdacht an die ärztliche Versorgung weitergeleitet werden.

Ein zusätzlicher medizinischer Nutzen des Direktzugangs gegenüber der bisherigen Versorgung bzw. der bereits bestehenden Blankoverordnung muss deshalb erst noch wissenschaftlich nachgewiesen werden. Die bloße Erweiterung therapeutischer Kompetenzen

oder ein erleichterter Zugang zu Leistungen stellen für sich genommen noch keinen Beleg für bessere Behandlungsergebnisse dar.
Bewertung und Forderungen

Die Einführung eines physiotherapeutischen Direktzugangs darf ausschließlich im Rahmen klar begrenzter und wissenschaftlich begleiteter Modellvorhaben erfolgen. Voraussetzung muss eine eindeutige Definition der Qualifikationen, der zulässigen Indikationen und der therapeutischen Verantwortlichkeiten sein. Insbesondere müssen verbindliche Regelungen zur Erkennung von Warnsignalen, zur ärztlichen Weiterleitung und zur Qualitätssicherung geschaffen werden. Darüber hinaus sind klare Mengen- und Kostengrenzen zu definieren, die bei Nichteinhaltung Sanktionsmöglichkeiten für die GKV zulassen.

Die Modellvorhaben müssen zudem eine aussagekräftige Evaluation der medizinischen Ergebnisse und der finanziellen Auswirkungen gewährleisten. Dabei sind insbesondere die Entwicklung der Behandlungsfälle und Behandlungseinheiten, die Kosten je Versicherten, die Vermeidung beziehungsweise Entstehung zusätzlicher Arztkontakte sowie die tatsächlichen Behandlungsergebnisse zu untersuchen und zu bewerten. Wichtig ist ebenso ein Vergleich mit der bisherigen Regelversorgung und der Blankoverordnung. Eine Überführung in die Regelversorgung darf erst nach Nachweis eines eindeutigen medizinischen und wirtschaftlichen Mehrwerts erfolgen.

**Änderungsvorschlag**

Die Freiwilligkeit der Modellvorhaben ist zu erhalten. Die gesetzlichen Mindestanforderungen an Mengensteuerung, Wirtschaftlichkeit, Patientensicherheit und Evaluation sind so zu präzisieren, dass die wirtschaftliche Verantwortung vertraglich wirksam vereinbart und überprüft werden kann.

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 35 und Nr. 76

**§ 71d und § 127 SGB V (Schiedswesen)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschriften zum Schiedswesen werden verfahrensrechtlich vereinheitlicht. Zugleich entstehen insbesondere für den neuen bundesweiten Hilfsmittelrahmenvertrag zusätzliche Schiedsgegenstände.

### Bewertung

Die Vereinheitlichung bestehender Verfahrensregeln ist grundsätzlich nachvollziehbar. Durch zusätzliche verbindliche Vertragsgegenstände und Schiedsverfahren drohen jedoch erhebliche Verhandlungs- und Verwaltungsaufwände. Die sachnahe Behandlung von Streitigkeiten über dezentrale Hilfsmittelverträge muss gewährleistet bleiben.

### Änderungsvorschlag

Die Vereinheitlichung ist auf bestehende Verfahren zu begrenzen. Zusätzliche Schiedsgegenstände durch einen verpflichtenden Bundesrahmenvertrag sollten vermieden werden; für dezentrale Verträge ist die vertragspartnerbezogene Streitbeilegung zu erhalten.

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 44 c)**

**§ 87 Absatz 1c SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Nach Absatz 1c Satz 6 wird der folgende Satz 7 eingefügt:

„Für die Übermittlung der Daten nach Satz 4 durch den Vertragszahnarzt an den vertragszahnärztlichen Gutachter und die Übermittlung des Ergebnisses der Begutachtung durch den vertragszahnärztlichen Gutachter an die Krankenkasse ist ein sicheres Übermittlungsverfahren der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 verpflichtend ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu nutzen."

**Bewertung**

Die Digitalisierung des Gutachterverfahrens Zahnärzte mit Festlegung der verpflichtenden Umsetzung ein Jahr nach Verkündung wird begrüßt.

Diese Digitalisierung umfasst nach vorliegendem Entwurf aber nur die digitale Übermittlung von Vertragszahnarzt an den vertragszahnärztlichen Gutachter sowie vom vertragszahnärztlichen Gutachter an die Krankenkasse

Zwingend und der Vollständigkeit halber muss die initiierende Beauftragung der Begutachtung der Krankenkasse an den vertragszahnärztlichen Gutachter auch von der Digitalisierung umfasst sein. Es ist davon auszugehen, dass es sich nur um ein redaktionelles Versehen handelte und die Digitalisierung des Gutachterverfahrens vollständig vorgesehen ist.

**Änderungsvorschlag**

§ 87 Absatz 1c Satz 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Für die Beauftragung des vertragszahnärztlichen Gutachters durch die Krankenkasse sowie die Übermittlung der Daten nach Satz 4 durch den Vertragszahnarzt an den vertragszahnärztlichen Gutachter und die Übermittlung des Ergebnisses der Begutachtung durch den vertragszahnärztlichen Gutachter an die Krankenkasse ist ein sicheres Übermittlungs-

verfahren der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 verpflichtend ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu nutzen.“

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 54**

**§ 106b SGB V ( Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen )**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Ergänzung in § 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V soll zukünftig in den Rahmenvorgaben festgelegt werden, dass bis zu einem Betrag in Höhe von 300 Euro je Betriebsstätten Nummer, Krankenkasse und Quartal Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen nicht beantragt werden dürfen.

**Bewertung**

Die Innungskrankenkassen lehnen die im Gesetzentwurf vorgesehene Bagatellgrenze ab. Sie steht den gesetzlichen Vorgaben und dem Ziel entgegen, dass die vertragsärztlich verordneten Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, da Prüfungen unzulässiger Verordnungen bis zur Bagatellgrenze von 300 Euro nicht beantragt werden dürfen. Insbesondere werden damit auch Folgeverordnungen über Jahre hinweg nicht aufgegriffen, da auch diese jeweils die Bagatellgrenze unterschreiten. Dies führt zur unrechtmäßigen Leistungsausweitungen und damit zu einem Kostenanstieg, der ausschließlich zu Lasten der Solidargemeinschaft erfolgt. Eine starre Grenze schränkt darüber hinaus die Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen erheblich ein. Wiederholte unwirtschaftliche Verordnungen können auch bei jeweils niedrigen Quartalsbeträgen über längere Zeiträume zu relevanten Belastungen führen. Differenzierte regionale Prüfvereinbarungen würden durch eine einheitliche gesetzliche Grenze verdrängt. Unabhängig davon sind unzulässige Verordnungen von der geplanten Bagatellgrenze zwingend auszunehmen, da durch Festlegung einer Bagatellgrenze ausgeschlossene Leistungen nicht allein aufgrund ihrer „Geringfügigkeit“ legitimiert werden dürfen.

Bereits heute sehen die regionalen Prüfungsvereinbarungen Bagatellgrenzen vor. Diese sind jedoch deutlich niedriger gehalten und liegen in der Regel bei einem mittleren zweistelligen Betrag. Bei einem Betrag von 300 Euro pro Quartal ist, zuzüglich der Folgekosten, nicht mehr von einer Bagatelle zu sprechen.

**Änderungsvorschlag**

Streichung.

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 55 b)**

**§ 106d Absatz 4a SGB V (Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird ein vollständig neues zweistufiges Verfahren für Anträge von Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen auf sachliche und rechnerische Abrechnungsprüfung (§ 106d Abs. 2 SGB V) eingeführt. Anträge der Krankenkassen auf gezielte Abrechnungsprüfungen sind künftig nicht mehr unmittelbar bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wirksam, sondern durchlaufen zunächst eine Vorprüfung durch die Prüfungsstelle. Dabei bewertet die Prüfungsstelle die Erfolgsaussichten anhand der ihr vorliegenden Datenbestände. Sie kann auch weitere Unterlagen von den Krankenkassen anfordern. Offensichtlich unbegründete Anträge können bereits dort zurückgewiesen und nur begründete Anträge werden an die KV weitergeleitet.

**Bewertung**

Die Einführung einer verpflichtenden Vorabprüfung von Anträgen der Krankenkassen durch die Prüfungsstelle wird abgelehnt. Die Regelung schafft einen zusätzlichen Prüfungsschritt und führt zu Mehraufwand für Krankenkassen, Prüfungsstellen und Kassenärztliche Vereinigungen, ohne dass ein entsprechender Nutzen erkennbar ist. Statt Verfahren zu beschleunigen und Bürokratie abzubauen, besteht die Gefahr einer erheblichen Verlängerung der Prüfungsdauer mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand.

Besonders kritisch ist die vorgesehene Möglichkeit der Prüfungsstelle, Anträge der Krankenkassen als unbegründet zurückzuweisen. Dadurch werden die gesetzlich vorgesehenen Prüfrechte der Krankenkassen eingeschränkt und die effektive Kontrolle vertragsärztlicher Abrechnungen erschwert. Eine zusätzliche Vorprüfung führt regelmäßig lediglich zu einer Doppelbewertung des Sachverhalts, ohne einen erkennbaren Mehrwert für die Qualität der Prüfungen zu schaffen.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung sollte daher auf die Einführung des Absatzes 4a verzichtet werden. Stattdessen sollte das bisherige Verfahren der unmittelbaren Antragstellung bei der Kassenärztlichen Vereinigung beibehalten und durch digitale Prüfverfahren sowie verbindliche Bearbeitungsfristen weiterentwickelt werden. Hierdurch können Abrechnungsprüfungen effizienter gestaltet werden, ohne die Prüfrechte der Krankenkassen einzuschränken.

**Änderungsvorschlag**

Streichung.

**Weiterer Änderungsbedarf**

Zentrales Element für die Information und Grundlage für wirtschaftliche Verordnungspraxis sind die Praxisverwaltungssoftware-Systeme (PVS). Mit der geplanten Einführung der Primärversorgung wird es vermehrt zu Verordnungsverschiebungen von der Facharztpraxis hin zur hausärztlichen Versorgung kommen. Eine gute PVS unterstützt den Arzt bei der Verordnung optimal und macht eine wirtschaftliche Verordnungsweise so einfach wie möglich. Aktuelle Hinweise auf Regelungen z. B. zum Off-Label-Use bewahren Ärzte vor Regress und möglichen Haftungen.

Notwendig wäre die Überprüfung des Kriterienkatalogs zur Zertifizierung der PVS-Systeme im Hinblick auf Schnittstellenvorgaben und Migrationsoptionen und eine stärkere Regulierung der Vorgaben zur Ausgestaltung und Aktualität. Ein Ansatzpunkt zur Verbesserung wäre eine Konkretisierung des § 332b SGB V: Statt jetziger „Kann-Regel“ sollte die KBV verpflichtet sein, hierzu eine Rahmenvereinbarung zu schließen.

Derzeit führen unterschiedliche regionale Prüfvereinbarungen und Bewertungsmaßstäbe unterschiedlichen (analogen und digitalen) Antragsverfahren, uneinheitlicher Prüfungspraxis und unterschiedlichen Entscheidungen bei vergleichbaren Sachverhalten.

Daher sollte geprüft werden, bundesweit einheitliche Prüfverfahren, Bewertungsmaßstäbe und Verwaltungsprozesse für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V zu etablieren. Über bundesweite Rahmenvorgaben sollten die regionalen Prüfvereinbarungen standardisiert werden, aber auch weiterhin regionale Besonderheiten ermöglichen.

Ziel muss ein einheitlich digitalisiertes Verfahren sowie eine stärker standardisierte, transparente und rechtssichere Prüfungspraxis sein. Die Verfahren sollen hin zu einer standardisierten, qualitativen Auffälligkeitsprüfung weiterentwickelt werden.

Die geplante Einführung der Option, dass die Prüfstelle Prüfanträge einseitig ablehnen kann wg. fehlender Erfolgsaussicht greift zu kurz. Hierzu müsste zumindest die gemeinsame Selbstverwaltung beauftragt werden, entsprechende Vorgaben zu machen.

Eine Beschleunigung der Verfahren ließe sich auch dadurch erreichen, dass Widerspruchsmöglichkeiten auf Seiten der Ärzte eingeschränkt werden, wenn keine Mitwirkung in der 1. Instanz erfolgt. Zurzeit erfolgt eine Reaktion des Arztes im Widerspruchsverfahren erst nach Festsetzungsbescheid. Das erhöht den Aufwand unvertretbar. Mitwirkung erleichtert und verkürzt Verfahren. Deshalb sollten verbindliche Regelungen getroffen werden, um eine frühzeitige Mitwirkung der Ärzte zu gewährleisten.

Konzentration auf erfolgsversprechende Prüfungen entlastet das Verfahren. Mitwirkung erleichtert und verkürzt Verfahren. Für den Vorschlag, Regresse zu verbescheiden bei fehlender Mitwirkung der Ärzte, gibt es derzeit keine gesetzliche Grundlage. Sie müsste geschaffen werden.

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 74

**§ 125 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7a SGB V (Verträge zur Heilmittelversorgung)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesverträge sollen festlegen, in welchen Fällen bei Abrechnungsbeanstandungen, insbesondere bei Formfehlern, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt.

### Bewertung

Das Anliegen, unverhältnismäßige Kürzungen wegen geringfügiger heilbarer Formalien zu vermeiden, ist aus Sicht der Innungskrankenkassen nachvollziehbar. Die Formulierung „insbesondere bei Formfehlern“ reicht jedoch über reine Formmängel hinaus und könnte auch materielle Fehler der Leistungserbringung oder Abrechnung erfassen. Sie muss daher präzisiert werden. Das Vertragsverhältnis zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern und die bestehenden vertraglichen Korrekturmöglichkeiten sind zu beachten.

### Änderungsvorschlag

§ 125 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7a SGB V wird wie folgt gefasst:

„7a. in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch die Krankenkassen~~, insbesondere~~ bei geringfügigen, heilbaren Formfehlern ~~der Abrechnung~~ eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt, sofern die gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs im Übrigen erfüllt sind,“

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 73**

## § 124 Absatz 5 Satz 3 SGB V (Zulassung)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung des § 124 Absatz 5 Satz 3 SGB V betrifft die Zulassung von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbaren Einrichtungen zur Heilmittelversorgung. Durch die Einbeziehung der Verträge nach § 125a SGB V sollen diese Einrichtungen künftig auch an der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung, insbesondere im Rahmen der Blankoverordnung, teilnehmen können. Damit wird der Kreis der möglichen Leistungserbringer und die Versorgung erweitert.

### Bewertung

Die Einbeziehung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in die Blankoverordnung kann Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung haben. Durch die Erweiterung des Kreises der Leistungserbringer können zusätzliche Behandlungskapazitäten entstehen. Dies kann insbesondere in Regionen mit einer unzureichenden ambulanten Versorgung sinnvoll sein. Gleichzeitig besteht jedoch die Gefahr einer Mengenausweitung, wenn bisherige ambulante Leistungen durch zusätzliche institutionelle Versorgungsangebote ergänzt werden, anstatt diese zu ersetzen. Eine entsprechende Ausgaben- und Mengenbeobachtung ist daher erforderlich.

Die Ausweitung der Versorgung durch die Einbeziehung weiterer Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V wird seitens der Innungskrankenkassen grundsätzlich unterstützt, sofern sie zu einer besseren Nutzung vorhandener Versorgungskapazitäten und zu einer Verbesserung der Versorgungskontinuität führt. Dabei müssen die bestehenden Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen gleichermaßen gelten bzw. noch neue Regeln verbindlich definiert werden. Insbesondere ist sicherzustellen, dass die Ausweitung der Blankoverordnung auf weitere Einrichtungen nicht zu einer unkontrollierten Mengenausweitung oder zu einer doppelten Inanspruchnahme von Leistungen führt.

Die geplanten Änderungen stellen einen weiteren Schritt in Richtung einer eigenverantwortlicheren physiotherapeutischen Versorgung dar. Während die Einbeziehung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in die Blankoverordnung grundsätzlich zur Flexibilisierung und Verbesserung der Versorgung beitragen kann, ist der Direktzugang

deutlich kritischer zu beurteilen. Er greift stärker in die bisherige Steuerung der Heilmittelversorgung ein und birgt das Risiko hoher zusätzlicher Leistungsinanspruchnahme und steigender GKV-Ausgaben.
Die Innungskrankenkassen dringen deshalb, insbesondere beim Direktzugang, auf einer konsequenten Begrenzung der Modellvorhaben, einer unabhängigen wissenschaftlichen Evaluation und einer transparenten Darstellung der finanziellen Auswirkungen. Eine Ausweitung in die Regelversorgung darf nicht allein mit einer Stärkung der therapeutischen Eigenverantwortung oder einer Verbesserung des Zugangs begründet werden. Maßgeblich müssen ein nachgewiesener medizinischer Zusatznutzen und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sein.

Darüber hinaus sind die Entwicklungen im Bereich der Blankoverordnung nach § 125a SGB V sehr kritisch zu sehen und ergeben aus Sicht der Innungskrankenkassen dringenden Handlungsbedarf.

Folgende Maßnahmen sollten gefordert werden:

- keine Ausweitung des bestehenden Indikationskataloges, insbesondere auf die unteren Extremitäten
- Einführung verbindlicher Wirtschaftlichkeitsgrenzen (z. B. Anzahl der Behandlungseinheiten, Gesamtkosten)
- Einführung wirksamer Sanktionen (z. B. Vergütungsabschläge, Rückforderungsoptionen, Vertragsstrafen)
- verpflichtende Dokumentation der Therapieentscheidung und des -erfolges
- Einführung eines Qualitätsmonitorings.

Die Übertragung zusätzlicher Therapieverantwortung muss zwingend mit einer entsprechenden wirtschaftlichen Verantwortung einhergehen. Mehr Therapiefreiheit darf nicht zu unbegrenzter Mengenausweitung und dauerhaft steigender Kosten führen. Dies sollte in § 125a SGB V klar normiert werden um die Position der GKV in den Verhandlungen zu stärken.

**Änderungsvorschlag**

Siehe Bewertung.

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 75 Buchstaben c und d

**§ 126 Absätze 1c und 1d SGB V (Versorgung durch Vertragspartner)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Bestimmte Pflegeeinrichtungen sollen bei der Weitergabe aufsaugender Inkontinenzprodukte von einer eigenen Präqualifizierung befreit werden; für Ausnahmen ist ein Bestätigungs- und Meldeverfahren vorgesehen.

### Bewertung

Eine doppelte Eignungsprüfung ist nicht erforderlich, wenn die Einrichtung nur Produkte weitergibt und anderweitig qualitätsgesichert ist. Präqualifiziert wird der Leistungserbringer, nicht das einzelne Produkt. Das Meldeverfahren sollte einheitlich und möglichst einmalig ausgestaltet werden.

### Änderungsvorschlag

Die Ausnahme ist fachlich präzise und schlank zu formulieren; die zentrale Erfassung der ausgenommenen Leistungserbringer sollte ohne wiederkehrende Mehrfachnachweise erfolgen.

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 76

**§ 127 Absatz 1 SGB V (Verträge)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Ein bundesweit verbindlicher Rahmenvertrag soll administrative Vorgaben für die Hilfsmittelversorgung vereinheitlichen.

### Bewertung

Die Standardisierung rein administrativer Prozesse ist grundsätzlich geeignet, Bürokratie zu verringern. Dauerversorgungen, Wiedereinsatz und Folgen von Fehlern bei der Leistungserbringung sind jedoch eng mit Leistungsinhalt, Vergütung und Vertragserfüllung verknüpft. Diese Fragen dürfen nicht pauschal bundesweit vorgegeben werden. Formulare sollten nur vereinheitlicht werden, soweit sie nicht Teil der vertraglichen Qualitäts- und Leistungssteuerung sind. Bei elektronischen Unterlagen ist eine widerspruchsfreie Abgrenzung zu den Datenaustauschregelungen nach § 302 SGB V erforderlich.

### Änderungsvorschlag

Die Regelungsgegenstände zu Dauerversorgungen (Satz 3 Nr. 2), Wiedereinsatz (Nr. 5) und Heilungsmöglichkeiten formaler Fehler (Nr. 8) sind aus dem bundesweiten Rahmenvertrag herauszunehmen. Die übrigen Inhalte sind auf tatsächlich administrative Vorgaben zu beschränken.

## Zu Artikel 1 (Änderung des Buches Sozialgesetzbuch)
## Nr. 76

**§ 127 Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 SGB V (Verträge)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Für Hilfsmittel mit geringem Abgabepreis sollen Mindestgenehmigungsfreigrenzen im Rahmenvertrag vorgesehen werden.

### Bewertung

Die Festlegung bundesweiter Mindestgenehmigungsfreigrenzen wird abgelehnt. Der Abgabepreis allein ist kein geeignetes Kriterium für den Verzicht auf eine leistungsrechtliche Prüfung. Auch bei niedrigpreisigen Hilfsmitteln müssen medizinische Notwendigkeit, Qualität, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüfbar bleiben. Gerade bei Versorgungen der Produktgruppe 30 können besondere Qualitäts- und Indikationsvoraussetzungen sowie Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu berücksichtigen sein. Pauschale Freigrenzen können daher ungeeignete Versorgungen und vermeidbare Leistungsausgaben begünstigen.

### Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Verpflichtung zur Vereinbarung bundesweiter Mindestgenehmigungsfreigrenzen in § 127 Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 SGB V ist zu streichen. Die Entscheidung über geeignete, produktgruppenspezifische Genehmigungsfreistellungen muss bei den Krankenkassen verbleiben; erforderliche Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind uneingeschränkt zu ermöglichen.

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 76

**§ 127 Absätze 2 bis 5 SGB V (Verträge)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Für den Rahmenvertrag und für dezentrale Versorgungsverträge sollen neue Schiedsstellenregelungen gelten; der Wiedereinsatz entfällt als ausdrücklicher Gegenstand der dezentralen Verträge.

### Bewertung

Eine feste Schiedsstelle für den bundesweiten Rahmenvertrag ist angesichts der Vielzahl Beteiligter nachvollziehbar. Für konkrete Verträge einzelner Krankenkassen hat sich hingegen die von den Vertragsparteien bestimmte unabhängige Schiedsperson bewährt. Der Wiedereinsatz muss weiterhin dezentral vereinbart werden können, weil er Preise und Leistungsinhalte beeinflusst.

### Änderungsvorschlag

Den Wiedereinsatz in § 127 Absatz 4 SGB V als Vertragsgegenstand beibehalten und für Streitigkeiten über dezentrale Versorgungsverträge das bisherige Schiedspersonenmodell erhalten.

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 76

**§ 127 Absatz 11 SGB V (Verträge)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über ihre Rechte, Pflichten und Ansprüche im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen Hilfsmittelversorgung einschließlich der Einzelheiten des Beschaffungsweges zu informieren. Ebenso haben die Krankenkassen allen Versicherten aktuelle Informationen über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner sowie die für eine informierte Leistungsentscheidung wesentlichen Vertragsinhalte bereitzustellen. Als wesentlich im Sinne des Satzes 2 gelten eine anwenderorientierte Produktbezeichnung, die Versorgungsregion, Angaben zur Barrierefreiheit, Angaben zur Erreichbarkeit des Leistungserbringers und Angaben zu den jeweiligen Versorgungs- und Liefermodalitäten, soweit sie tatsächlich Vertragsinhalt geworden sind.

### Bewertung

Die Krankenkassen sollen allen Versicherten aktuelle Informationen über Vertragspartner und wesentliche Vertragsinhalte bereitstellen. Wesentliche Inhalte sind u. a. Produktbezeichnung, Versorgungsregion, Barrierefreiheit, Erreichbarkeit der Leistungserbringer und Liefermodalitäten.

Diese Informationen hat die Krankenkasse nicht, sie wäre auf die Mitwirkung aller Vertragspartner angewiesen. Die Einholung der Informationen sowie die regelmäßige Aktualisierung ist eine zusätzliche Verwaltungsaufgabe für jede Krankenkassen; der Nutzen für den Versicherten ist nicht erkennbar.

### Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

## Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 76

**§ 127 Absätze 12 bis 16 SGB V (Verträge)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehenden Vorgaben zur Überwachung der Leistungserbringer sollen um zusätzliche verbindliche Prüf- und Berichtspflichten erweitert werden.

### Bewertung

Qualitätssicherung bleibt unverzichtbar. Zusätzliche jährliche Prüfschwerpunkte und zentralisierte Berichte verursachen jedoch neue Aufwände, ohne dass daraus zwangsläufig verwertbare Erkenntnisse für einzelne Vertrags- und Versorgungssituationen entstehen.

Zielgerichtete Prüfungen sind effizienter als pauschale Prüfvorgaben. Die Prüfpflicht sollte deshalb deutlich zielgenauer formuliert werden. Dabei soll der Fokus auf auffällige Leistungserbringer gelegt werden, bei denen z. B. hohe Beschwerdequoten oder Qualitätsmängel vorliegen.

Die Überführung bisheriger Rahmenempfehlungen in verbindliche Richtlinien ist dagegen vertretbar.

### Änderungsvorschlag

Auf die zusätzlichen Vorgaben des § 127 Absatz 14 SGB V ist zu verzichten; risikoorientierte Qualitätsprüfungen der Krankenkassen bleiben maßgeblich.

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 94**

**§ 137g Absatz 1 SGB V (Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Die beabsichtigte Neuregelung besagt, dass Krankenkassen oder Verbände der Krankenkassen strukturierte Behandlungsprogramme auch ohne Zulassung nach Absatz 1 anbieten können, wenn die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f SGB V und in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 SGB V genannten Anforderungen erfüllen.

**Bewertung**

Die Regelung, dass die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zukünftig entfallen soll, wird abgelehnt. Nur durch eine einheitliche Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen der Programme kann sichergestellt werden, dass die Anforderungen an die DMP richtlinienkonform umgesetzt werden. Diese ist damit wesentlich für ein qualitativ hochwertiges und bundesweit vergleichbares Versorgungsangebot. Zudem bietet die Zulassung über das BAS den Kassen und Vertragspartnern Rechtssicherheit und vermeidet nachgelagerte Beanstandungen und Anpassungen.

**Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelung.

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 101 c) bb)**

**§ 197a Absatz 3b Satz 3 und 4 SGB V (Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Satz 3 wird durch die folgenden Sätze 3 und 4 ersetzt:

„Die in Satz 1 genannten Stellen dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an andere in Absatz 1 Satz 1 genannte Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen erforderlich ist. Personenbezogene Daten von Versicherten sind vor einer Übermittlung zu pseudonymisieren, wenn keine Hinweise auf eine Mitwirkung der Versicherten am Fehlverhalten vorliegen; sie sind zu anonymisieren, sobald dies im Rahmen der Verarbeitung für den Zweck nach Satz 3 möglich ist.

**Bewertung**

Die Neuregelungen zu § 197a Abs. 3b Satz 4 (neu) SGB V sieht vor, dass personenbezogene Daten von Versicherten vor einer Übermittlung zu pseudonymisieren sind, wenn keine Hinweise auf eine Mitwirkung der Versicherten am Fehlverhalten vorliegen; sie sind zu anonymisieren, sobald dies im Rahmen der Verarbeitung für den Zweck nach Satz 3 möglich ist.

Diese Regelung konterkariert die Möglichkeit der Zusammenarbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Rahmen von Fallfederführungsschaften.

Für die Prüfung und Feststellung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind grundsätzlich personenbezogene Daten erforderlich. Im Rahmen von sogenannten Fallfederführungsschaften dürfen erforderliche zweckgebundene personenbezogene Daten zwischen den in Absatz 1 Satz 1 genannte Einrichtungen übermittelt werden. Dabei ist der Grundsatz der Datensparsamkeit zu beachten. Eine Pseudonymisierung würde unter Umständen dazu führen, dass Ermittlungen nicht hinreichend geführt werden können.

Eine Anonymisierung der Daten ist gerade bei Fallfederführungsschaften der Stellen nach § 197a Abs. 1 SGB V übergreifender Ermittlungsfälle nahezu nicht realisierbar, da Daten dann bei dem Fallfederführer liegen.

Sämtliche Leistungserbringerabrechnungen oder Zahlungen von Erstattungen sind mindestens mittelbar versichertenbezogen. Der Versichertenbezug ist für die Identifikation von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zwingend erforderlich.

Zum Beispiel bei der Identifikation von Abrechnungen nicht erbrachter Leistungen hat der Versicherte oftmals keine Kenntnis und somit keine Mitwirkung am Fehlverhalten des Leistungserbringenden. Gleichwohl sind personenbezogene Daten vom Versicherten auch erforderlich, wenn gerade auf den Leistungserbringenden bezogene die Abrechnungsfälle und Leistungsdokumentationen ausgewertet werden müssen, um Fehlverhalten festzustellen und zu dokumentieren und ggf. im Rahmen von Fallfederführungsschaften zusammengeführt werden müssen, um das gesamte Ausmaß von Abrechnungsbetrug, bezogen auf den Leistungserbringenden festzustellen.

**Änderungsvorschlag**

§ 197a Absatz 3b SGB V wird wie folgt geändert:

„Die in Satz 1 genannten Stellen dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an andere in Absatz 1 Satz 1 genannte Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen erforderlich ist. ~~Personenbezogene Daten von Versicherten sind vor einer Übermittlung zu pseudonymisieren, wenn keine Hinweise auf eine Mitwirkung der Versicherten am Fehlver-halten vorliegen; sie sind zu anonymisieren, sobald dies im Rahmen der Verarbeitung für den Zweck nach Satz 3 möglich ist.~~“

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 116**

**§ 266 SGB V (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Das bisherige Verfahren zum Ausschluss auffälliger Risikogruppen, die sogenannte Manipulationsbremse bzw. das Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG)-Ausschlussverfahren, wird abgeschafft. Die Verordnungsermächtigung in § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V wird entsprechend angepasst und auf allgemeine Regelungen zum Verfahren und zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs zurückgeführt.

Zugleich wird die regelmäßige Evaluation des Risikostrukturausgleichs neu gefasst. Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesamt für Soziale Sicherung soll die Wirkungen des RSA, insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die Manipulationsresistenz, mindestens alle vier Jahre untersuchen. Ergänzend ist für das Jahr 2031 eine Evaluation der Auswirkungen vorgesehen, die sich aus der Abschaffung des HMG-Ausschlussverfahrens und dem an seine Stelle tretenden pauschalen Kürzungsverfahren nach § 273 Absatz 1 bis 3 SGB V ergeben. Untersucht werden sollen insbesondere die Auswirkungen auf die Manipulationsresistenz und Zielgenauigkeit des RSA sowie auf die Einhaltung der Vorgaben des § 266 Absatz 5 SGB V.

Nach der Gesetzesbegründung können hierfür insbesondere die Berichtsjahre 2025 bis 2027 herangezogen werden. Die entsprechenden Verfahren nach der neuen Kürzungsregelung sollen in den Jahren 2028 bis 2030 abgeschlossen werden.

Für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026 gilt zudem eine Übergangsregelung. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds richten sich für diese Jahre weiterhin nach § 270 SGB V in der bis zur Verkündung des Gesetzes geltenden Fassung. Die neuen Regelungen zur Programmkostenpauschale für DMP sollen damit erstmals für das Ausgleichsjahr 2027 Anwendung finden.

**Bewertung**

Die Abschaffung des HMG-Ausschlussverfahrens in seiner aktuellen Ausgestaltung wird ausdrücklich begrüßt. Trotz der grundsätzlich richtigen Zielstellung der Regelung ist eine Verfahrensänderung notwendig und daher sachgerecht. Bereits in seinem Evaluationsgutachten aus 2025 kommt der Wissenschaftliche Beirat zu dem Ergebnis, dass das HMG-

Ausschlussverfahren in der aktuellen Umsetzung die Zielgenauigkeit des RSA verschlechtert und zusätzliche Risikoselektionsanreize setzen kann, da insbesondere Versicherer mit hoher Morbiditätslast betroffen sind. Zugleich lässt sich ein positiver Effekt auf die Manipulationsresistenz nicht nachweisen.

Es ist daher folgerichtig, ein eingeführtes Instrument anzupassen, das mit nachteiligen Wirkungen auf Zielgenauigkeit und Wettbewerbsneutralität verbunden ist, ohne dass ein entsprechender Nutzen für die Manipulationsresistenz belegt werden kann. Der HMG-Ausschluss steht zudem dem grundlegenden Ziel des RSA entgegen, unterschiedliche Morbiditäts- und Versorgungsrisiken möglichst sachgerecht auszugleichen und den Wettbewerb der Krankenkassen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung statt auf die Auswahl günstiger Risikostrukturen auszurichten.

Kritisch wird dagegen das an die Stelle des HMG-Ausschlusses tretende pauschale Kürzungsverfahren nach § 273 Absatz 1 bis 3 SGB V bewertet. Zwar ist die kassenindividuelle Ausrichtung gegenüber dem bisherigen kassenübergreifenden HMG-Ausschluss grundsätzlich zielgerichteter. Die Neuregelung führt jedoch zu einem grundlegenden Systemwechsel: Eine statistisch auffällige Entwicklung der Morbiditätsdaten führt unmittelbar zu einer Kürzung der RSA-Zuweisungen, ohne dass ein Rechtsverstoß oder eine unzulässige Einflussnahme der Krankenkasse auf die Diagnosedokumentation vorgenommen wurde. Für die betroffene Krankenkasse gibt es keine Möglichkeit gegen die automatischen Folgen im laufenden Verfahren vorzugehen.

Ein solcher Mechanismus würde voraussetzen, dass die verwendete statistische Methodik hinreichend zuverlässig zwischen sanktionsrelevanten Auffälligkeiten und sachlich erklärbaren Morbiditätsentwicklungen unterscheiden kann. Die Erfahrungen aus bisherigen Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 SGB V zeigen jedoch relevante methodische Grenzen. Insbesondere können selektive Veränderungen des Versichertenbestands und des Risikomixes innerhalb der berücksichtigten Alters- und Geschlechtsgruppen die HMG-Entwicklung erheblich beeinflussen, ohne dass dies auf eine Beeinflussung der Diagnosedokumentation zurückzuführen ist. Zudem bildet die der Erheblichkeitsprüfung zugrunde liegende Volljahresbetrachtung die tatsächliche auf Versichertentagen beruhende RSA-Zuweisungssystematik nur eingeschränkt ab. Bei erheblichen unterjährigen Bestandsveränderungen können hierdurch sowohl die statistische Auffälligkeit als auch der daraus abgeleitete finanzielle Effekt verzerrt werden.

Eine statistische Auffälligkeit und ein daraus rechnerisch ermittelter Zuweisungseffekt bilden deshalb für sich genommen keine hinreichend belastbare Grundlage für eine unmittelbare Zuweisungskürzung. Veränderungen der Versichertenstruktur und der tatsächlichen Versicherungszeiten können ebenso zu auffälligen Entwicklungen führen wie reale Morbiditätsveränderungen oder medizinisch sachgerechte Veränderungen von Diagnostik, Leistungsinanspruchnahme und Versorgung. Bei pauschalierten Annahmen mit unmittelbaren

Folgen für die Krankenkasse muss daher gewährleistet sein, dass solche Struktur-, Morbiditäts- und Versorgungseffekte angemessen berücksichtigt und von nicht sachgerechten Diagnoseentwicklungen abgegrenzt werden können. Hierfür sind insbesondere Analysen auf Grundlage der tatsächlichen Versichertentage sowie geeignete Struktur-, Regions- und Morbiditätsanalysen erforderlich.

Besondere Bedeutung kommt deshalb dem vorgesehenen 5-Prozent-Toleranzbereich zu. Dessen konkrete Anwendung ist im Referentenentwurf bislang nicht hinreichend bestimmt. Es lässt sich daher nicht verlässlich beurteilen, ob der Toleranzbereich geeignet ist, methodische Unsicherheiten sowie tatsächliche Morbiditäts-, Struktur- und Versorgungseffekte angemessen aufzufangen und von sanktionsrelevanten Auffälligkeiten abzugrenzen.

Darüber hinaus birgt das neue Kürzungsverfahren erhebliche Risiken für den Leistungs- und Vertragswettbewerb. Krankenkassen müssen bereits bei der Entscheidung über den Abschluss eines Versorgungsvertrags berücksichtigen, dass medizinisch erwünschte Versorgungseffekte später zu Veränderungen der RSA-relevanten Morbiditätsdaten und damit zu einem Kürzungsrisiko führen können. Damit entsteht ein Fehlanreiz bereits im Vorfeld einer Vertragsentscheidung: Je erfolgreicher ein Versorgungsangebot bislang nicht oder nicht hinreichend erkannte Erkrankungen identifiziert und einer gezielten Behandlung zuführt, desto eher kann sich die dokumentierte Morbidität erhöhen und eine statistische Auffälligkeit entstehen. Das Risiko einer späteren Kürzung kann Krankenkassen deshalb davon abhalten, in entsprechende Versorgungsangebote zu investieren, bestehende Angebote auszuweiten oder neue Versorgungsverträge abzuschließen.

Dies betrifft potenziell alle Krankheitsbilder, kann insbesondere aber auch dazu führen, dass Vorerkrankungen oder Erkrankungen im Anfangsstadium nicht angegangen werden und sich dadurch Chancen für eine frühzeitige Intervention reduzieren. Die Bemühungen der Krankenkassen im Rahmen des § 25b SGB V um eine frühzeitige Erkennung von Gesundheitsrisiken und eine Verbesserung des Gesundheitszustands ihrer Versicherten würden durch eine solche Regelung ad absurdum geführt, wenn medizinisch erwünschte Früherkennung und Interventionen mit dem Risiko einer Kürzung der RSA-Zuweisungen verbunden werden.

Dies lässt sich beispielhaft an einem Versorgungsangebot zur Früherkennung und strukturierten Behandlung chronischer Nierenerkrankungen, insbesondere bei Versicherten mit Diabetes mellitus, verdeutlichen. Werden Versicherte mit erhöhtem Risiko gezielt angesprochen und ärztlich untersucht, können bislang unerkannte Nierenerkrankungen früher diagnostiziert und dokumentiert werden. Dies ermöglicht eine frühzeitige und zielgerichtete Versorgungssteuerung, beispielsweise durch eine intensivierte Betreuung, die Einbindung in strukturierte Behandlungsprogramme und eine konsequente Behandlung bestehender Risikofaktoren. Ziel ist es, eine beginnende Nierenschädigung möglichst frühzeitig zu erkennen, das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen und insbesondere schwere Krankheitsverläufe bis hin zur Dialysepflicht möglichst zu vermeiden.

Ein solcher Versorgungseffekt ist medizinisch, versorgungspolitisch und nicht zuletzt auch ökonomisch ausdrücklich erwünscht. Eine frühere und vollständigere Erfassung bestehender Ko- und Multimorbidität kann jedoch zugleich die RSA-relevanten Morbiditätsdaten verändern. Je nach konkreter Diagnose und Hierarchisierung kann dies zu Veränderungen der Besetzung oder Zusammensetzung RSA-relevanter Risikogruppen und damit zu einer statistisch auffälligen Morbiditätsentwicklung führen.

Das neue Kürzungsverfahren darf deshalb nicht den paradoxen Anreiz setzen, erfolgreiche Früherkennung und Versorgungssteuerung zu einem finanziellen Risiko für die Krankenkasse werden zu lassen. Muss eine Krankenkasse bereits bei der Entwicklung oder dem Abschluss eines entsprechenden Versorgungsvertrags einkalkulieren, dass eine medizinisch erwünschte Verbesserung von Diagnostik und Dokumentation später als statistische Auffälligkeit gewertet und mit einer Zuweisungskürzung belegt werden könnte, erhöht dies das regulatorische und finanzielle Risiko entsprechender Versorgungsinvestitionen. Dies kann Krankenkassen davon abhalten, solche Versorgungsangebote zu entwickeln, abzuschließen oder auszuweiten.

Damit droht das Kürzungsverfahren gerade solche Versorgungsmaßnahmen zu beeinträchtigen, die langfristig Krankheitsprogression vermeiden, die Versorgungsqualität verbessern und vermeidbare Folgekosten reduzieren sollen. Dies liefe dem ordnungspolitischen Ziel des RSA zuwider, den Wettbewerb der Krankenkassen auf eine bessere, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung auszurichten.

Das Kürzungsverfahren muss daher gewährleisten, dass medizinisch sachgerechte und durch konkrete Versorgungsmaßnahmen erklärbare Veränderungen der Morbiditätsdaten zuverlässig von sanktionsrelevanten Auffälligkeiten abgegrenzt werden können. Solche Versorgungseffekte müssen im Verfahren als sachlicher Erklärungsgrund berücksichtigt werden können. Eine solche Anreizwirkung würde den Vertrags- und Versorgungswettbewerb beeinträchtigen und liefe dem ordnungspolitischen Ziel des RSA zuwider, den Wettbewerb der Krankenkassen auf bessere Versorgung, Qualität und Wirtschaftlichkeit auszurichten. Das Kürzungsverfahren muss deshalb sicherstellen, dass medizinisch sachgerechte und durch Versorgungsmaßnahmen erklärbare Morbiditätsentwicklungen zuverlässig von sanktionsrelevanten Auffälligkeiten abgegrenzt werden können. Von der negativen Wirkung der Neuregelung wären insbesondere die Kassen verstärkt betroffen, deren Versichertenstruktur stärker von Maßnahmen zur Gesundheitsverbesserung profitieren würde.

Vor diesem Hintergrund wird die vorgesehene wissenschaftliche Evaluation des Systemwechsels ausdrücklich begrüßt. Eine erstmalige vertiefte Evaluation im Jahr 2031 setzt jedoch zu spät an. Wenn bereits die Berichtsjahre 2025 bis 2027 einbezogen werden können und die entsprechenden Kürzungsverfahren in den Jahren 2028 bis 2030 abgeschlossen werden, sollte eine erste wissenschaftliche Bewertung unmittelbar nach Vorliegen belastbarer Ergebnisse erfolgen. Andernfalls können methodische Fehlsteuerungen sowie

unerwünschte Wettbewerbs- und Verteilungswirkungen über mehrere Ausgleichsjahre erhebliche finanzielle Auswirkungen entfalten, bevor sie systematisch untersucht werden.

Die Evaluation sollte insbesondere klären, ob die verwendete statistische Methodik tatsächliche Morbiditäts-, Struktur- und Versorgungseffekte hinreichend sicher von sanktionsrelevanten Auffälligkeiten unterscheiden kann. Ebenso sind die Auswirkungen des Verfahrens auf die Zielgenauigkeit des RSA sowie auf den Leistungs- und Vertragswettbewerb zu untersuchen.

**Änderungsvorschlag**

In § 266 Absatz 10 SGB V sollte vorgesehen werden, dass der Wissenschaftliche Beirat bereits nach Vorliegen erster belastbarer Ergebnisse des neuen Verfahrens, spätestens nach Abschluss des Ausgleichsjahres 2028, einen ersten Evaluationsbericht zu den Auswirkungen des Verfahrens nach § 273 Absatz 1 bis 3 SGB V vorlegt.

Dabei sollte insbesondere untersucht werden,

- ob die statistische Methodik tatsächliche Morbiditätsentwicklungen sowie Veränderungen der Versichertenstruktur und der Versicherungszeiten hinreichend von sanktionsrelevanten Auffälligkeiten unterscheiden kann,

- ob der 5-Prozent-Toleranzbereich empirisch geeignet und ausreichend bemessen ist, um sachlich begründete Morbiditäts-, Struktur- und Versorgungseffekte angemessen zu berücksichtigen,

- welche finanziellen Verteilungswirkungen insbesondere zwischen Kassenarten und Kassengrößen entstehen,

- in welchem Umfang zunächst festgestellte Auffälligkeiten im weiteren Verfahren auf medizinisch, strukturell oder versorgungsseitig sachgerechte Ursachen zurückgeführt werden können,

- ob Überschneidungen oder Doppelbelastungen mit anlassbezogenen Einzelfallprüfungen nach § 273 SGB V entstehen und

- ob das Kürzungsverfahren unerwünschte Auswirkungen auf den Leistungs- und Vertragswettbewerb, insbesondere auf den Abschluss und die Weiterentwicklung von Versorgungsverträgen, hat.

Die Ergebnisse der Evaluation sind zu veröffentlichen.

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 119**

**§ 270 Absatz 2 Satz 1 SGB V (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Neuregelung, nach der Versichertentage mit Einschreibung in ein gemäß § 137g Absatz 1a Satz 1 SGB V in ein ohne Zulassung angebotenes strukturiertes Behandlungsprogramm bei Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für das Ausgleichsjahr 2027 nach den bis zum 31. Dezember 2027 geltenden maßgeblichen Vorgaben erfolgen.

**Bewertung**

Da die befristete Förderung von DMPs ohne förmliche Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 4 wird verwiesen.

**Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelung.

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 121**

**§ 273 SGB V (Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisherigen regelhaften Einzelfallprüfungen zur Sicherung der Datengrundlagen des Risikostrukturausgleichs werden durch ein jährlich durchzuführendes pauschales Kürzungsverfahren ersetzt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung soll auf Grundlage der Korrekturmeldungen für jede Krankenkasse statistische Auffälligkeiten in der Entwicklung der Morbiditätsdaten ermitteln. Werden die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt, werden die morbiditätsbezogenen Zuweisungen der betroffenen Krankenkasse entsprechend gekürzt.

Eine solche Kürzung setzt künftig weder die Feststellung eines konkreten Rechtsverstoßes noch den Nachweis eines schuldhaften Verhaltens der Krankenkasse voraus. Die finanzielle Rechtsfolge knüpft vielmehr unmittelbar an die nach der gesetzlichen Methodik festgestellte statistische Auffälligkeit an. Zur Berücksichtigung statistischer Schwankungen ist ein Toleranzbereich von 5 Prozent vorgesehen.

Daneben bleiben anlassbezogene Einzelfallprüfungen möglich, wenn konkrete Tatsachen den Verdacht auf einen Rechtsverstoß begründen. Wird in einem solchen Verfahren ein Rechtsverstoß festgestellt, kann das Bundesamt für Soziale Sicherung den hieraus resultierenden Korrekturbetrag einschließlich des gesetzlich vorgesehenen Zuschlags festsetzen.

Die hiermit zusammenhängenden Änderungen in § 7 RSAV konkretisieren zugleich die Nutzung der Korrekturmeldungen für die Verfahren nach § 273 SGB V. Die zugrunde liegenden Daten sind grundsätzlich zehn Jahre revisionssicher aufzubewahren. Soweit sie für ein noch nicht abgeschlossenes Verfahren oder eine Prüfung benötigt werden, kann sich die Aufbewahrungsfrist bis spätestens zum Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres nach dem jeweiligen Berichtsjahr verlängern.

**Bewertung**

Das Ziel, die bislang langwierigen Prüfverfahren zu beschleunigen und früher Rechtssicherheit über deren finanzielle Auswirkungen zu schaffen, wird grundsätzlich unterstützt. Die konkrete Ausgestaltung des neuen pauschalen Kürzungsverfahrens wird jedoch kritisch bewertet.

Die Neuregelung führt zu einem grundlegenden Systemwechsel. Bislang ist eine statistische Auffälligkeit Ausgangspunkt für eine weitergehende Prüfung. Künftig kann bereits die

statistisch ermittelte Auffälligkeit selbst eine Kürzung der RSA-Zuweisungen auslösen, ohne dass ein konkreter Rechtsverstoß oder eine unzulässige Beeinflussung der Diagnosedokumentation durch die Krankenkasse festgestellt werden muss.

Wie bereits zu § 266 SGB V ausgeführt, ist die kassenindividuelle Ausrichtung gegenüber dem bisherigen kassenübergreifenden HMG-Ausschluss grundsätzlich zielgerichteter. Daraus folgt jedoch nicht, dass die neue Methodik hinreichend trennscharfe Ergebnisse gewährleistet. Im Gegenteil: Je unmittelbarer eine finanzielle Rechtsfolge an eine statistische Auffälligkeit geknüpft wird, desto höher müssen die Anforderungen an die Belastbarkeit der Methodik und an die Möglichkeit der Krankenkasse sein, die festgestellte Auffälligkeit sachlich zu erklären.

Eine statistische Auffälligkeit ist für sich genommen kein Nachweis einer unzulässigen Beeinflussung der Diagnosedokumentation. Sie kann ebenso auf tatsächlichen Veränderungen der Morbidität, der Versichertenstruktur und der Versicherungszeiten sowie auf medizinisch sachgerechten Veränderungen der Diagnostik, Leistungsinanspruchnahme oder Versorgung beruhen.

Die Erfahrungen aus bisherigen Auffälligkeitsprüfungen verdeutlichen die methodischen Grenzen. Insbesondere können selektive Bestandsveränderungen den Risikomix des verbleibenden Versichertenbestands erheblich verändern, ohne dass dies durch ein im Wesentlichen nach Alter, Geschlecht und Kassengröße differenzierendes statistisches Modell vollständig erfasst wird. Hinzu kommen mögliche Verzerrungen durch die Verwendung vollständiger Versichertenjahre anstelle der tatsächlichen Versichertentage sowie durch die Fortschreibung von Referenzwerten bei erheblichen Bestandsveränderungen.

Diese methodischen Grenzen gewinnen durch das neue Verfahren eine andere Qualität: Dienten statistische Auffälligkeiten bislang insbesondere als Anlass für eine weitergehende Sachverhaltsaufklärung, sollen sie künftig selbst eine unmittelbare finanzielle Kürzung begründen. Die Methodik muss deshalb mit hinreichender Sicherheit zwischen statistisch auffälligen, aber sachlich erklärbaren Entwicklungen und solchen Veränderungen unterscheiden können, die eine Kürzung rechtfertigen.

Besondere Bedeutung kommt hierbei dem vorgesehenen 5-Prozent-Toleranzbereich zu. Aus der vorgesehenen Regelung wird bislang nicht hinreichend deutlich, wie dieser konkret anzuwenden ist und auf welcher empirischen Grundlage seine Höhe festgelegt wurde. Damit bleibt offen, ob der Toleranzbereich geeignet ist, statistische Schwankungen sowie tatsächliche Morbiditäts-, Bestands- und Versorgungseffekte angemessen aufzufangen. Ohne eine transparente und empirisch belastbare Herleitung lässt sich weder seine methodische Schutzwirkung noch seine finanzielle Wirkung verlässlich beurteilen.

Besonders kritisch sind die möglichen Fehlanreize für den Leistungs- und Vertragswettbewerb. Versorgungsverträge und strukturierte Versorgungsangebote sind gerade darauf ausgerichtet, Versorgung zu verändern. Verbesserte Früherkennung, intensivere Diagnostik, strukturierte Behandlungsabläufe oder eine stärkere Einbindung von Versicherten in Disease-Management-Programme können daher die RSA-relevanten Morbiditätsdaten verändern, ohne dass eine unzulässige Beeinflussung der Diagnosedokumentation vorliegt.

Das finanzielle Risiko entsteht dabei nicht erst mit einer tatsächlich festgesetzten Kürzung. Bereits bei der Entscheidung über Abschluss, Fortführung oder Ausweitung eines Versorgungsvertrags muss eine Krankenkasse künftig berücksichtigen, ob medizinisch erwünschte Effekte des Vertrags später statistische Auffälligkeiten hervorrufen und hierdurch zu einer Kürzung ihrer RSA-Zuweisungen führen könnten.

Damit besteht die Gefahr eines unmittelbaren Fehlanreizes: Je erfolgreicher ein Versorgungsangebot bislang nicht oder unzureichend erkannte Erkrankungen identifiziert und einer gezielten Behandlung zuführt, desto eher kann sich die dokumentierte Morbidität erhöhen. Wenn eine Krankenkasse damit rechnen muss, dass genau dieser Versorgungseffekt Jahre später zu einem finanziellen Nachteil führen kann, wird die Investition in eine bessere Versorgung mit einem zusätzlichen regulatorischen Risiko belastet.

Dies lässt sich beispielhaft an einem Versorgungsangebot zur Früherkennung chronischer Nierenerkrankungen verdeutlichen. Werden Versicherte mit erhöhtem Risiko gezielt untersucht, können bislang unerkannte Erkrankungen früher diagnostiziert und behandelt werden. Die dadurch steigende dokumentierte Morbidität ist in diesem Fall gerade Ausdruck des gewünschten Versorgungseffekts. Würde die hieraus resultierende HMG-Entwicklung gleichwohl eine pauschale Kürzung auslösen, würde das RSA-Verfahren den wirtschaftlichen Anreiz zum Abschluss entsprechender Versorgungsverträge mindern.

Ein solches Ergebnis liefe dem Ziel eines Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung entgegen. Die sachgerechte Abschaffung des kassenübergreifenden HMG-Ausschlusses darf deshalb nicht dazu führen, dass mit dem neuen Verfahren faktisch eine „Manipulationsbremse 2.0“ auf Ebene der einzelnen Krankenkassen entsteht. Medizinisch, strukturell oder versorgungsseitig erklärbare Entwicklungen müssen wirksam von sanktionsrelevanten Auffälligkeiten abgegrenzt werden können.

Kritisch ist schließlich das Nebeneinander des pauschalen Kürzungsverfahrens und der weiterhin möglichen anlassbezogenen Einzelfallprüfung. Beide Verfahren verfolgen unterschiedliche Ansätze: Während die pauschale Kürzung an eine statistische Auffälligkeit anknüpft, setzt die anlassbezogene Prüfung konkrete Tatsachen voraus, die den Verdacht eines Rechtsverstoßes begründen.

Soweit derselbe Sachverhalt oder derselbe Zuweisungseffekt in beiden Verfahren berücksichtigt werden kann, muss eine mehrfache finanzielle Belastung vollständig ausgeschlossen werden. Die vorgesehene Anrechnung muss deshalb lückenlos und transparent ausgestaltet sein. Derselbe Zuweisungseffekt darf nicht zunächst pauschal gekürzt und anschließend im Rahmen eines festgestellten Rechtsverstoßes nochmals abgeschöpft werden. Eine solche Doppelbelastung wäre mit dem Korrekturzweck der Regelung nicht vereinbar.

Abschließend sei für den Fall der Umsetzung auf eine Regelungslücke hingewiesen: Bei der Anrechnung von Kürzungs- bzw. Korrekturbeträgen aus früheren Jahren ist zu beachten, dass auch aus anlassbezogenen Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 5 SGB V a. F. bereits Korrekturbeträge geltend gemacht wurden bzw. davon auszugehen ist, dass diese bis zum Inkrafttreten der beabsichtigten Neuregelung geltend gemacht werden. Daher ist auch für diese Korrekturbeträge eine entsprechende Anrechnung vorzusehen. Ansonsten würde dies zu einem Wettbewerbsnachteil für die bereits sanktionierten Kassen führen.

*Ergänzende Bewertung zur Rückverteilung der Korrekturbeträge*

Die Rückverteilung von Korrekturbeträgen sollte periodengerecht nach den Mitgliederverhältnissen des jeweils korrigierten Ausgleichsjahres erfolgen. Prüfungen und Korrekturen nach § 273 SGB V dienen dazu, fehlerhafte Datenmeldungen und die daraus resultierenden Zuweisungswirkungen eines konkreten zurückliegenden RSA-Ausgleichsjahres nachträglich zu berichtigen. Die Rückverteilung der Korrekturbeträge sollte deshalb demselben zeitlichen Bezug folgen.

Dies ist insbesondere deshalb erforderlich, weil zwischen dem betroffenen Ausgleichsjahr und der tatsächlichen Rückverteilung viele Jahre liegen können. Werden beispielsweise im Jahr 2026 Zuweisungen des Ausgleichsjahres 2016 korrigiert, können sich zwischenzeitlich nicht nur die Mitgliederzahlen der Krankenkassen erheblich verändert haben. Auch Zusammensetzung, Morbiditätsstruktur und damit der Versorgungsbedarf der jeweiligen Versichertenbestände können sich grundlegend unterscheiden. Eine Rückverteilung anhand aktueller Mitgliederzahlen verbindet damit die Korrektur eines historischen Sachverhalts mit Mitglieder- und Versorgungsstrukturen eines anderen Zeitraums.

Die Finanzierung des aktuellen Versorgungsbedarfs rechtfertigt diese zeitliche Vermischung nicht. Der aktuelle Versorgungsbedarf einer Krankenkasse wird bereits über die regulären RSA-Zuweisungen des jeweiligen Ausgleichsjahres berücksichtigt. Diese knüpfen an die aktuelle Zahl und Risikostruktur der Versicherten an. Die Rückverteilung eines Korrekturbetrags erfüllt dagegen einen anderen Zweck: Sie dient nicht der Finanzierung der heutigen Versorgung, sondern ausschließlich der nachträglichen Berichtigung eines früheren RSA-Ergebnisses.

Gerade aus Versorgungssicht ist diese Trennung wichtig. Aktuelle Versorgungsbedarfe müssen durch die aktuellen RSA-Zuweisungen finanziert werden und historische Korrekturen durch eine periodengerechte Berichtigung des damaligen Ausgleichsergebnisses. Würden historische Korrekturbeträge dagegen anhand heutiger Mitgliederanteile verteilt, würde die Rückverteilung mittelbar zu einem zusätzlichen Finanzierungsinstrument für heutige Mitgliederbestände. Dies entspricht weder dem Zweck der Prüfung nach § 273 SGB V noch der Systematik des RSA.

Hinzu kommt eine wettbewerbliche Wirkung. Werden aktuelle Mitgliederzahlen zum Maßstab für die Korrektur eines viele Jahre zurückliegenden RSA-Ergebnisses, profitieren zwischenzeitlich gewachsene Krankenkassen stärker von der Rückverteilung, während Krankenkassen mit rückläufigen Mitgliederanteilen entsprechend weniger erhalten. Damit entstehen zusätzliche Umverteilungswirkungen, die weder auf unterschiedliche aktuelle Versorgungsbedarfe zurückzuführen sind noch einen Bezug zum ursprünglich korrigierten Ausgleichsjahr haben. Die Fehlerkorrektur würde damit selbst neue Verteilungs- und Wettbewerbswirkungen erzeugen.

Auch der Hinweis, eine Rückverteilung nach heutigen Mitgliederzahlen komme den aktuell Versicherten zugute, trägt deshalb nicht. Die Versorgung der aktuell Versicherten ist Aufgabe der regulären Zuweisungen des aktuellen Ausgleichsjahres. Soll ein historisch fehlerhaftes RSA-Ergebnis korrigiert werden, muss dagegen möglichst der Zustand hergestellt werden, der sich bei einer zutreffenden Durchführung des RSA im damaligen Ausgleichsjahr ergeben hätte. Nur so bleiben Korrekturgegenstand und Verteilungsschlüssel zeitlich und sachlich miteinander verknüpft.

Korrekturen nach § 273 SGB V sollten daher keine neuen Umverteilungswirkungen erzeugen, sondern ausschließlich die finanziellen Auswirkungen des jeweiligen historischen Korrektursachverhalts bereinigen. Hierfür ist es sachgerecht, die Korrekturbeträge anhand der Mitgliederanteile des jeweils korrigierten Ausgleichsjahres zurück zu verteilen.

**Änderungsvorschlag**

Das pauschale Kürzungsverfahren ist um eine wirksame Entlastungsmöglichkeit für sachlich erklärbare statistische Auffälligkeiten zu ergänzen. Eine Kürzung darf nicht erfolgen, soweit die Krankenkasse nachweist oder hinreichend plausibilisiert, dass die festgestellte Auffälligkeit insbesondere

- auf relevante Veränderungen der Versichertenstruktur oder der tatsächlichen Versicherungszeiten,
- auf tatsächliche Morbiditätsentwicklungen oder
- auf medizinisch sachgerechte Diagnose-, Leistungs- oder Versorgungseffekte

zurückzuführen ist.

Der 5-Prozent-Toleranzbereich ist methodisch eindeutig zu definieren und empirisch zu begründen. Insbesondere muss nachvollziehbar sein, welche statistischen Unsicherheiten mit ihm aufgefangen werden sollen und ob seine Höhe hierfür ausreichend ist. Die dem Verfahren zugrunde liegende Methodik muss relevante Bestandsveränderungen, tatsächliche Versicherungszeiten und reale Morbiditätsentwicklungen angemessen berücksichtigen sowie transparent und nachvollziehbar ausgestaltet sein.

Doppelbelastungen zwischen dem pauschalen Kürzungsverfahren und anlassbezogenen Einzelfallprüfungen sind durch eine vollständige Anrechnung auszuschließen. Dies muss für sämtliche Zuweisungseffekte gelten, die wirtschaftlich auf demselben Sachverhalt beruhen.

Für bereits zurückliegende Auffälligkeitsprüfungen ist ebenfalls sicherzustellen, dass vorhandene sachliche Erklärungen angemessen berücksichtigt werden und statistische Auffälligkeiten nicht ohne entsprechende Sachverhaltsprüfung in finanzielle Kürzungen überführt werden.

**Ergänzender Änderungsvorschlag zur Rückverteilung der Korrekturbeträge**

Die für die Rückverteilung von Korrekturbeträgen maßgeblichen Regelungen sollten dahingehend angepasst werden, dass Korrekturbeträge nach den Mitgliederanteilen des jeweils korrigierten Ausgleichsjahres zurückverteilt werden.

Wird beispielsweise das RSA-Ergebnis des Ausgleichsjahres 2018 korrigiert, sollten auch die Mitgliederverhältnisse des Jahres 2018 für die Rückverteilung maßgeblich sein.

Damit wird sichergestellt, dass historische Korrekturen ihrem tatsächlichen Bezugszeitraum zugeordnet werden, aktuelle Versorgungsbedarfe weiterhin ausschließlich über die regulären RSA-Zuweisungen des jeweiligen Ausgleichsjahres finanziert werden, zusätzliche Umverteilungswirkungen aufgrund zwischenzeitlicher Mitgliederbewegungen vermieden werden und Korrektur und Rückverteilung auf denselben sachlichen und zeitlichen Bezugsrahmen ausgerichtet sind.

Die vorgeschlagene Anpassung verändert damit nicht die Grundsystematik des RSA. Sie stellt vielmehr sicher, dass die Korrektur eines historischen RSA-Ergebnisses tatsächlich eine Korrektur bleibt und nicht selbst neue Verteilungs- und Wettbewerbswirkungen erzeugt.

## Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

**Nr. 3 zu Buchstabe b**

**§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Vorgaben des neuen Absatzes 2a (Buchstabe b), wonach der G-BA keine Anforderungen an Schulungen, sondern an Patienteninformationen regelt, wenn für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 1 die Durchführung von Schulungen nicht angezeigt ist oder bisher keine hinreichend evaluierten Schulungen vorliegen.

### Bewertung

Schulungen sind wesentlicher Bestandteil des DMP. Bereits jetzt sind die Vorgaben für Schulungen in der DMP-A-RL (zuletzt durch Beschluss des G-BA vom 16.11.2023) so festgelegt, dass auch neue Schulungsformate (z. B. Videoschulungen) neben Präsenzschulungen im DMP umgesetzt werden können. Weiterhin können DMP auch umgesetzt werden, wenn zum Start des Programms ein neues Schulungsprogramm evaluiert wird. Eine Aushöhlung dieser schon offen gestalteten Anforderungen durch die vorgeschlagene rechtliche Änderung birgt die Gefahr, dass vorhandene Präsenzschulungen und die Erstellung neuer Schulungen weiter zurückgedrängt werden. Dabei zeigt z. B. die zur Umsetzung des DMP-Osteoporose neu entwickelte und aktuell evaluierte Schulung, dass die derzeit geltenden Vorgaben der DMP-A-RL die Entwicklung qualitativ hochwertiger und patientenorientierter Schulungen nicht nur ermöglicht, sondern sogar forciert.

Eine schriftliche Patienteninformation kann einer evaluierten Schulung in keinem Fall gleichgesetzt werden und setzt das hohe Niveau der DMP herab. Darüber hinaus wären Teilnehmer am DMP perspektivisch gezwungen, ggf. ausschließlich Online- bzw. videobasierte Schulungsangebote oder Apps in Anspruch zu nehmen. Hierdurch werden insbesondere technisch nicht versierte DMP-Teilnehmer benachteiligt. Ebenfalls ist zu berücksichtigten, dass bestimmte Schulungsinhalte (z. B. das Spritzen von Insulin, die Verwendung von Insulinpumpen, Messgeräten etc.) sich in Präsenz nachgewiesen erfolgreich einüben lassen und hierfür im Gegensatz zu ggf. verfügbaren Apps auch evidenzbasierte Erkenntnisse vorliegen.

### Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

**Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 3 Buchstabe bb)**

**§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Regelung aufgrund des Wegfalls entsprechender Vorgaben in der RSAV zur quartalsbezogenen Dokumentation. Der G-BA wird ermächtigt, die jeweiligen Anforderungen an die Zeiträume, auf die sich die Dokumentation bezieht, und die Intervalle, in denen einen Dokumentation erfolgen soll, in seinen Richtlinien zu regeln.

**Bewertung**

Der Wegfall von Zuweisungen über die DMP-Programmkostenpauschale mit verbindlichen Vorgaben aus der RSAV in Bezug auf die Erstellung und Berücksichtigung von Dokumentationen wird abgelehnt. Daher ist die Ermächtigung für den G-BA nicht erforderlich.

Darüber hinaus stellt sich im Falle einer entsprechenden Umsetzung der Neuregelung und damit des Wegfalls der RSAV-Regelungen die Frage, zu welchem Termin nicht am Programm aktiv mitwirkende DMP-Teilnehmer aus dem DMP durch die Krankenkasse auszuschreiben sind. Hier bedarf es wie bisher klarer Vorgaben.

**Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelung.

**Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 3 Buchstabe b**

**§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Neuregelung werden die Anforderungen an die im Rahmen der DMP vorgesehenen Schulungen konkretisiert. Dem G-BA wird aufgegeben, die Anforderungen so auszugestalten, dass sie auf Grundlage der besten, verfügbaren Evidenz und unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität die Durchführung der Programme gewährleisten. Es wird zudem klargestellt, dass Schulungen grundsätzlich auch digital oder telemedizinisch erfolgen können oder auch gänzlich durch Angebote wie z. B. Patienteninformationen nach Vorgaben des G-BA ersetzt werden können.

**Bewertung**

Schulungen sind wesentlicher Bestandteil des DMP. Bereits jetzt sind die Vorgaben für Schulungen in der DMP-A-RL (zuletzt durch Beschluss des G-BA vom 16.11.2023) so festgelegt, dass auch neue Schulungsformate (z. B. Videoschulungen) neben Präsenzschulungen im DMP umgesetzt werden können. Weiterhin können DMP auch umgesetzt werden, wenn zum Start des Programms ein neues Schulungsprogramm evaluiert wird. Eine Aushöhlung dieser schon offen gestalteten Anforderungen durch die vorgeschlagene rechtliche Änderung birgt die Gefahr, dass Präsenzschulungen und die Erstellung neuer Schulungen in Präsenz weiter zurückgedrängt werden. Dabei zeigt z. B. die zur Umsetzung des DMP-Osteoporose neu entwickelte und aktuell evaluierte Schulung, dass die derzeit geltenden Vorgaben der DMP-A-RL die Entwicklung qualitativ hochwertiger und patientenorientierter Schulungen nicht nur ermöglicht, sondern sogar forciert.

Eine schriftliche Patienteninformation kann einer evaluierten Schulung in keinem Fall gleichgesetzt werden und setzt das bisher vorhandene hohe Niveau der DMP herab. Darüber hinaus wären Teilnehmer am DMP perspektivisch gezwungen, ggf. ausschließlich Online- bzw. videobasierte Schulungsangebote oder Apps in Anspruch zu nehmen. Hierdurch werden insbesondere technisch nicht versierte DMP-Teilnehmer sukzessive benachteiligt. Ebenfalls ist zu berücksichtigten, dass bestimmte Schulungsinhalte (z. B. das Spritzen von Insulin, die Verwendung von Insulinpumpen, Messgeräten etc.) sich in Präsenz nachgewiesen erfolgreich einüben lassen - im Gegensatz zu ggf. verfügbaren Apps ohne evidenzbasierte Erkenntnisse.

**Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelung.

## Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
## Nr. 3 Buchstabe c

**§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung erhält Vorgaben zur verpflichtenden Umsetzung von DMP sowie zeitlichen Vorgaben für diese Umsetzung. Es wird generell eine Vorgabe von 12 Monaten nach Inkrafttreten von G-BA Beschlüssen für neue Indikationen als auch für Bestandsindikationen, für die der G-BA bereits Vorgaben in der DMP-A-RL erlassen hat, gemacht. Des Weiteren enthält die geplante Neuregelung Vorgaben für die Krankenkassen zur Veröffentlichung von Informationen zu DMP auf ihrer Internetseite.

### Bewertung

Grundsätzlicher Hinweis: Entgegen der im Referentenentwurf einleitenden Begründung werden aktuell bereits neun indikationsspezifische DMP umgesetzt. Neu umgesetzt wurden seit dem Jahr 2024 DMP für die Indikationen Osteoporose, Rheumatoide Arthritis und Herzinsuffizienz.

Die Umsetzung von DMP ist bislang als selektivvertragliches Angebot etabliert und ist sowohl für die Krankenkassen als auch für die Vertragspartner freiwillig. Die Verantwortung eines nicht in der Regelversorgung implementierten Versorgungsangebots mit darüber hinaus „außerbudgetär“ vergüteten Leistungen muss in der Finanzhoheit und Eigenverantwortung der Krankenkasse verbleiben. Darüber hinaus besteht die Verpflichtung nur für die Krankenkasse, die ärztlichen Vertragspartner werden hingegen nicht durchgreifend verpflichtet. In der operativen Praxis kann dies dazu führen, dass die Verpflichtung zum Angebot seitens der Krankenkassen besteht, sich aber keine oder nur wenige ärztliche Leistungserbringer finden, die ein entsprechendes Angebot umsetzen wollen. Hier entstünden hohe Investitionskosten (Verwaltungskosten) für die Krankenkasse, ohne ein für ihre Versichertenklientel sinnvolles und flächendeckendes Angebot umsetzen zu können.

Die vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen zur Umsetzung eines selektivvertraglichen Angebots DMP stellt einen Systembruch dar, der nicht akzeptabel ist.

Darüber hinaus würde die Verpflichtung zur Umsetzung innerhalb eines Jahres bedeuten, dass alle noch nicht umgesetzten Indikationen in den jeweiligen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen parallel vorbereitet und verhandelt werden müssen. Die dafür erforderlichen zeitlichen als auch personellen Ressourcen sind bei den Vertragspartnern nicht vorhanden und vor dem Hintergrund der Reduzierung von Verwaltungskosten durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz nicht realisierbar.

**Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelung.

Sofern dennoch an der Regelung festgehalten wird, sollten die Umsetzungszeiträume verlängert werden.

**Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 3 Buchstabe f**

**§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots an DMP haben die Krankenkassen innerhalb festgelegter Fristen mit den Leistungserbringern Verträge zur Umsetzung der DMP zu schließen. Hierfür wird ein Konfliktlösungsmechanismus mit Vorgaben für die Durchführung eines Schiedsverfahrens eingerichtet.

**Bewertung**

Ein Schiedsverfahren im Zusammenhang mit einem verpflichtenden DMP-Angebot wird abgelehnt. Unabhängig von der grundsätzlichen Ablehnung ist problematisch, dass im Rahmen des Schiedsverfahrens auch die Vergütungen für die im Vertrag vorgesehenen Leistungen verpflichtend geregelt werden. Dies ist für einen Selektivvertrag, der außerbudgetärer vergütet wird, nicht akzeptabel. Die Finanzhoheit und damit die Entscheidung über den Abschluss eines selektivvertraglichen DMP-Vertrags muss in der ausschließlichen Verantwortung der Krankenkasse bleiben.

**Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelung.

## Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4

**§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 137g SGB V entfällt das bislang hier geregelte Zulassungsverfahren durch das BAS. Die Kontrolle der Rechtmäßigkeit des Handelns der Krankenkassen wird nachgelagert und erfolgt durch die zuständigen Aufsichtsbehörden.

### Bewertung

Die Verlagerung von der Zulassungsprüfung des BAS zur Kontrolle der Rechtmäßigkeit des Handelns über die für die Krankenkasse zuständige Aufsicht ist problematisch und könnte die Umsetzung der DMP in Gänze gefährden. Der Erfolg der DMP mit mehr als 9 Millionen eingeschriebener Versicherter beruht ganz wesentlich auf einheitlichen operativen Umsetzungsprozessen. Hierzu wurden im Rahmen der Zulassung mit dem BAS regelmäßig Austausche zwischen GKV-Spitzenverband und Vertretern der Kassenarten auf Bundesebene geführt und Regelungen getroffen, die dann Grundlage für die Umsetzung auf Landesebene waren. Diese elementar wichtigen, verbindlichen und für alle zu berücksichtigenden Abstimmungsprozesse, die auf Grund bundesweit einheitlicher Regelungen erst die Grundlage für übergreifend z. B. auch technische Lösungen geschaffen haben, würden mit der Neuregelung gänzlich entfallen. Diese Aufgabe ist für die kassenspezifischen Aufsichtsbehörden im Referentenentwurf nicht vorgesehen und würde selbst bei Übertragung erheblichen Koordinationsaufwand und damit voraussichtlich deutlich höhere Aufwendungen bei den Krankenkassen, den ärztlichen Vertragspartnern, den Arztpraxen und den zuständigen Aufsichtsbehörden als über das zentrale Zulassungsreferat beim BAS nach sich ziehen. Die geplante Regelung gefährdet damit perspektivisch die Einheitlichkeit der Umsetzung von DMP erheblich. Darüber hinaus besteht die Gefahr von Wettbewerbsverzerrungen durch unterschiedlich praktiziertes Aufsichtshandeln.

### Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

**Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**
**Nr. 6 Buchstabe bb**

**§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Änderung entfallen die gesonderten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen, die aufgrund der Entwicklung und Durchführung von DMP entstehen (Programmkostenpauschale).

**Bewertung**

Die Ausführung, dass die Programmkostenpauschale einen gesonderten finanziellen Anreiz für die Durchführung der DMP darstellt, ist nicht sachgerecht. Es handelt sich hier um die programmbedingten „Mehrkosten“, die pauschal nach jährlicher Überprüfung der von den Kassenarten erhobenen Werte ausgeglichen werden. Mit der Berücksichtigung im regulären Zuweisungsverfahren würden für die Umsetzung der DMP durch den Wegfall der Programmkostenpauschale insofern finanzielle Mittel entzogen, die unter Berücksichtigung der Vorgaben des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz im Hinblick auf die Absenkung der Verwaltungskosten zwangsläufig auch für die im DMP vorgesehen Maßnahmen gelten werden. Hierdurch werden die Ziele des DMP konterkariert.

Hinsichtlich des Aspektes der Vereinfachung des Bereinigungsverfahrens erfolgt dieses maschinell, so dass auch im Rahmen der Bürokratiekostenermittlung hier von keinen Einsparungen zurecht ausgegangen wurde. Im Umkehrschluss stellt die Beibehaltung der Programmkostenpauschale und die technische Berücksichtigung der vom GKV-SV ermittelten Werte keinen nennenswerten Mehraufwand dar, sichert aber dafür die sachgerechte Refinanzierung der programmbedingten Mehraufwände.

**Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelung.

## Zu Artikel 15 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

**Nr. 1**

**§ 7 RSAV (Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Die Datenregelungen des § 7 RSAV werden an die Änderungen der §§ 267, 269 und 273 SGB V angepasst.

Für Diagnosen, die im Rahmen von Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V übermittelt werden, wird die Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 SGB V ausdrücklich in die RSA-Datenmeldung aufgenommen. Dadurch können die übermittelten Diagnosedaten dem jeweiligen Versorgungsvertrag eindeutig zugeordnet werden.

Die bislang regelhaft zu übermittelnden zusätzlichen Angaben zu den beitragspflichtigen Einnahmen und zum Krankengeld entfallen aus der laufenden Datenmeldung. Künftig sind diese Daten nur noch auf Anforderung des Bundesamtes für Soziale Sicherung nach § 269 Absatz 5 SGB V für die jeweils benannten Berichtsjahre zu übermitteln.

Zugleich werden die Datenverarbeitungsbefugnisse des Bundesamtes für Soziale Sicherung an die Neufassung des § 273 SGB V angepasst. Soweit dies für die dort geregelten Verfahren und Prüfungen erforderlich ist, bleibt insbesondere die Herstellung eines Versichertenbezugs durch die Krankenkassen zulässig.

Die Datenmeldungen und Korrekturmeldungen einschließlich ihrer Dokumentation sowie die ihnen zugrunde liegenden Daten sind grundsätzlich zehn Jahre revisionssicher und nachprüfbar aufzubewahren. Soweit diese Daten für eine noch nicht abgeschlossene Prüfung nach § 20 RSAV oder im Einzelfall für ein Verfahren oder eine Prüfung nach § 273 SGB V weiterhin erforderlich sind, kann sich die Aufbewahrung bis spätestens zum Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres nach dem jeweiligen Berichtsjahr verlängern. Ein gesondertes Anhörungs- und Bescheidverfahren über die Verlängerung der Aufbewahrungsfrist ist nicht mehr vorgesehen.

**Bewertung**

Die Herausnahme der zusätzlichen Einkommens- und Krankengeldinformationen aus der dauerhaften Datenübermittlung ist als Folgeänderung zur Neufassung des § 269 Absatz 5 SGB V sachgerecht. Wie bereits dort ausgeführt, ist es sinnvoll, Daten, die nach Abschluss des Untersuchungsauftrags zum Krankengeldzuweisungsverfahren nicht mehr

dauerhaft benötigt werden, künftig nur noch anlass- und zweckgebunden anzufordern. Dadurch wird die für künftige Untersuchungen erforderliche Datengrundlage erhalten, ohne die Krankenkassen mit einer dauerhaften Datenmeldung zu belasten.

Auch die Aufnahme der Vertragsnummer bei Diagnosen aus Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V ist als Folgeänderung zu § 267 SGB V nachvollziehbar. Wie dort ausgeführt, kann die Vertragsnummer insbesondere dazu beitragen, Veränderungen von Diagnosedaten einem konkreten Versorgungskontext zuzuordnen. Versorgungsvertraglich bedingte Veränderungen müssen im Rahmen der Verfahren nach § 273 SGB V sachgerecht von nicht erklärbaren statistischen Auffälligkeiten unterschieden werden.

Die Anpassung der Datenverarbeitungsbefugnisse an die Neufassung des § 273 SGB V ist ebenfalls folgerichtig. Die Verarbeitung der Daten einschließlich der Herstellung eines Versichertenbezugs muss dabei entsprechend dem Wortlaut des § 7 Absatz 2 auf die für das jeweilige Verfahren erforderlichen Zwecke beschränkt bleiben.

Die geplante Vereinfachung der Aufbewahrungsregelung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Wenn sich eine Krankenkasse bereits in einem laufenden Prüfverfahren befindet und deshalb erkennen kann, dass die prüfungsrelevanten Daten weiterhin benötigt werden, erscheint ein zusätzliches Verwaltungsverfahren ausschließlich zur Feststellung der verlängerten Aufbewahrungspflicht nicht zwingend erforderlich.

Die vorgesehene Verlängerung der Aufbewahrung auf bis zu 15 Jahre nach dem jeweiligen Berichtsjahr sollte allerdings eng an ihre Erforderlichkeit für ein tatsächlich noch laufendes Verfahren oder eine Prüfung gebunden bleiben. Aus der bloßen Möglichkeit einer späteren Prüfung darf keine generelle fünfzehnjährige Aufbewahrungspflicht werden.

Dies gewinnt auch vor dem Hintergrund der Neufassung des § 273 SGB V an Bedeutung. Eines der erklärten Ziele des neuen pauschalen Kürzungsverfahrens ist gerade, die bisherigen langwierigen Prüfverfahren zu beschleunigen. Die verlängerte Aufbewahrungsmöglichkeit sollte deshalb eine Ausnahme für noch nicht abgeschlossene Einzelfälle bleiben und nicht zum Regelfall werden.

**Änderungsvorschlag**

Die Folgeänderungen können grundsätzlich beibehalten werden. Es sollte jedoch klargestellt werden, dass eine über zehn Jahre hinausgehende Aufbewahrung ausschließlich für die im konkreten Prüfverfahren weiterhin erforderlichen Daten gilt und diese nach Abschluss des Verfahrens zu löschen sind, sobald keine anderweitige gesetzliche Aufbewahrungspflicht mehr besteht. Die Frist von 15 Jahren ist als absolute Höchstfrist und nicht als allgemeine Aufbewahrungsdauer auszugestalten.

## Zu Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) Nr. 2

**§ 15 RSAV (Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Programmkostenpauschale und die Meldung der DMP-Versichertentage werden auf strukturierte Behandlungsprogramme erweitert, die nach § 137g Absatz 1a Satz 1 SGB V ohne förmliche Zulassung angeboten werden. Zugleich werden die Vorgaben zum Beginn und Ende der für die Zuweisungen maßgeblichen Einschreibung auf diese Programme erstreckt.

### Bewertung

Klärungsbedarf besteht hinsichtlich der zeitlichen Anwendung der Regelung. Soweit die Begründung eine Begrenzung des Zuweisungsverfahrens auf das Ausgleichsjahr 2027 vorsieht, muss sich diese eindeutig und widerspruchsfrei aus den Übergangsregelungen der RSAV ergeben.

### Änderungsvorschlag

Die zeitliche Anwendung des § 15 RSAV sollte sowohl in der Rechtsvorschrift sowie in der Begründung eindeutig und widerspruchsfrei geregelt werden.

## Zu Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) Nr. 3

**§ 18 RSAV (Jahresausgleich)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Als Folge der Abschaffung des HMG-Ausschlussverfahrens werden die entsprechenden Vorgaben aus dem Jahresausgleich gestrichen.

Die bestehende Systematik der Krankengeldzuweisungen bleibt dagegen unverändert. Für Krankengeld nach § 44 SGB V werden weiterhin 50 Prozent der Zuweisungen auf Grundlage der tatsächlichen Leistungsausgaben der jeweiligen Krankenkasse ermittelt. Die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 45 SGB V werden weiterhin vollständig ausgeglichen.

Zugleich wird das Verfahren zur Korrektur des Jahresausgleichs neu geordnet. Der Jahresausgleich ist weiterhin bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres durchzuführen. Die Korrektur auf Grundlage der Korrekturmeldungen soll künftig vor Durchführung des nächsten Jahresausgleichs erfolgen. Damit soll ermöglicht werden, das neue pauschale Zuweisungskürzungsverfahren nach § 273 Absatz 1 bis 3 SGB V unmittelbar an den korrigierten Jahresausgleich anzuschließen.

### Bewertung

Die Streichung des HMG-Ausschlusses aus dem Jahresausgleich wird als konsequente Folge seiner Abschaffung begrüßt. Auch die zeitliche Abstimmung zwischen dem korrigierten Jahresausgleich und dem neuen Verfahren nach § 273 SGB V ist grundsätzlich nachvollziehbar.

Die damit verbundene zeitliche Straffung darf jedoch nicht zulasten der Datenqualität, der Nachvollziehbarkeit der Berechnungen oder der Verfahrensrechte der Krankenkassen gehen. Das anschließende Kürzungsverfahren nach § 273 SGB V muss auf geprüften und belastbaren Daten beruhen. Zugleich muss gewährleistet bleiben, dass statistische Auffälligkeiten sachlich aufgeklärt und insbesondere tatsächliche Morbiditäts-, Struktur- und Versorgungseffekte angemessen berücksichtigt werden können.

Unabhängig von diesen Folgeänderungen sollte die Änderung des § 18 Absatz 1 RSAV genutzt werden, um das Zuweisungsverfahren für Krankengeld nach § 44 SGB V weiterzuentwickeln und den Ist-Kostenanteil von derzeit 50 auf 70 Prozent anzuheben.

Der anteilige Ist-Kostenausgleich wurde eingeführt, weil das standardisierte Zuweisungsverfahren die tatsächlichen Krankengeldausgaben der Krankenkassen nicht hinreichend zielgenau abbildet und hieraus erhebliche Über- und Unterdeckungen entstehen können. Vor Einführung der Sonderregelung lagen die kassenindividuellen Deckungsquoten im Krankengeldbereich zwischen rund 75 und 200 Prozent und machten damit die erheblichen Verteilungsunterschiede des damaligen Zuweisungsverfahrens deutlich. Mit der Einführung des Hybridmodells im Jahresausgleich 2013 konnten diese Unterschiede deutlich reduziert werden. Auf Ebene der Kassenarten halbierte sich die maximale Spanne der Deckungsbeiträge von 26,44 Euro auf 13,22 Euro je Versicherten. Das Hybridmodell hat damit nachweislich zu einer höheren Zielgenauigkeit der Krankengeldzuweisungen und zu einer Verringerung strukturell bedingter Über- und Unterdeckungen beigetragen.

Die zwischenzeitliche Entwicklung zeigt jedoch, dass diese ursprünglich erreichte Annäherung der Deckungsquoten zunehmend wieder verloren geht. Für den aktuellen Jahresausgleich 2025 zeigt sich auf Ebene der Kassenarten erneut ein deutliches Auseinanderfallen der Deckungsbeiträge. Nach Anwendung des bestehenden 50/50-Modells verbleibt eine Spanne von 47,54 Euro je Versicherten. Bei den Innungskrankenkassen beträgt die verbleibende Unterdeckung trotz des hälftigen Ist-Kostenausgleichs 17,62 Euro je Versicherten. Damit ist die verbleibende Spanne der Deckungsbeiträge inzwischen deutlich größer als zum Zeitpunkt der Einführung des Hybridmodells. Dies spricht nicht gegen das Hybridmodell als solches, sondern dafür, dessen seit 2013 unveränderte Gewichtung zu überprüfen.

Eine methodisch überzeugendere Weiterentwicklung des standardisierten Zuweisungsmodells ist bislang nicht gelungen. Auch die untersuchten alternativen Modelle erreichen nach den Ergebnissen des Sondergutachtens des Wissenschaftlichen Beirats nicht die Zielgenauigkeit des bestehenden Hybridmodells. Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt daher dessen dauerhafte Beibehaltung. Die konkrete Höhe des politisch festgelegten Ist-Kostenanteils von 50 Prozent war jedoch nicht Gegenstand dieser Bewertung. Aus der Empfehlung für das Hybridmodell folgt daher keine Festlegung auf das seit 2013 unveränderte Verhältnis von 50 Prozent Ist-Kosten- und 50 Prozent standardisiertem Anteil.

Eine Anhebung des Ist-Kostenanteils auf 70 Prozent würde das bestehende Hybridmodell gezielt weiterentwickeln, ohne dessen Grundstruktur zu verändern. Die tatsächlichen Krankengeldausgaben würden stärker berücksichtigt und damit solche Deckungsunterschiede reduziert, die durch das standardisierte Zuweisungsmodell nicht hinreichend erklärt werden können. Mit einem standardisierten Anteil von weiterhin 30 Prozent bliebe zugleich eine relevante standardisierte Komponente des Zuweisungsverfahrens erhalten.

Die vorgeschlagene Anpassung ist dabei nicht als Ausgleich zugunsten einzelner Krankenkassen oder Kassenarten zu verstehen, sondern als Beitrag zu einer höheren Zielgenauigkeit und Wettbewerbsneutralität der Krankengeldzuweisungen. Strukturell bedingte Über- und Unterdeckungen können die finanzielle Position einer Krankenkasse beeinflussen,

ohne Ausdruck unterschiedlicher Wirtschaftlichkeit zu sein. Der anteilige Ist-Kostenausgleich dient gerade dazu, solche durch das standardisierte Modell nicht hinreichend erklärbaren Deckungsunterschiede zu begrenzen.

Vor diesem Hintergrund ist eine Anhebung des Ist-Kostenanteils von 50 auf 70 Prozent sachgerecht. Sie hält am wissenschaftlich vorzugswürdigen Hybridmodell fest, passt jedoch dessen Gewichtung an die Entwicklung der Deckungsunterschiede an und stärkt damit die Zielgenauigkeit und Wettbewerbsneutralität des Krankengeldzuweisungsverfahrens. Der vollständige Ausgleich der Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 45 SGB V sollte unverändert bestehen bleiben.

**Änderungsvorschlag**

Die Streichung des HMG-Ausschlusses ist beizubehalten. Für die Korrektur des Jahresausgleichs und das daran anschließende Verfahren nach § 273 SGB V sind transparente und verlässliche Verfahrensabläufe sicherzustellen. Die Korrektur muss auf geprüften und belastbaren Daten beruhen und darf die Verfahrensrechte der Krankenkassen im anschließenden Kürzungsverfahren nicht beeinträchtigen.

Ergänzend sollte in § 18 Absatz 1 Satz 2 RSAV der Ist-Kostenanteil für Krankengeld nach § 44 SGB V von 50 auf 70 Prozent angehoben werden. Die Wörter „Die Hälfte“ sind entsprechend durch „70 Prozent“ zu ersetzen. Die verbleibende standardisierte Komponente ist konsistent anzupassen. Der vollständige Ausgleich der Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 45 SGB V bleibt unverändert.

## Zu Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) Nr. 4

**§ 19 RSAV (Ausschluss auffälliger Risikogruppen)**

### Beabsichtigte Neuregelung

§ 19 RSAV wird als Durchführungsvorschrift zum bisherigen Ausschluss auffälliger Risikogruppen gestrichen. Die Regelung ist eine Folgeänderung zur Abschaffung des HMG-Ausschlussverfahrens nach § 266 Absatz 8 SGB V. Nach der vorgesehenen Übergangsregelung findet das bisherige Verfahren letztmalig für das Ausgleichsjahr 2025 Anwendung.

### Bewertung

Die Streichung wird ausdrücklich begrüßt. Der kassenübergreifende Ausschluss ganzer Risikogruppen beeinträchtigt die morbiditätsorientierte Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs. Soweit bestehende Morbiditäts- und Ausgabenrisiken nicht mehr angemessen im Ausgleich berücksichtigt werden, können zugleich unerwünschte Risikoselektionsanreize entstehen.

Der pauschale Ausschluss von Risikogruppen ist zur Vermeidung von Manipulationsanreizen nicht sachgerecht. Auffälligkeiten in der Diagnosedokumentation sollten verursachungsgerecht auf Ebene der jeweiligen Krankenkasse adressiert werden, ohne die sachgerechte Morbiditätsabbildung für sämtliche Krankenkassen einzuschränken.

Die Abschaffung des HMG-Ausschlusses ist daher unabhängig von dem weiterhin bestehenden Nachbesserungsbedarf beim neuen Kürzungsverfahren nach § 273 SGB V sachgerecht.

### Änderungsvorschlag

Keiner. Die vorgesehene Streichung des § 19 RSAV ist beizubehalten. Die letztmalige Anwendung des bisherigen HMG-Ausschlussverfahrens für das Ausgleichsjahr 2025 ist in den Übergangsregelungen eindeutig und widerspruchsfrei abzusichern.

## Zu Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) Nr. 5

**§ 21 RSAV (Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### Beabsichtigte Neuregelung

§ 21 RSAV wird gestrichen. Die bislang dort geregelte Ermittlung des Korrekturbetrags bei einem festgestellten Rechtsverstoß wird künftig in § 273 Absatz 5 SGB V geregelt. Die Regelungen zur Ermittlung des zusätzlichen Zuweisungseffekts, zur ersatzweisen Berechnung und zum Zuschlag auf den ermittelten Korrekturbetrag werden damit auf gesetzlicher Ebene zusammengeführt.

### Bewertung

Die Streichung des § 21 RSAV ist als Folge der Regelung der Korrekturbeträge in § 273 Absatz 5 SGB V sachgerecht. Die Verlagerung der wesentlichen Berechnungsregelungen in das SGB V vermeidet inhaltsgleiche Regelungen auf unterschiedlichen Normebenen und erhöht die systematische Klarheit.

Voraussetzung ist, dass § 273 Absatz 5 SGB V die Ermittlung des Korrekturbetrags abschließend und hinreichend bestimmt. Die materiellen Anforderungen an die Berechnung, die Abgrenzung zur pauschalen Zuweisungskürzung sowie die Vermeidung einer mehrfachen Berücksichtigung desselben Zuweisungseffekts sind im Rahmen des § 273 SGB V sicherzustellen.

### Änderungsvorschlag

Keiner. Die vorgesehene Streichung kann beibehalten werden. Die erforderlichen verfahrensrechtlichen Anpassungen sind unmittelbar in § 273 SGB V vorzunehmen.

**Zu Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)**
**Nr. 6**

**§ 27 RSAV (Übergangsregelung)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Das HMG-Ausschlussverfahren wird letztmalig für das Ausgleichsjahr 2025 durchgeführt und entfällt ab dem Ausgleichsjahr 2026. Für die Zuweisungen der Ausgleichsjahre 2025 und 2026 gilt § 15 RSAV weiterhin in seiner bisherigen Fassung. Die Neuregelung des § 15 RSAV findet damit nach dem vorliegenden Normtext ab dem Ausgleichsjahr 2027 Anwendung. Die bisherigen Absätze 3 bis 5 werden zur Rechtsbereinigung gestrichen.

**Bewertung**

Die Übergangsregelungen sind grundsätzlich sachgerecht. Die letztmalige Anwendung des HMG-Ausschlussverfahrens für das Ausgleichsjahr 2025 schafft einen eindeutigen Übergang zur neuen Systematik. Dabei muss ausgeschlossen sein, dass im Übergang zum neuen kassenindividuellen Kürzungsverfahren nach § 273 SGB V derselbe Sachverhalt oder Zuweisungseffekt mehrfach berücksichtigt wird.

Auch die Fortgeltung der bisherigen DMP-Zuweisungsregelungen für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026 ist aus Gründen der Rechtssicherheit nachvollziehbar. Klärungsbedarf besteht jedoch hinsichtlich des zeitlichen Anwendungsbereichs der Neuregelung des § 15 RSAV. Nach § 27 Absatz 2 gilt die bisherige Fassung des § 15 für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026. Daraus folgt nach dem vorliegenden Normtext eine Anwendung der Neuregelung ab dem Ausgleichsjahr 2027. Die Begründung zu § 15, wonach das neue Zuweisungsverfahren unter Verweis auf § 27 Absatz 1 auf das Ausgleichsjahr 2027 begrenzt werde, ist damit nicht vereinbar.

Die Streichung erledigter Übergangsvorschriften in den Absätzen 3 bis 5 wird unterstützt.

**Änderungsvorschlag**

Die letztmalige Anwendung des HMG-Ausschlussverfahrens für das Ausgleichsjahr 2025 ist beizubehalten. Beim Übergang zum neuen Verfahren nach § 273 SGB V ist eine mehrfache Berücksichtigung desselben Zuweisungseffekts auszuschließen.

Die Übergangsregelung für die DMP-Zuweisungen ist mit § 15 RSAV eindeutig und widerspruchsfrei abzustimmen. Sofern die erweiterte DMP-Zuweisung ab dem Ausgleichsjahr 2027 dauerhaft gelten soll, ist die Begründung zu § 15 entsprechend zu korrigieren. Sofern

dagegen tatsächlich eine Beschränkung auf das Ausgleichsjahr 2027 beabsichtigt ist, muss dies ausdrücklich im Normtext geregelt und zugleich festgelegt werden, welche Regelung ab dem Ausgleichsjahr 2028 gelten soll.

Die Streichung der bisherigen Absätze 3 bis 5 kann beibehalten werden.

# Ergänzender Änderungsbedarf

## Vorschläge zur sachgerechten und fairen Weiterentwicklung des RSA

### Anzahl der HMG als Risikomerkmal

#### Bewertung

Über die im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen hinaus sollte der RSA konsequenter am tatsächlichen Morbiditäts- und Versorgungsbedarf der Versicherten ausgerichtet werden. Hierzu sollte die Anzahl der einem Versicherten zugeordneten HMG als ergänzendes Risikomerkmal berücksichtigt werden.

Die bestehende RSA-Systematik bildet eine Vielzahl einzelner Erkrankungen ab. Sie berücksichtigt jedoch nicht in allen Konstellationen hinreichend, dass sich der Versorgungsbedarf auch danach unterscheidet, wie viele ausgleichsrelevante Erkrankungen bei einem Versicherten gleichzeitig vorliegen. Mit zunehmender Krankheitslast können insbesondere die Anforderungen an Diagnostik, Behandlung, Arzneimittelversorgung und die Koordination unterschiedlicher Versorgungsleistungen steigen. Die Anzahl der HMG enthält damit zusätzliche Informationen über die Morbiditäts- und Versorgungssituation eines Versicherten, die für eine zielgenauere Ermittlung der Zuweisungen genutzt werden können.

Hierfür ist weder die Aufnahme zusätzlicher HMG noch ein pauschaler Zuschlag für jede weitere HMG erforderlich. Vielmehr soll die Anzahl der bereits im RSA berücksichtigten HMG als ergänzende Information in das Klassifikationsmodell einfließen, um bestehende systematische Über- und Unterdeckungen besser auszugleichen.

Die vorliegenden Analysen der Innungskrankenkassen zeigen, dass die Zuweisungen bei unterschiedlichen HMG-Konstellationen nicht durchgängig mit den tatsächlichen Versorgungsausgaben übereinstimmen. Insbesondere bei Versicherten mit zwei bis zehn HMG bestehen tendenziell Unterdeckungen. Demgegenüber zeigen sich bei Versicherten ohne HMG sowie bei Versicherten mit einer sehr hohen Zahl an HMG Überdeckungen. Ein hoher Versorgungsbedarf und eine Überdeckung schließen sich dabei nicht aus: Eine Überdeckung bedeutet lediglich, dass die RSA-Zuweisungen die berücksichtigten tatsächlichen Versorgungsausgaben übersteigen. Sie sagt nicht aus, dass der betreffende Versicherte einen geringen Versorgungsbedarf hat.

Die Einbeziehung der HMG-Anzahl soll deshalb keine einseitige Erhöhung der Zuweisungen bewirken, sondern eine Korrektur in beide Richtungen ermöglichen. Unterdeckungen bei bestimmten Morbiditätskonstellationen sollen reduziert, bestehende Überdeckungen

an anderer Stelle gleichermaßen abgebaut werden. Ziel ist ein besserer Gleichlauf zwischen Morbiditäts- und Versorgungsbedarf, tatsächlichen Ausgaben und RSA-Zuweisungen.

Dies stärkt zugleich die Versorgungsorientierung des RSA. Werden bestehende Versorgungsrisiken nicht hinreichend berücksichtigt, entstehen Unterdeckungen, die die finanziellen Spielräume der betroffenen Krankenkassen für Versorgung, Prävention und innovative Versorgungsangebote beeinträchtigen können. Umgekehrt sollten Zuweisungen, die dauerhaft über den tatsächlichen Versorgungsausgaben bestimmter Versichertengruppen liegen, keine strukturellen Wettbewerbsvorteile begründen. Ein zielgenauer RSA muss daher Über- und Unterdeckungen gleichermaßen reduzieren.

Die Berücksichtigung der HMG-Anzahl dient damit nicht der finanziellen Besserstellung einzelner Krankenkassen oder Kassenarten. Sie soll vielmehr die bereits vorhandenen Morbiditätsinformationen zielgenauer nutzen, um die Finanzierung stärker am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Versicherten auszurichten und strukturell bedingte Wettbewerbsvorteile und -nachteile zu reduzieren.

Dies entspricht dem grundlegenden ordnungspolitischen Ziel des RSA: Krankenkassen sollen weder durch die Morbiditätsstruktur ihres Versichertenbestands begünstigt noch benachteiligt werden. Der Wettbewerb soll sich daran entscheiden, wie gut und wirtschaftlich Versicherte versorgt werden, und nicht daran, welche Morbiditätskonstellationen eine Krankenkasse in ihrem Versichertenbestand aufweist.

**Änderungsvorschlag**

Die Anzahl der einem Versicherten zugeordneten HMG sollte als ergänzendes Risikomerkmal in das RSA-Klassifikationsmodell einbezogen werden.

Die Ausgestaltung sollte darauf ausgerichtet sein, den Zusammenhang zwischen Morbiditätslast, tatsächlichem Versorgungsbedarf und Leistungsausgaben zielgenauer abzubilden und bestehende systematische Über- und Unterdeckungen zu reduzieren. Dabei sollen insbesondere Unterdeckungen bei mittleren HMG-Anzahlen verringert und Überdeckungen bei sehr niedrigen beziehungsweise sehr hohen HMG-Anzahlen abgebaut werden.

Die HMG-Anzahl ist dabei nicht als pauschaler zusätzlicher Zuschlag für jede weitere HMG auszugestalten. Sie sollte vielmehr als ergänzendes Risikomerkmal in das bestehende Klassifikationsmodell einfließen. Die konkrete Ausgestaltung sollte auf Grundlage der vorhandenen RSA-Daten empirisch bestimmt und insbesondere hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Zielgenauigkeit, Manipulationsresistenz und Wettbewerbsneutralität geprüft werden.

## Kalendertägliche Ausgestaltung des Risikopools

### Bewertung

Der Risikopool soll Krankenkassen gegen außergewöhnlich hohe Ausgaben einzelner Versicherter absichern. Nach geltendem Recht werden Leistungsausgaben oberhalb eines jährlich festgelegten Schwellenwerts zu 80 Prozent ausgeglichen. Damit begrenzt der Risikopool insbesondere solche finanziellen Risiken, die durch einzelne besonders kostenintensive Behandlungsfälle entstehen und im übrigen RSA nicht hinreichend ausgeglichen werden.

Der Risikopool sollte konsequent an den tatsächlichen Versichertenzeiten ausgerichtet und hierfür um einen kalendertäglichen Schwellenwert ergänzt werden.

Die derzeitige Ausgestaltung anhand eines einheitlichen Jahresschwellenwerts berücksichtigt jedoch die tatsächliche Versicherungsdauer nicht hinreichend. Bei Versicherten mit kurzen Versicherungszeiten können innerhalb weniger Tage oder Monate sehr hohe Versorgungsausgaben entstehen, ohne dass der auf ein vollständiges Jahr bezogene Schwellenwert erreicht wird. Dies betrifft insbesondere Neugeborene mit schweren Erkrankungen sowie Versicherte, die nach Eintritt eines kostenintensiven Krankheitsgeschehens im Laufe des Jahres versterben.

Damit hängt die Entlastungswirkung des Risikopools nicht allein von der Höhe des tatsächlichen Versorgungsrisikos, sondern auch von der Dauer der Versicherungszeit ab. Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil kostenintensiver Versicherungsfälle bei gleichzeitig kurzen Versicherungszeiten können dadurch systematisch benachteiligt werden. Der tatsächliche Versorgungsaufwand wird in diesen Fällen nicht sachgerecht abgebildet.

Der Schwellenwert sollte deshalb künftig zeitanteilig nach den tatsächlichen Versicherungstagen bestimmt werden. Eine solche kalendertägliche Betrachtung würde die Risikoexposition der Krankenkassen sachgerechter abbilden und die Zielgenauigkeit des Risikopools erhöhen. Zugleich würden Wettbewerbsverzerrungen aufgrund unterschiedlicher Anteile unterjährig versicherter Hochkostenfälle reduziert.

### Änderungsbedarf

In § 268 Absatz 1 SGB V wird nach Satz 3 der folgende Satz 4 ergänzt:

„Bei Versicherten mit unvollständiger Versicherungszeit im jeweiligen Ausgleichsjahr ist der Schwellenwert entsprechend der Anzahl der Versicherungstage anteilig zu bestimmen.“