BKK Dachverband

BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 56
10117 Berlin

TEL (030) 2700403-300
FAX (030) 2700400-191
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 16.11.2026

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (HiB)

Inhalt

I. VORBEMERKUNG _____ 8

II. DETAILKOMMENTIERUNG _____ 11

A. Hilfsmittelversorgung und Leistungsansprüche _____ 11

Zu § 33 Abs. 1 SGB V: Anspruch und Qualitätsanforderungen 11

Zu § 33 Abs. 2 SGB V: Sehhilfen 11

Zu § 33 Abs. 4 SGB V: Energiekosten elektrischer Hilfsmittel 11

Zu § 33 Abs. 5a SGB V: Hörhilfen: Genehmigung 12

Zu § 33 Abs. 8 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V: Inkassorisiko der Zuzahlung für Hilfsmittel 13

Zu § 33 Abs. 5c SGB V: Pflegefachliche Empfehlung 13

Zu § 33b SGB V (neu): Besondere Medizinprodukte 13

Zu § 37 SGB V: Häusliche Krankenpflege 14

Zu § 71a SGB V: Schiedsperson 14

Zu § 71d SGB V: Schiedsstelle, Verordnungsermächtigung 14

Zu § 73d SGB V: Eigenverantwortliche Leistungen und Verordnungen durch Pflegefachpersonen 15

Zu § 126 SGB V: Präqualifizierung 16

Zu § 127 Abs. 1 SGB V: Bundesweiter administrativer Rahmenvertrag 16

Zu § 127 Abs. 2–3 SGB V: Schiedsstelle für Rahmenvertrag 17

Zu § 127 Abs. 4–5 SGB V: Dezentrale Verträge und Preise 17

Zu § 127 Abs. 6 SGB V: Befristete Preisminderung 2027/2028 18

Zu § 127 Abs. 9 SGB V: Abweichungen von Festbeträgen 18

Zu § 127 Abs. 10–11 SGB V: Beratung und Transparenz 18

Zu § 127 Abs. 12–15 SGB V: Qualitätsprüfungen im Hilfsmittelbereich 19

Zu § 128 Abs. 4a Satz2 SGB V: Streichung der Präqualifizierung bei Fachärzten 19

Zu § 132a SGB V: Versorgung mit häuslicher Krankenpflege 19

Zu § 132l SGB V: Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung 19

Zu § 139 Abs. 2 SGB V: Hilfsmittelverzeichnis 20

Zu § 302 SGB V: Abrechnungsdaten / Mehrkostenbericht 20

B. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) 21

Zu § 137g Abs. 1a SGB V: DMP ohne Zulassung: Übergang 21

Zu § 137f Abs. 2a SGB V: Schulungen / Digitalisierung 21

Zu § 137f Abs. 3 SGB V: Verpflichtendes DMP-Angebot 22

Zu § 137f Abs. 3, 3a SGB V: Information und Teilnahme 22

Zu § 137f Abs. 4 SGB V: DMP-Evaluation 22

Zu § 137f Abs. 6 SGB V: Gemeinsame Vertragsabschlüsse 23

Zu § 137f Abs. 6a–6b SGB V: Schiedsverfahren / Krankenhäuser 23

Zu § 137g SGB V (neu): Wegfall der BAS-Zulassung 24

Zu §§ 266, 270 SGB V; RSAV: Finanzierung der DMP ab 2028 24

C. Hausarztzentrierte und weitere ambulante Versorgung 25

Zu § 73b SGB V: Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) 25

Zu § 73b Abs. 5 SGB V: HzV und DMP 25

Zu § 64f SGB V; § 9a MPhG: Physiotherapie im Direktzugang 25

Zu § 87 Abs. 1 SGB V: Elektronisches Antrags- und Gutachterverfahren 26

Zu § 92 Abs. 6a SGB V: Psychotherapeutische Kurzzeittherapie 27

Zu § 101 Abs. 4a SGB V: Bedarfsplanung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 27

Zu § 105 Abs. 1a SGB V: Strukturfonds / Behinderung 27

Zu §§ 106, 106b SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung / Bagatellgrenze 27

Zu § 106d SGB V: Abrechnungsprüfung vertragsärztlicher Leistungen 28

Zu § 118 SGB V: Psychiatrische Institutsambulanzen 28

Zu § 119b SGB V: Zahnärztliche Kooperation in Eingliederungshilfe 29

Zu § 125 SGB V: Heilmittel: Retaxation 29

D. Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege **30**

Zu § 110a SGB V: Qualitätsverträge: Freiwilligkeit 30

Zu § 136b SGB V: Qualitätsverträge: G-BA 30

Zu §§ 111, 111b, 111c SGB V: Medizinische Rehabilitation 31

Zu BPflV / KHEntgG: Stationäre Vergütung / Dokumentationspflichten 31

E. Arzneimittel, Prävention und digitale Anwendungen **32**

Zu §§ 35a, 130b SGB V; AM-NutzenV: Arzneimittel-Nutzenbewertung / Erstattungsbetrag 32

Zu § 134 SGB V: Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) 32

F. Risikostrukturausgleich und Gesundheitsfonds **33**

Zu § 266 Abs. 10 SGB V: RSA-Evaluation 33

Zu § 267 Abs. 1 SGB V: Morbiditätsdaten / Vertragsnummern 33

Zu § 269 Abs. 5 SGB V: Bedarfsabhängige Zusatzdaten 33

Zu § 273 Abs. 1–3 SGB V: Pauschales Kürzungsverfahren 34

Zu § 273 Abs. 4–5 SGB V: Anlassbezogene RSA-Prüfung 35

Zu § 273 Abs. 6–8 SGB V: Verrechnung / Altfälle 35

Zu RSAV (u. a. §§ 18–21): RSA-Verfahren / Risikogruppen 36

Zu § 271 SGB V: Mittelzuweisung Innovations-/Zukunftsfonds 37

G. Mitgliedschaft, Beiträge und Krankengeld _____ 38

Zu § 5 SGB V: Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner 38

Zu §§ 5, 412 SGB V: Klarstellung anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall 38

Zu § 8 SGB V: Befreiung von der Versicherungspflicht 39

Zu § 10 SGB V: Familienversicherung 39

Zu Art. 1 Nr. 6: Erstattung von Krankheitskosten bei entsandten Arbeitnehmern 39

Zu § 62 Abs. 1 SGB V: Chronikerbescheinigung 40

Zu § 62 Abs. 4–5 SGB V: Zuzahlungsbefreiung / Belastungsgrenze 40

Zu §§ 49, 53 SGB V: Krankengeld / Wahltarife 41

Zu §§ 53 Abs. 9, 65a Abs. 3 SGB V: Wahltarife und Bonusprogramme 41

Zu §§ 175, 175a SGB V: Krankenkassenwechsel-Meldeverfahren 41

Zu § 191 SGB V: Ende der freiwilligen Mitgliedschaft 42

Zu § 201 SGB V: KVdR-Meldeverfahren 42

Zu § 206 SGB V: Abbau von Beratungshürden 42

Zu § 206a SGB V (neu): Datenaustausch mit den Finanzbehörden 43

Zu § 225a SGB V (neu): Feststellung der Beiträge bei schutzwürdigem Vertrauen 43

Zu §§ 231, 240, 249a, 250, 255 SGB V sowie § 106 SGB VI: Anpassungen zur Beitragstragung- und -zahlung freiwillig versicherter Rentner:innen, Streichung des Beitragszuschusses des Rentenversicherungsträgers 43

Zu § 254 SGB V: Krankenversicherung der Studierenden 43

Zu § 256 SGB V: Beitragspflicht von Versorgungsbezügen 44

Zu § 256b SGB V (neu): Zahlstellenprüfung 44

Zu SGB XI §§ 25, 47a, 50, 56: Pflegeversicherung / Parallelanpassungen 44

H. Qualitätssicherung, Aufsicht, Fehlverhalten und Digitalisierung _____ 45

Zu § 197a Abs. 1–3b SGB V: Fehlverhaltensbekämpfung / Datenaustausch 45

Zu § 197a Abs. 1a, 7 SGB V: KI und Betrugspräventionsdatenbank 45

Zu § 274 SGB V: Aufsichtsprüfungen 45

Zu § 299 Abs. 1b SGB V: Qualitätssicherung: Once only 45

Zu § 334 Abs. 3 SGB V: Telematikinfrastruktur 46

Zu §§ 394a, 394b SGB V: Zukunftsfonds digitale Gesundheit 46

I. Schiedswesen, Selbstverwaltung und Inkrafttreten _____ 48

Zu § 106c SGB V: Digitale und hybride Sitzungen der Beschwerdeausschüsse 48

Zu § 29 SGG: Gerichtszuständigkeit / DMP 48

Zu Art. 19: Gestaffeltes Inkrafttreten 48

III. ÜBERGREIFENDE ASPEKTE _____ 49

Finanzielle und organisatorische Auswirkungen _____ 49

Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf _____ 49

Auskehrung von RSA-Korrekturbeträgen im Jahresausgleich 49

Berücksichtigung von Versichertenzeiten ohne Beitragszahlung und Leistungsinanspruchnahme § 2 RSAV 50

Berücksichtigung digitaler Disease-Management-Programme (dDMP) bei der Weiterentwicklung der DMP 51

Zuzahlungen / Belastungsgrenze 52

Ökologische Nachhaltigkeit und Gesetzesfolgenabschätzung 52

I. VORBEMERKUNG

Der vorliegende Entwurf für ein Gesetz zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (HiB) verfolgt das Ziel, die Hilfsmittelversorgung weiterzuentwickeln, bürokratische Belastungen abzubauen und Verwaltungs- sowie Versorgungsprozesse effizienter zu gestalten. Neben einer umfassenden Neuregelung des Hilfsmittelrechts enthält der Entwurf zahlreiche weitere Änderungen, insbesondere zu den strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP), zur hausarztzentrierten Versorgung, zum Risikostrukturausgleich, zur Krankenhausversorgung sowie zu Mitgliedschaft, Beiträgen, Qualitätssicherung und Digitalisierung.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die grundsätzliche Zielsetzung des Gesetzgebers, bürokratische Vorgaben zu reduzieren und bestehende Verfahren zu vereinfachen. Angesichts der angespannten finanziellen und personellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung sind wirksame Maßnahmen zur Entbürokratisierung dringend erforderlich. Entscheidend ist jedoch, dass die vorgesehenen Regelungen tatsächlich zu einer Entlastung führen und nicht lediglich bestehende Aufgaben verlagern oder neue Verwaltungs- und Nachweispflichten schaffen.

Positiv hervorzuheben sind insbesondere verschiedene Ansätze zur Vereinfachung der Hilfsmittelversorgung. Die Vereinheitlichung administrativer Vertragsinhalte kann dazu beitragen, Verwaltungsabläufe zu standardisieren und den Aufwand für Krankenkassen und Leistungserbringer zu reduzieren. Auch die Neugestaltung der Schiedsverfahren sowie der Verzicht auf routinemäßige Betriebsbegehungen im Rahmen der Präqualifizierung werden grundsätzlich begrüßt. Gleiches gilt für die Vereinfachung der Hilfsmittelversorgung auf Grundlage pflegefachlicher Empfehlungen. Darüber hinaus unterstützen die Betriebskrankenkassen die vorgesehenen Erleichterungen im Mitgliedschafts- und Beitragsrecht, die Vereinfachung psychotherapeutischer Antragsverfahren und die Verbesserungen bei der Bedarfsplanung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Ausdrücklich begrüßt wird zudem die vorgesehene Freiwilligkeit beim Abschluss von Qualitätsverträgen mit Krankenhäusern, wenngleich die vorgesehenen Übergangsregelungen noch Nachbesserungsbedarf aufweisen.

Die Betriebskrankenkassen sehen ferner in der Modernisierung der Hilfsmittelversorgung zugleich die Chance, ökologische Nachhaltigkeit stärker in den gesetzlichen Rahmenbedingungen zu verankern. Insbesondere die Verlängerung der Nutzungsdauer von Hilfsmitteln, die Erleichterung von Reparaturen und Wiedereinsatz sowie die

Reduzierung von Material-, Energie- und Ressourcenverbräuchen bieten erhebliche Potenziale für eine ressourcenschonendere Gesundheitsversorgung. Dabei müssen die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit und die Wirtschaftlichkeit gleichermaßen gewährleistet bleiben. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich daher dafür aus, Nachhaltigkeitsaspekte bei der weiteren Ausgestaltung des Gesetzes stärker zu berücksichtigen.

Gleichzeitig enthält der Entwurf verschiedene Regelungen, die dem erklärten Ziel des Bürokratierückbaus teilweise entgegenstehen. Dies betrifft insbesondere die vorgesehene Abschaffung der Genehmigungsfreiheit für Hörhilfen und die Verlagerung des Inkassorisikos bei nicht geleisteten Hilfsmittelzuzahlungen auf die Krankenkassen. Beide Maßnahmen drohen erhebliche zusätzliche Verwaltungsaufwände zu verursachen, ohne dass ein entsprechender Mehrwert für die Versorgung erkennbar ist. Auch bei der Ausgestaltung der neuen Hilfsmittel-Rahmenverträge muss gewährleistet bleiben, dass die wirtschaftliche Versorgung, die Qualitätssicherung und die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen nicht durch zu weitreichende bundeseinheitliche Vorgaben eingeschränkt werden. **Bei der Ausgestaltung der Schiedsstellenregelung muss Sorge getragen werden, dass sich das Verhandlungsgeschehen nicht dahin verlagert.**

Erheblichen Nachbesserungsbedarf sehen die Betriebskrankenkassen bei der vorgesehenen Weiterentwicklung der strukturierten Behandlungsprogramme. Das Ziel einer besseren Versorgung chronisch erkrankter Menschen ist grundsätzlich zu unterstützen. Die geplante Verpflichtung der Krankenkassen, sämtliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten DMP flächendeckend anzubieten, greift jedoch zu kurz. Ohne eine entsprechende Mitwirkung der Leistungserbringer kann die tatsächliche Verfügbarkeit der Programme nicht sichergestellt werden. Zugleich entstehen neue Informations- und Vertragsanforderungen. Kritisch bewertet wird insbesondere der Wegfall des bisherigen Zulassungsverfahrens durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), da hierdurch eine bundeseinheitliche Prüfung der gesetzlichen und untergesetzlichen Anforderungen entfällt. Auch die vorgesehenen Schiedsverfahren bedürfen einer sorgfältigen Ausgestaltung. Die ab 2028 geplante Abschaffung der gesonderten Programmkostenpauschale muss zudem mit einer sachgerechten Berücksichtigung der Aufwendungen im regulären Risikostrukturausgleich einhergehen.

Die geplante Neuregelung der Prüfungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird im Grundsatz als nachvollziehbarer Ansatz zum Bürokratierückbau angesehen. Der Ersatz langwieriger Einzelfallprüfungen durch ein pauschaliertes Kürzungsverfahren kann zur Beschleunigung der Verfahren beitragen. Allerdings müssen

strukturelle Besonderheiten der Versichertenbestände, Veränderungen durch Kassenwechsel und die Auswirkungen des vorgesehenen Toleranzbereichs angemessen berücksichtigt werden. Insbesondere die finanziellen Folgen der rückwirkenden Anwendung auf frühere Berichtsjahre müssen für die Krankenkassen rechtzeitig und verlässlich abschätzbar sein, um eine sachgerechte Haushalts- und Zusatzbeitragssatzplanung zu ermöglichen.

Ausdrücklich abgelehnt wird die vorgesehene Bagatellgrenze von 300 Euro bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist ein wesentliches Steuerungsinstrument der gesetzlichen Krankenversicherung, dessen Wirksamkeit nicht durch pauschale bundesgesetzliche Prüfgrenzen eingeschränkt werden darf. Insbesondere müssen regionale Gestaltungsmöglichkeiten erhalten bleiben und unzulässige Verordnungen weiterhin uneingeschränkt überprüfbar sein.

Insgesamt enthält der Referentenentwurf eine Reihe sinnvoller und teilweise seit Langem geforderter Maßnahmen zur Modernisierung und Entbürokratisierung der Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig werden jedoch neue Verpflichtungen geschaffen und bestehende Vertrags-, Finanzierungs- und Prüfverfahren zum Teil erheblich verändert. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen kommt es deshalb entscheidend darauf an, die begrüßenswerten Ansätze konsequent weiterzuverfolgen, zusätzliche Verwaltungsbelastungen zu vermeiden und die Vertragsautonomie sowie die wirtschaftliche Handlungsfähigkeit der Krankenkassen zu sichern. Die nachfolgende Detailkommentierung konkretisiert die hierzu bestehenden Bewertungen und Änderungsvorschläge.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

A. Hilfsmittelversorgung und Leistungsansprüche

Zu § 33 Abs. 1 SGB V: Anspruch und Qualitätsanforderungen

Präzisierung des Hilfsmittelanspruchs einschließlich der Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses und der zusätzlich erforderlichen Dienstleistungen (u. a. Beratung, Reparatur, Wartung).

Bewertung
Die Regelung wird begrüßt.

Zu § 33 Abs. 2 SGB V: Sehhilfen

Erneute Versorgung ab dem vollendeten 14. Lebensjahr grundsätzlich erst bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; medizinisch zwingende Ausnahmen durch G-BA-Richtlinie möglich.

Bewertung
Die Regelung wird begrüßt.

Zu § 33 Abs. 4 SGB V: Energiekosten elektrischer Hilfsmittel

Anspruch auf Übernahme der Energiekosten; GKV-Spitzenverband soll per genehmigungspflichtiger Richtlinie Ermittlung, Bemessungszeitraum und gegebenenfalls Energiepauschalen regeln.

Bewertung
Eine bestehende Regelungslücke wird geschlossen, was ausdrücklich begrüßt wird. Für Hilfsmittel mit niedrigem Energiebedarf muss die Richtlinie bürokratiearme Pauschal-Regelungen und Bagatellgrenzen ermöglichen. Neben der Kostenübernahme sollte auch die Energieeffizienz elektrischer Hilfsmittel stärker berücksichtigt werden. Bei medizinisch gleichwertigen Produkten sollten energieeffiziente Alternativen bevorzugt werden können, ohne den Erstattungsanspruch der Versicherten einzuschränken.

Zu § 33 Abs. 5a SGB V: Hörhilfen: Genehmigung

Ein Verzicht der Krankenkasse auf die Genehmigung einer beantragten Hörhilfenversorgung wird ausgeschlossen.

Bewertung

Die Aufhebung der Genehmigungsfreiheit wird kritisch gesehen. Da ca. 60 % der Versorgungen mehrkostenfrei erfolgen, wird eine erhebliche Anzahl Anträge den Verwaltungsaufwand ohne Nutzen für die Versicherten erhöhen. Bei Anträgen dürfen die Mehrkosten grundsätzlich nicht aufgeführt werden. Sollten diese doch angegeben sein, können bei Anträgen mit Mehrkosten für Komfortwünsche nur Teilgenehmigungen ausgesprochen werden, was zu aufwändigen Widerspruchsverfahren oder Prüfungen nach § 275 Abs. 3b SGB V führen könnte. Hier entsteht also für alle Beteiligten enormer Mehraufwand – für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die Leistungserbringer, der vermutlich die Komfortwünsche der Versicherten und daraus resultierende Mehrkosten nicht reduziert.

Die Betriebskrankenkassen unterstützen ferner den Änderungsvorschlag des GKV SV:

Sofern an einer vorgelagerten Einbindung der Krankenkassen festgehalten wird, sollte die Regelung auf Mehrkostenfälle begrenzt werden:
Beabsichtigt die versicherte Person eine Versorgung mit einer Hörhilfe, die mit Mehrkosten nach Absatz 1 Satz 9 verbunden ist, hat der Leistungserbringer der Krankenkasse vor Abschluss der Mehrkostenvereinbarung einen Kostenvoranschlag zu übermitteln. Dieser muss die geeignete mehrkostenfreie Versorgung, die den Ausgleich des Funktionsdefizits des Hörvermögens möglichst weitgehend ausgleicht, und die beabsichtigte mehrkostenpflichtige Versorgung ausweisen. Das Versorgungsziel gilt als erreicht, wenn die mehrkostenfreie Versorgung im Rahmen standardisierter audiometrischer Messverfahren ein Hörergebnis erzielt, das von der beabsichtigten mehrkostenpflichtigen Versorgung nur unerheblich abweicht (maximal 5 Prozentpunkte).
Bei der Beurteilung sind objektivierbare funktionelle Gebrauchsvorteile der Hörversorgung zu berücksichtigen, rein subjektive Präferenzen oder Komfortmerkmale bleiben außer Betracht. Der Kostenvoranschlag weist ferner die voraussichtliche Höhe der Mehrkosten sowie den Mehrnutzen oder die Merkmale der mehrkostenpflichtigen Versorgung aus. Die Krankenkasse genehmigt lediglich die leistungsrechtlich geschuldete Versorgung; die Vereinbarung von Mehrkosten ist nicht Gegenstand der Genehmigung.

Zu § 33 Abs. 8 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V: Inkassorisiko der Zuzahlung für Hilfsmittel

§ 33 Absatz 8 Satz 2 Halbsatz 2 wird gestrichen. Dadurch wird die Einbringung der nicht geleisteten Zuzahlung von den Leistungserbringern auf die Krankenkassen verlagert.

Bewertung
Dies wird kritisch gesehen, da ein etabliertes Verfahren bei den Leistungserbringern abgeschafft wird, welches bisher in den Preisvereinbarungen abgebildet wurde. Die Krankenkassen müssen nun Mehraufwände und einen Bürokratieaufwuchs umsetzen, ohne die Preisbestandteile korrigieren zu können.

Zu § 33 Abs. 5c SGB V: Pflegefachliche Empfehlung

Bei Vorliegen einer einschlägigen Empfehlung entfällt eine zusätzliche vertragsärztliche Verordnung; weitere Vorgaben zu Form und Verfahren durch Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes.

Bewertung
Die bisherige Regelung führte zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand, der nunmehr entfällt. Die Festlegung zum Verfahren sowie Form und Inhalt in einer Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes ermöglicht nun ein bundeseinheitliches Vorgehen. Dies wird begrüßt, allerdings erscheint die Frist von 6 Monaten sehr knapp bemessen.

Zu § 33b SGB V (neu): Besondere Medizinprodukte

Eigenständiger Anspruch auf bestimmte nicht zur Laienanwendung vorgesehene Medizinprodukte für häusliche Krankenpflege bzw. außerklinische Intensivpflege; neues Verzeichnis des GKV-Spitzenverbandes.

Bewertung
Aus pflegefachlicher Sicht sinnvoll und nachvollziehbar.
Die Klarstellung der Produkte und der möglichen Verträge nach § 127 wird begrüßt und schließt eine Regelungslücke für die Sachkosten. Eine Prüfung, dass keine Doppelabrechnung erfolgt, ist notwendig.

Zu § 37 SGB V: Häusliche Krankenpflege

Die Absätze 9 und 10 des § 37 SGB V werden gestrichen. Damit entfällt die bisherige gesetzliche Evaluationspflicht für das Blankoverordnungsverfahren in der häuslichen Krankenpflege. Begründet wird dies insbesondere mit der bislang geringen praktischen Umsetzung, dem Fehlen einer repräsentativen Datengrundlage sowie den zwischenzeitlich erweiterten Verordnungskompetenzen qualifizierter Pflegefachpersonen.

Bewertung

Die vorgesehene Streichung wird ausdrücklich begrüßt.

Zu § 71a SGB V: Schiedsperson

Mit dem neuen § 71a SGB V werden die bislang auf verschiedene Vorschriften verteilten Regelungen zur Schiedsperson vereinheitlicht. Kommt bei bestimmten Versorgungsverträgen keine Einigung zustande, soll eine unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten festlegen. Können sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson verständigen, erfolgt deren Bestimmung durch die zuständige Aufsichtsbehörde, die hierfür kostendeckende Gebühren erhebt. Zudem werden der gerichtliche Rechtsschutz und die Fortgeltung schiedsweise festgelegter Vertragsinhalte geregelt.

Bewertung

Grundsätzlich sind analoge Regelungen nachvollziehbar. Kritisch ist, dass nun auch das BAS für die Erteilung des Bescheids zur Bestimmung der Schiedsperson separat bezahlt werden muss. Ebenfalls kritisch erscheint, dass eine Klage gegen den Inhalt des Schiedsspruches gegen den Vertragspartner zu richten ist.

Zu § 71d SGB V: Schiedsstelle, Verordnungsermächtigung

Mit dem neuen § 71d SGB V werden die allgemeinen Regelungen zu Schiedsstellen gebündelt und vereinheitlicht. Vorgesehen sind insbesondere einheitliche Vorgaben zur Besetzung, Geschäftsführung, Verfahrensdurchführung und Kostenverteilung sowie eine grundsätzlich dreimonatige Entscheidungsfrist. Darüber hinaus wird die Durchführung digitaler und hybrider Sitzungen ermöglicht. Das BMG erhält die Befugnis, mit Zustimmung des Bundesrates weitere Einzelheiten zu den Schiedsstellen durch Rechtsverordnung festzulegen. Für Landesschiedsstellen werden entsprechende Verordnungsermächtigungen der Länder vorgesehen.

Bewertung
das BMG räumt sich via Rechtsverordnung weiteren konkreten Einfluss auf die Schiedsverfahren ein (Amtsdauer und Amtsführung der Mitglieder, Geschäftsführung), dies ist ein weiterer Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung.

Für Verträge nach 127 Absatz 4 neu muss sichergestellt werden, dass die Schiedsstelle nur mit Vertretern der Vertragsparteien besetzt wird.

Änderungsvorschlag:
(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Vereinbarungspartner oder Vertragspartner in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern.

Es wird empfohlen zu prüfen, ob zur Verbesserung der Effizienz der Schiedsstellenverfahren in der Geschäftsordnung zu regeln sei, dass streitige Anteile nur auf Basis von bereits im Verhandlungsgeschehen vorgetragenen Inhalten eingebracht werden können. Umfangreiche Nachreichungen von Dokumenten oder Informationen, die das Verhandlungsgeschehen hätten beeinflussen können, erschweren Schiedsverfahren erheblich und verlagern das Verhandlungsgeschehen in die Schiedsstelle.

Zu § 73d SGB V: Eigenverantwortliche Leistungen und Verordnungen durch Pflegefachpersonen

Mit der Änderung des § 73d SGB V werden die eigenverantwortlichen Befugnisse von Pflegefachpersonen erweitert. Künftig sollen neben Hilfsmitteln auch besondere Medizinprodukte nach § 33b SGB V in die entsprechenden Versorgungsregelungen einbezogen werden. Zudem werden die Vorschriften zum Schiedsverfahren bei Nichteinigung der Vertragspartner an den neuen § 71a SGB V angepasst. Der Vertragsinhalt kann auf Antrag eines Vertragspartners oder des BMG durch eine unabhängige Schiedsperson festgelegt werden. Bestehende Verträge gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder einer Schiedsentscheidung vorläufig fort.

Bewertung
Die Ergänzung um Medizinprodukte wird begrüßt, da sie die eigenverantwortliche Versorgung durch Pflegefachpersonen unterstützt. Ergänzend wird angeregt, die für die Erbringung der Leistungen benötigten Arzneimittel und Teststreifen ausdrücklich zu berücksichtigen.

Zu § 126 SGB V: Präqualifizierung

Keine routinemäßigen Betriebsbegehungen während der Zertifikatslaufzeit, anlassbezogene Prüfungen bleiben möglich; Erleichterungen u. a. für Pflegeeinrichtungen bei Abgabe aufsaugender Inkontinenzhilfen.

Bewertung

Der Wegfall der routinemäßigen Betriebsbegehungen wird begrüßt. Die Umsetzung muss aber normengerecht erfolgen können.

Zu § 127 Abs. 1 SGB V: Bundesweiter administrativer Rahmenvertrag

GKV-Spitzenverband und Leistungserbringerorganisationen sollen einen verbindlichen Rahmenvertrag zu Formularen, Dokumentation, Abrechnung, elektronischen Verordnungen/Kostenvoranschlägen, Fehlerheilung und Datenübermittlung schließen.

Bewertung

Die lange von den Leistungserbringern geforderten Leitverträge werden umgesetzt und bieten Möglichkeiten, administrative Vorgänge durch Vereinheitlichung zu vereinfachen. Die Regelungen zum Wiedereinsatz werden aus Nachhaltigkeitsgesichtspunkten grundsätzlich begrüßt. Ressourcenschonung sollte ausdrücklich berücksichtigt werden. Rücknahme, Reparatur und Wiedereinsatz sollten gegenüber einer Neubeschaffung bevorzugt verbindlich geprüft werden, sofern Versorgungsqualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit gewährleistet sind.

Daher sollten Dauerversorgungen und Wiedereinsatz nicht Bestandteil von Rahmenverträgen sein. Die Festlegung von Mindestgenehmigungsfreigrenzen erschwert bei Auffälligkeiten die vertragliche Sicherstellung der wirtschaftlichen Versorgung. Insbesondere erscheint die Festlegung auf Produktgruppenebenen als zu grob. Es ist erforderlich, Versorgungsbereiche bzw. Produkte festlegen zu können, für die Mindestfreigrenzen geeignet sind und eine Möglichkeit zu schaffen, einzelne Produkte und Leistungserbringer aus Qualitätsgesichtspunkten von der Genehmigungsfreiheit auszunehmen.

Besonders kritisch wird Abs. Nr. 8 gesehen, da Fehler im Rahmen der Leistungserbringung, auch wenn es sich um formale Fehler handelt, die Qualität der Versorgung stark negativ beeinflussen können. Eine für diese Fälle mögliche vertragliche Regelung zwischen den Vertragspartnern muss daher zur Qualitätsverbesserung weiterhin möglich bleiben und darf nicht rahmenvertraglich ausgeschlossen sein.

Während sich die durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz in § 127 SGB V eingefügten Regelungen zu dem zeitlich befristeten Abschlag auf die Vergütung der Leistungserbringer (Absatz 1c) und zu den Auswirkungen der Festbeträge für Hilfsmittel (Absatz 4) auf die Verträge im vorliegenden Gesetzentwurf an anderer Stelle wiederfinden, sind die in der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 21/6808 – Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Deutscher Bundestag, Drucksache 21/8629, 21.Wahlperiode, 14.10.2026) enthaltenen Regelungen zur Wiedereinführung der Ausschreibungsinstruments und zur Anpassung der Abschlagsregelung in Absatz 1c in dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht berücksichtigt.

Es wird empfohlen, dafür Sorge zu tragen, dass die Anpassung der Abschlagsregelung falls nach dem 20. November 2026 notwendig, im sog. Omnibusverfahren baldmöglichst in Kraft treten kann.

Zu § 127 Abs. 2–3 SGB V: Schiedsstelle für Rahmenvertrag

Festsetzung des Rahmenvertrags bzw. strittiger Anpassungen durch eine gemeinsame Schiedsstelle innerhalb geregelter Fristen; BMG kann die Schiedsstelle anrufen.

Bewertung

Im Sinne einer zügigen Einigung und transparenterem Vorgehen wird die Regelung begrüßt. Es erscheint wahrscheinlich, dass die Besetzung der Schiedsstelle aufgrund der fehlenden Vorgabe einer Höchstanzahl zu einer zu umfangreichen Besetzung führt. Darüber hinaus sollte für die Schiedsstelle sichergestellt werden, dass die Vertragsparteien in gleicher Zahl vertreten sind.

Änderungsvorschlag:

Als Formulierungsvorschlag wird angeregt: „Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Vereinbarungspartner oder Vertragspartner in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern."

Zu § 127 Abs. 4–5 SGB V: Dezentrale Verträge und Preise

Krankenkassen schließen weiterhin Versorgungsverträge; strittige Vertragsinhalte und Preise können durch die Schiedsstelle festgesetzt werden. Bisherige Verträge und Preise gelten bis zur Entscheidung fort.

Bewertung
Die Regelung wird begrüßt, greift aber wie bisher zu kurz. Bei den von der Schiedsstelle zu berücksichtigenden Unterlagen und Kalkulationsgrundlagen muss es sich um jene handeln, die den Verhandlungen zugrunde lagen. Ökologische Nachhaltigkeitskriterien wie Langlebigkeit, Reparierbarkeit und Wiederverwendbarkeit sollten bei Vertrags- und Preisverhandlungen sowie Schiedsentscheidungen berücksichtigt werden können.

Zu § 127 Abs. 6 SGB V: Befristete Preisminderung 2027/2028

Für Hilfsmittelversorgungen mit Beginn vom 1. Januar 2027 bis 31. Dezember 2028 sieht der Entwurf einen pauschalen Abschlag von 3 % auf die vertraglich vereinbarten Preise vor.

Bewertung
Die Umsetzung des in der Bewertungstabelle angesprochenen Änderungsantrags zum Beitragssatzstabilisierungsgesetz im Zusammenhang mit der Notfallreform wird gefordert.

Zu § 127 Abs. 9 SGB V: Abweichungen von Festbeträgen

Vertragliche bzw. schiedsweise festgesetzte Preise können bei sachlicher Begründung Festbeträge abhängig von der Fallgruppe um bis zu 10 % bzw. 15 % über- oder unterschreiten.

Bewertung
Die Regelung wird begrüßt

Zu § 127 Abs. 10–11 SGB V: Beratung und Transparenz

Elektronische Übermittlung der Beratungsdokumentation durch Leistungserbringer; erweiterte Information der Versicherten durch Krankenkassen über Beschaffungsweg, Vertragspartner und wesentliche Vertragsinhalte.

Bewertung
Die inhaltliche und technische Übermittlung der Beratungsdokumentation soll Inhalt der Rahmenverträge werden. Hier ist eine redaktionelle Überarbeitung (Überführung in Absatz 1) notwendig. Absatz 11 wird begrüßt, darf aber über vertragliche Inhalte nicht hinausgehen, da diese Informationen nicht im Einflussbereich der Krankenkasse liegen. Dies kann z.B. bei Barrierefreiheit, Erreichbarkeit und Liefermodalitäten der Fall sein.

Zu § 127 Abs. 12–15 SGB V: Qualitätsprüfungen im Hilfsmittelbereich

Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch Krankenkassen; jährliche Schwerpunktfestlegung durch GKV-Spitzenverband, Ergebnisübermittlung und Qualitätsbericht; verbindliche Richtlinien.

Bewertung
Die Regelung wird begrüßt

Zu § 128 Abs. 4a Satz2 SGB V: Streichung der Präqualifizierung bei Fachärzten

Bewertung
Wird begrüßt, da die Qualifizierung durch berufsrechtliche Regelungen sichergestellt ist (analog der Apotheken).

Zu § 132a SGB V: Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

Mit der Neufassung des § 132a SGB V werden die Regelungen zu Schiedsverfahren bei Rahmenempfehlungen und Versorgungsverträgen im Bereich der häuslichen Krankenpflege an die neuen §§ 71a und 71d SGB V angepasst. Bei Nichteinigung über Rahmenempfehlungen kann künftig die Schiedsstelle nach § 71d angerufen werden. Für Streitigkeiten über Versorgungsverträge gelten die einheitlichen Regelungen zur unabhängigen Schiedsperson nach § 71a. Zudem wird klargestellt, dass bestehende Versorgungsverträge bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weitergelten, um vertragslose Zustände zu vermeiden.

Bewertung
Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung dadurch, dass das BMG nun auch die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt – ist abzulehnen.

Zu § 132l SGB V: Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung

Die Änderungen des § 132l SGB V dienen insbesondere der Anpassung der Schiedsverfahren an die neuen allgemeinen Regelungen der §§ 71a und 71d SGB V. Die Vorschriften zur Schiedsstelle für Rahmenempfehlungen werden vereinheitlicht, wobei besondere Vorgaben zur Zusammensetzung und Stimmverteilung erhalten bleiben. Bei Nichteinigung über Versorgungsverträge erfolgt die Festlegung des Vertragsinhalts

künftig durch eine unabhängige Schiedsperson nach § 71a. Darüber hinaus wird die vorläufige Fortgeltung bestehender Versorgungsverträge bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder einer Schiedsentscheidung ausdrücklich geregelt, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Bewertung
Die gegenüber § 132a SGB V geäußerte Kritik an einer erweiterten Einflussnahme des BMG auf die Schiedsstellen gilt entsprechend.

Zu § 139 Abs. 2 SGB V: Hilfsmittelverzeichnis

Qualitätsanforderungen sollen ausdrücklich auch notwendige, zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende Leistungen umfassen.

Bewertung
Die Regelung wird begrüßt.

Zu § 302 SGB V: Abrechnungsdaten / Mehrkostenbericht

Anpassung der elektronischen Abrechnungsangaben, u. a. bei Pflegeverordnungen und Mehrkosten; jährlicher produktgruppendifferenzierter Bericht des GKV-Spitzenverbandes zu Mehrkostenvereinbarungen.

Bewertung
Diese Regelung wird begrüßt. Die hier aufgeführten Inhalte sind bei der Festlegung der Mehrkostenerklärung nach § 127 Abs 1 Nr. 1 zu berücksichtigen und müssen mit Datenlieferung möglich sein, um Verwaltungsaufwand zu vermeiden.

B. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

Zu § 137g Abs. 1a SGB V: DMP ohne Zulassung: Übergang

Angebot und Durchführung von DMP bei Einhaltung der materiellen Anforderungen bereits ohne förmliche BAS-Zulassung möglich; bis Ende 2027 können Zulassungsanträge unter bestimmten Voraussetzungen weitergeführt werden.

Bewertung

Diese Regelung wird abgelehnt. Durch die Prüfung im Rahmen der Zulassungsprüfung wurde sichergestellt, dass alle Programme und die zu ihrer Umsetzung geschlossenen Verträge richtlinienkonform und auf der Basis der gleichen Anforderungen und Prüfmaßstäben erfolgen. Mit dem Wegfall der Zulassungsprüfung entfällt eine bundeseinheitliche Zuständigkeit, und die Prüfungen auf eine rechtskonforme Umsetzung der gesetzlichen und untergesetzlichen Anforderung verteilen sich auf die unterschiedlichen Aufsichtszuständigkeiten der jeweiligen Krankenkassen auf die Bundes- oder Landesebene. Der etablierte kassenartenübergreifende Vertragsabschluss für die zur Umsetzung der DMP notwendigen Verträge gestaltet sich hierdurch schwierig.

Zu § 137f Abs. 2a SGB V: Schulungen / Digitalisierung

Der G-BA soll Schulungsanforderungen versorgungspraktisch und evidenzorientiert ausgestalten; digitale/telemedizinische Schulungen sowie ersatzweise Patienteninformationen werden ausdrücklich geregelt.

Bewertung

Patientenschulungen sind ein zentrales Qualitätsmerkmal strukturierter Behandlungsprogramme, da sie das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten fördern und ihre Wirksamkeit wissenschaftlich belegt sein muss. Patienteninformationen können strukturierte, evaluierte Schulungsprogramme nicht ersetzen. Für Indikationen, bei denen Schulungen nicht sinnvoll sind oder noch nicht zur Verfügung stehen, bestehen bereits Ausnahmeregelungen in der DMP-Anforderungen-Richtlinie. Es bleibt unklar, wer die vorgesehenen Patienteninformationen entwickeln und bereitstellen soll. Die Änderung wird daher abgelehnt. Bei geeigneten DMP sollten auch nachhaltige Therapieoptionen vermittelt werden, beispielsweise klimafreundlichere Inhalativa bei Asthma und COPD, sofern diese medizinisch gleichwertig und für die Versicherten geeignet sind.

Zu § 137f Abs. 3 SGB V: Verpflichtendes DMP-Angebot

Krankenkassen müssen ihren Versicherten zu jeder vom G-BA festgelegten chronischen Krankheit ein DMP anbieten; grundsätzlich Umsetzung binnen eines Jahres nach Inkrafttreten der jeweiligen Anforderungen, für bereits geregelte DMP-Fristbeginn am 1. Januar 2028.

Bewertung

Durch eine alleinige Verpflichtung der Krankenkassen wird das formulierte Ziel (Erhöhung der Teilnehmerquote) nicht erreicht. Das alleinige Abstellen auf die Teilnehmerquote widerspricht dem Grundgedanken der motivierten freiwilligen Teilnahme der Patient:innen am DMP. Damit eine Krankenkasse ein DMP anbieten kann, sind teilnehmende Ärzte und stationäre Einrichtungen erforderlich. Daher wäre einer Verpflichtung auf Seiten der Krankenkassen nur nachzukommen, wenn auch eine Verpflichtung auf Seiten der Leistungserbringer eingeführt würde.

Die Anforderungen an die Informationspflicht gegenüber den Versicherten sind mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Grundsätzlich informieren die Krankenkassen bereits jetzt ihre Versicherten über von ihnen angebotene Versorgungsangebote. Da maßgeblich für die Einschreibung in ein DMP die Teilnahme des (Haus)Arztes ist, ist das Ziel der hier formulierten Anforderungen fraglich. Die Änderung wird abgelehnt.

Zu § 137f Abs. 3, 3a SGB V: Information und Teilnahme

Vierteljährlich aktualisierte Online-Übersicht angebotener DMP und teilnehmender Leistungserbringer; definierte Patienteninformationen einschließlich Freiwilligkeit, Einwilligung und Datenverarbeitung.

Bewertung

Die Transparenz wird erhöht und erleichtert Versicherten den Zugang zu DMP. Es entsteht jedoch ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand durch die regelmäßige Aktualisierung der Informationen und Leistungserbringerverzeichnisse sowie die Information der Versicherten, verbunden mit entsprechenden IT- und Personalkosten.

Zu § 137f Abs. 4 SGB V: DMP-Evaluation

Beauftragung der externen Evaluation künftig durch den GKV-Spitzenverband statt durch das BAS; Veröffentlichung der Qualitätsberichte; Daten ohne Dokumentation seit drei Jahren sollen von der Evaluation ausgenommen werden. Die Festlegung von

Beginn und Ende der Teilnahme am DMP ist erforderlich, da nur so eine valide Evaluation ermöglicht wird.

Bewertung
Unkritisch.

Zu § 137f Abs. 6 SGB V: Gemeinsame Vertragsabschlüsse

Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Bestehende Verträge sollen fortgelten; Kündigung der Vergütungshöhe frühestens nach zwei Jahren.

Bewertung
Die gemeinsame und einheitliche Vertragsgestaltung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen fördert eine landesweit einheitliche Umsetzung und verringert den Verhandlungsaufwand einzelner Krankenkassen, dabei werden jedoch individuelle Gestaltungsspielräume der Krankenkassen eingeschränkt. Bei der Vertragsgestaltung sollten neben Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit auch geeignete Nachhaltigkeitsaspekte berücksichtigt werden, insbesondere ressourcenschonende und gut koordinierte Behandlungspfade.

Zu § 137f Abs. 6a–6b SGB V: Schiedsverfahren / Krankenhäuser

Schiedsverfahren bei ausbleibendem DMP-Vertragsschluss; Regelungen zu Schiedsperson, Gebühren und Fortgeltung. Krankenkassen sollen, soweit erforderlich, Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen vertraglich einbinden.

Bewertung
Der Vorschlag zur Einführung der Möglichkeit eines Schiedsverfahrens birgt die Gefahr, dass die Vertragsgestaltung (Vergütung und Inhalte, einschließlich der Richtlinienkonformität) letztendlich allein in der Hand der jeweiligen Schiedsperson läge. Da es mehrere Schiedsverfahren mit unterschiedlichen Schiedspersonen geben kann, ist eine Ernstlichkeit nicht sichergestellt. Zudem bliebe das Schlichtungsergebnis ohne eine damit einhergehende Verpflichtung der Ärzteschaft, die Verträge nach Vertragsabschluss durch ihre aktive Teilnahme mit Leben zu füllen, darüber hinaus ohne Konsequenz. Auch zeigen Erfahrungen aus anderen Schlichtungsverfahren, dass diese sehr zeitaufwendig und langwierig sind. Die vorgesehene Frist zur Einleitung und zum Abschluss des Schiedsverfahrens kann zudem dazu führen, dass der zeitliche Druck die Verhandlungen nachhaltig stört und ein einvernehmliches Ergebnis verhindert.

Zu § 137g SGB V (neu): Wegfall der BAS-Zulassung

Bisheriges DMP-Zulassungsverfahren entfällt; an seine Stelle treten gesetzliche Anforderungen an elektronische Dokumentation, Datenübermittlung, Pseudonymisierung und Evaluation.

Bewertung

Der Wegfall der Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme durch das BAS wird abgelehnt.

Zu §§ 266, 270 SGB V; RSAV: Finanzierung der DMP ab 2028

Wegfall der gesonderten Programmkostenpauschale ab Ausgleichsjahr 2028. Berücksichtigung bestimmter DMP-Aufwendungen bei den standardisierten Leistungsausgaben des regulären RSA; 2027 bleibt Übergang mit gesonderten Zuweisungen.

Bewertung

Die Streichung der gesonderten Zuschläge ist nachvollziehbar. Die Finanzierung der DMP-Leistungsausgaben erfolgt dann über den Verzicht auf eine Vorabkürzung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, die versichertenindividuellen Zuschläge werden so über eine Anpassung der regulären RSA-Zuschläge sichergestellt. Die Altregelung war in der Hinsicht zudem methodisch fragwürdig, da diese beispielsweise nur einen DMP-Zuschlag je Person auslöste, dies galt auch bei parallelen Einschreibungen in mehrere Programme (die für durchaus unterschiedliche Indikationen stehen).

Die Finanzierung des Verwaltungskostenanteils an der DMP-Programmkostenpauschale wird, durch einen Verzicht auf die stets vorab vorgenommene Kürzung der Verwaltungskostenpauschale um diesen Anteil, erreicht.

C. Hausarztzentrierte und weitere ambulante Versorgung

Zu § 73b SGB V: Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)

Einordnung des HzV-Schiedsverfahrens in den neuen § 71a; der Antrag der Gemeinschaft bleibt Voraussetzung für die Einleitung. Streichung der eigenständigen Schiedsregelung in Abs. 4a.

Bewertung
grundsätzlich begrüßenswert, Grundsätzlich sind analoge Regelungen nachvollziehbar. Kritisch ist, dass nun auch das BAS für die Erteilung des Bescheids zur Bestimmung der Schiedsperson separat bezahlt werden muss. Ebenfalls kritisch erscheint, dass eine Klage gegen den Inhalt des Schiedsspruches gegen den Vertragspartner zu richten ist.

Zu § 73b Abs. 5 SGB V: HzV und DMP

Folgeänderung zur Abschaffung der DMP-Zulassung: Verweis künftig auf strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f.

Zu § 64f SGB V; § 9a MPhG: Physiotherapie im Direktzugang

Modellvorhaben für selbstständige physiotherapeutische Diagnostik und Behandlung ohne vorherige ärztliche Diagnose; spezifische Berufserfahrung und hochschulische Zusatzqualifikation (mindestens 900 Stunden) vorgesehen.

Bewertung
Die Möglichkeit der Erprobung des Direktzugangs im Rahmen von befristeten Modellvorhaben wird begrüßt. Allerdings ist die Einführung eines neuen Versorgungszweiges ohne eine Berücksichtigung struktureller und politischer Entwicklungen, wie zum Beispiel die Primärversorgung, kritisch zu sehen. Außerdem problematisch und fraglich: Der Referentenentwurf PhyThBRefG eröffnet den Weg eines möglichen Direktzugangs richtigerweise nur den akademisch ausgebildeten Physiotherapeut:innen. Dem vorliegenden Referententwurf nach zu urteilen, reicht zur Erprobung auch eine fünfjährige Berufserfahrung nach fachschulischer Ausbildung aus, wenn die für einen Direktzugang erweiterten Kompetenzen im Rahmen einer 900 Stunden umfassenden Zusatzausbildung erlangt wurde. Dies erscheint insoweit schwierig, als dass infolge der aktuell noch gültigen Rahmenbedingungen bei der Berufsausbildung und dem

Zertifikatswesen die Qualifikationsbasis der Interessent:innen einer Zusatzausbildung sehr heterogen sein wird. Da der Referentenentwurf keinen einheitlichen Ausbildungsrahmen für die Zusatzausbildung vorsieht, vergrößert sich die Heterogenität allein schon unter den berufsschulisch ausgebildeten Physiotherapeut:innen und sie vergrößert sich umso mehr, wenn die derzeit unterschiedlich akademisch ausgebildeten Physiotherapeut:innen hinzukommen. Hinsichtlich der Zusatzausbildung ist unklar, wie qualitätsgesicherte Curricula innerhalb eines kurzen Zeitraums entwickelt und ausreichend Angebote zur Verfügung gestellt werden können. In der Konsequenz wäre es praktikabler, die Modellvorhaben und die Verpflichtung zur Zusatzqualifikation auf die über die Modellstudiengänge bereits heute akademisch ausgebildeten Physiotherapeut:innen zu stützen.

Bei den vertraglich zu vereinbarenden Inhalten wird das grundsätzliche Problem des Direktzugangs innerhalb des aktuellen Qualifikationsrahmens deutlich: es soll vereinbart werden, innerhalb welchen Zeitraums die Patient:innen bei einem Vertragsarzt vorstellig werden müssen. Mit dem Direktzugang nach Vorstellung der Politik sollen also lediglich Arztbesuche zeitlich verschoben und einige wenige, wie z.B. für Erstverordnungen eingespart, nicht aber vermieden oder deutlich gemindert werden. Dies ist – zumindest langfristig – aus wirtschaftlichen und effizienten Versorgungsaspekten heraus abzulehnen. Ziel des Direktzugangs sollte perspektivisch die Vermeidung unnötiger Arztkontakte sein. Die hierfür erforderliche physiotherapeutische Qualifikation wäre der Masterabschluss.

Eine konkrete Position der Politik zum Thema wirtschaftliche Verantwortung der Physiotherapeut:innen im Rahmen des Direktzugangs wäre wünschenswert im Sinne der Konzeptionierung möglicher Modellvorhaben gewesen. Ebenso die Frage, ob gewisse oder alle Zertifikatspositionen Voraussetzung für die Teilnahme an den Modellvorhaben sein sollen.

Zu § 87 Abs. 1 SGB V: Elektronisches Antrags- und Gutachterverfahren

Vorgaben für ein elektronisches Verfahren bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen; sichere Datenübermittlung zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und Gutachtern.

Bewertung

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

Zu § 92 Abs. 6a SGB V: Psychotherapeutische Kurzzeittherapie

G-BA soll das Antragsverfahren für Kurzzeittherapien vereinfachen; insbesondere einstufiges Antragsverfahren für den gesamten Umfang einer Kurzzeittherapie.

Bewertung
Die Änderung wird begrüßt, da sie bürokratischen Aufwand reduziert.

Zu § 101 Abs. 4a SGB V: Bedarfsplanung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Eigene Bedarfsplanungs-Arztgruppe für überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelnde psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeuten.

Bewertung
Die Regelung wird begrüßt

Zu § 105 Abs. 1a SGB V: Strukturfonds / Behinderung

Mittel des KV-Strukturfonds müssen vollständig der Sicherstellung der Versorgung dienen; mindestens 20 % der Mittel zur sollen der Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen dienen.

Bewertung
Da hier ein strukturelles Problem vorliegt, scheint die Zweckbindung von 20% der Mittel sachgerecht.

Zu §§ 106, 106b SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung / Bagatellgrenze

Beratung soll Prüfmaßnahmen regelmäßig vorangehen; Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen bis 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal sollen nicht beantragt werden.

Bewertung
Die Einführung einer Bagatellgrenze für ärztlich verordnete Leistungen von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal wird abgelehnt. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine generelle Anhebung der Prüfgrenzen abzulehnen und die

Ausgestaltung weiterhin den Landesregionen zu überlassen, um das wichtige Steuerungsinstrument zu erhalten.

Von der geplanten Regelung sind zwingend unzulässige Verordnungen, die grundsätzlich von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen sind, auszunehmen. Hierzu gehören z. B. gesetzliche Verordnungsausschlüsse, als auch Verordnungsausschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss, z. B. in den Arzneimittelrichtlinien oder der Heilmittel-Richtlinie. Gleiches gilt für unzulässige off-label Verordnungen von Arzneimitteln. In diesem Fall könnte die Bagatellgrenze auf 150 Euro abgesenkt werden.

Zusätzlich könnte eine Krankenkassen-versichertenzahlbezogene Prüfantragshöchstquote eingeführt werden.

Zu § 106d SGB V: Abrechnungsprüfung vertragsärztlicher Leistungen

Anträge der Krankenkassen gehen zunächst an die Prüfungsstelle, die eine Vorabprüfung anhand vorhandener Daten durchführt und ggf. weitere erforderliche Daten bei der Krankenkasse anfordert. Sieht die Prüfstelle die Prüfung als begründet an, wird sie an die zuständige KV weitergeleitet. Krankenkassen müssen innerhalb von 2 Monaten geforderte Unterlagen an die Prüfstelle schicken. Prüfstelle und KV müssen jeweils innerhalb von 6 Monaten prüfen. Bei ausbleibender KV-Entscheidung können die Krankenkassen die Beträge in Rechnung bringen.

Bewertung

Positiv, da nicht wie von der KBV gefordert wurde, die Bagatellgrenze für Prüfungen erhöht wurde. Gleichzeitig werden die KVen entlastet.

Zu § 118 SGB V: Psychiatrische Institutsambulanzen

Übergangsweise Möglichkeit der hausärztlichen Überweisung in die betreffende ambulante psychiatrische Versorgung; Evaluation durch den GKV-Spitzenverband.

Bewertung

Die vorgeschlagene Regelung wird abgelehnt. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sind nach § 118 SGB V als spezialisierte Versorgungsstruktur für einen klar definierten und begrenzten Personenkreis vorgesehen. Anspruch auf eine Behandlung in einer PIA haben Versicherte, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer psychischen Erkrankung auf dieses besondere Versorgungsangebot angewiesen sind.

Die vorgesehene Möglichkeit einer hausärztlichen Überweisung führt zu einer Ausweitung des Zugangs zur PIA über den bislang definierten Patientenkreis hinaus. Dadurch besteht die Gefahr, dass vermehrt Patienten in einer kostenintensiveren spezialisierten Versorgungsstruktur behandelt werden, obwohl eine bedarfsgerechte Versorgung in den bestehenden vertragsärztlichen Strukturen möglich wäre.

Die vorgeschlagene Regelung ist zu streichen. Die bestehenden Zugangsvoraussetzungen zu Psychiatrischen Institutsambulanzen sind unverändert beizubehalten.

Zu § 119b SGB V: Zahnärztliche Kooperation in Eingliederungshilfe

Ausweitung von Kooperationsverträgen auf bestimmte Einrichtungen der Eingliederungshilfe; ergänzende Bundesvereinbarung und Evaluation vorgesehen.

Bewertung

Die Ausweitung der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V könnte die zahnärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern, geht jedoch mit zusätzlichem Bürokratieaufwand und dem Risiko einer auf Kontrollbesuche begrenzten Versorgung einher.

Zu § 125 SGB V: Heilmittel: Retaxation

Die Bundesverträge sollen regeln, in welchen Fällen Abrechnungsbeanstandungen, insbesondere Formfehler, nicht oder nur teilweise zur Retaxation führen.

Bewertung

Die Regelung wird mit einem hohen Aufwand auf der Vertragsebene innerhalb des kurzen Zeitfensters von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes sowie Umstellungsaufwänden bei den Krankenkassen einhergehen, die mit Blick auf die häufigsten Absetzungsgründe (z.B. verspätet eingereichte Abrechnungen, falsch abgerechnete Vertragspreise) als unnötig einzuschätzen sind. Der Referentenentwurf nimmt zudem keine Definition eines Formfehlers vor, dies wird die Verhandlungen deutlich erschweren. Mit Blick auf die erwartbaren Verbesserungen durch die elektronische Verordnung Heilmittel gilt es, diese unnötigen Aufwände zu vermeiden.

D. Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege

Zu § 110a SGB V: Qualitätsverträge: Freiwilligkeit

Krankenkassen oder Kassenzusammenschlüsse können Qualitätsverträge mit Krankenhausträgern schließen; die bisherige Abschluss-/Ausgabenpflicht wird durch eine freiwillige Möglichkeit ersetzt.

Bewertung
Grundsätzlich zu begrüßen, da es für die Betriebskrankenkassen schwierig war, das zu erreichende Ausgabevolumen zu erfüllen. Des Weiteren war das Instrument mangelhaft ausgestaltet: Über die Jahre stieg das Ausgabevolumen der Kasse pro Kopf, die Pauschalen für Vertragsentwicklung und -beitritt stagnierten allerdings. Was nicht zu begrüßen ist: Die Freiwilligkeit wird mit Inkrafttreten des Gesetzes Realität. Dies könnte Wirtschaftlichkeitsprüfungen und in der Folge gegebenenfalls Sonderkündigungen bestehender Verträge nach sich ziehen, wir hatten seit Bekanntwerden der Pläne des BMG stets für geordneten Rückzug aus der Thematik plädiert. Ferner zu hinterfragen ist, dass ab dem Inkrafttreten der Regelung die Verpflichtung einer Krankenkasse, Mittel für die Durchführung von Qualitätsverträgen auszugeben, entfallen soll. Die Ausgabeverpflichtung für das Haushaltsjahr 2026 soll dennoch Bestand haben und im Jahr 2027 abgewickelt werden. Zugleich soll der GKV-SV bis 31. Oktober 2027 neue Pauschalen entwickeln, die im freiwilligen Verfahren Anwendung finden sollen. Somit wird ein neuer Regelungsmechanismus für ein freiwilliges Instrument geschaffen, was dem Vorhaben des Bürokratieabbaus nicht in Gänze Rechnung tragen kann.

Ferner sollte geprüft werden, wie ökologische Qualitätskriterien, etwa zur Ressourcenschonung und Vermeidung unnötiger Leistungen, in geeigneten Leistungsbereichen rechtssicher berücksichtigt werden können.

Zu § 136b SGB V: Qualitätsverträge: G-BA

Folgeanpassungen bei der Festlegung geeigneter Leistungsbereiche und der Untersuchung der Versorgungsqualität während der Erprobung.

Bewertung
Unkritisch: Folgeanpassung erfolgt, da der G-BA seinen Auftrag erfüllt hat: Beschlüsse über Leistungsbereiche für Qualitätsverträge wurden gefasst.

Zu §§ 111, 111b, 111c SGB V: Medizinische Rehabilitation

In den Rahmenempfehlungen auf Bundesebene soll auch die Ausgestaltung einer barrierefreien Rehabilitation vereinbart werden.

Bewertung

Inhaltlich ist die Regelung dem Grunde nach nachvollziehbar. Praktisch wird die Verpflichtung dazu führen, dass die Verfahren auf Landesebene zur Überprüfung und Anpassung der Versorgungsverträge an die seit einem Jahr bestehenden Rahmenempfehlungen zum Stillstand/Erliegen kommen, da auf die neuen Regelungen zur barrierefreien Ausgestaltung gewartet werden wird, um Doppelaufwände zu vermeiden. Dies ist mit Blick auf bestehende Fristen zur Überarbeitung der Versorgungsverträge abzulehnen. Zudem ist über die Qualitätssicherung der GKV (QS-Reha) ein gewisser Standard zur Barrierefreiheit gewährleistet. Des Weiteren gilt es zu bedenken, dass ein Großteil der Rehabilitationseinrichtungen neben Patient:innen der GKV auch Rehabilitand:innen der Deutschen Rentenversicherung versorgt. Sollte das Ziel sein, alle Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland zum barrierefreien Zugang zu verpflichten, müssten gleichlautende Pflichten an die Träger der Deutschen Rentenversicherung, als auch an die Unfallversicherung gerichtet werden. Da die medizinische Rehabilitation eine subsidiäre Leistung der GKV ist, die i.d.R. eine vorangegangene Versorgung erzwingt, macht es zudem wenig Sinn, lediglich diesen Bereich zu verpflichten, den Zugang und die Leistung barrierefrei auszugestalten.

Zu BPflV / KHEntgG: Stationäre Vergütung / Dokumentationspflichten

Folgeänderungen und Vereinfachungen in Daten- und Nachweisverfahren bei psychiatrischen und somatischen Krankenhausleistungen sowie im Schiedswesen.

Bewertung

Es soll zukünftig auf die differenzierte Datenübermittlung zum Pflegepersonal in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG verzichtet werden. Wird abgelehnt. Die Informationen sind essenziell, um die Entwicklung der Bereiche mit den höchsten Ausgabenzuwächsen beobachten zu können (sowohl Pflege als auch psychiatrische Versorgung).

E. Arzneimittel, Prävention und digitale Anwendungen

Zu §§ 35a, 130b SGB V; AM-NutzenV: Arzneimittel-Nutzenbewertung / Erstattungsbetrag

Folgeregelungen zu Nutzenbewertung und Erstattungsbeträgen, wenn Arzneimittel für spezifische Prophylaxemaßnahmen eingesetzt werden; zeitliche Vorgaben zur Geltung neuer Erstattungsbeträge.

Bewertung
Die gesetzliche Klarstellung der Leistungspflicht für spezifische Prophylaktika, insbesondere im Zusammenhang mit der RSV-Prophylaxe, wird zum Anlass genommen, auch für diese Arzneimittel ein AMNOG-Verfahren mit früher Nutzenbewertung und anschließender Erstattungsbetragsverhandlung vorzusehen. Dies stellt die Einbeziehung neuer, von der GKV zu finanzierende Arzneimittel in die frühe Nutzenbewertung sicher und wird als sachgerecht angesehen.

Zu § 134 SGB V: Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Anpassung der Preisvereinbarungs- und Schiedsmechanismen einschließlich Folgen einer Verzögerung des Schiedsverfahrens.

Bewertung
Die Regelung wird begrüßt. Dies stärkt die Planungs- und Versorgungssicherheit. Preisstreitigkeiten können verbindlich beendet werden.

F. Risikostrukturausgleich und Gesundheitsfonds

Zu § 266 Abs. 10 SGB V: RSA-Evaluation

Regelmäßige Überprüfung von Wettbewerbseffekten und Manipulationsresistenz durch den wissenschaftlichen Beirat mindestens alle vier Jahre; zusätzliche Evaluation des neuen Prüfmodells im Jahr 2031.

Bewertung
Die Regelungen scheinen unkritisch bzw. bestätigen den bereits eingeschlagenen Weg den RSA regelmäßig zu evaluieren, die Regelevaluation war eine ältere Forderung des BKK-Systems.

Zu § 267 Abs. 1 SGB V: Morbiditätsdaten / Vertragsnummern

Anpassung der RSA-Datenmeldungen, insbesondere Diagnosen einschließlich Vertragsnummern aus Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V.

Bewertung
Streichung der Regelung zur Satzart 610.

Datenmeldung wurde über die Regelung nach § 267 Abs. 4 SGB V ausgesetzt. Da die Daten so weder erhoben und übermittelt wurden, schied eine RSA-Verwendung aus. Aus den regelmäßigen Evaluationen kann eine Verwendungsbedarf nicht abgeleitet werden, Streichung ist damit nachvollziehbar.

Zu § 269 Abs. 5 SGB V: Bedarfsabhängige Zusatzdaten

Kassen melden zusätzliche individuelle Daten zu beitragspflichtigen Einnahmen und Krankengeld künftig nur auf Anforderung für einen Untersuchungsauftrag des RSA-Beirats.

Bewertung
Rückbau Meldevorschrift der 3-Jahresmeldung sachgerecht. Krankengeldaussetzung ist grundsätzlich sinnvoll.

Da Krankengeld als ausgeforscht eingeschätzt wird, sollte der Absatz vollständig gestrichen werden (analog Altabsatz 6).

Damit müssten die Absätze 7-9 auf 5 bis 7 hochgezogen werden.

Zu § 273 Abs. 1–3 SGB V: Pauschales Kürzungsverfahren

Jährliches Verfahren des BAS bei statistisch auffälligen Steigerungen der morbiditätsbezogenen Risikogruppenzuordnung. Pauschalierte Zuweisungskürzung ohne vorherigen Nachweis eines Rechtsverstoßes; 5-prozentiger Toleranzbereich.

Bewertung

Auch wenn es aus Sicht des BKK-Systems bedauerlich ist, dass die bislang angewendete statistische Auffälligkeitsprüfung für das BAS sich als nicht durchführbar erwiesen hat, können die vom BAS angeführten Gründe nachvollzogen werden.

Insofern erscheint der Ersatz der statistischen Auffälligkeitsprüfung durch ein pauschaliertes Kürzungsverfahren sachgerecht. Dabei ergeben sich hinsichtlich der Rückwirkung bis zum Jahr 2013 Fragen im Hinblick auf die finanzielle Wirksamkeit, die aus dem vorliegenden Referentenentwurf nicht beantwortet werden können.

Die in der Begründung der Änderung Absatz 2 genannten Kriterien (Kassengröße und demografische Entwicklung des Versichertenbestandes) sind um weitere Aspekte zu erweitern, denn bekannt ist, dass insbesondere gesündere Versicherte innerhalb einer Alters- und Geschlechtsgruppe häufiger die Krankenkasse wechseln. Insofern bestünde für Krankenkassen mit Versichertenverlusten im avisierten Modell ein deutlich höheres Risiko auffällig gestellt zu werden und umgekehrt.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen lässt der Gesetzestext einen großen Spielraum, der durch das weitere Verfahren (Herstellung des Benehmens) erst im weiteren Prozess klarer zugeschnitten wird. Zudem ist unklar wie genau der 5-prozentige Toleranzbereich bei der Berechnung des Kürzungsbetrages wirken soll und ob oberhalb des Toleranzbereiches eine vollständige oder partielle Kürzung der Zuweisungen erfolgen soll. Da das Kürzungsverfahren im Detail erst nach Inkrafttreten des Gesetzes geregelt werden wird, ist vor dem Hintergrund der im Gesetz genannten Frist (30.09.2027) für die Umsetzung der pauschalen Kürzungen für die Berichtsjahre 2013 bis 2017 sowie 2018 bis 2019 eine Berücksichtigung der im kommenden Geschäftsjahr zu erwarteten finanziellen Effekte im Rahmen der Haushaltsplanung 2027 nicht in der gebotenen Form möglich.

Auch wenn es nachvollziehbar ist, dass der Gesetzgeber eine möglichst rasche Abwicklung für die Ausgleichsjahre im genannten Zeitraum anstrebt, müssen Krankenkassen

in die Lage versetzt werden die zu erwartenden Kürzungsbeträge hinreichend genau abschätzen und im Rahmen einer Haushaltsplanung in die Zusatzbeitragssatzkalkulation einfließen lassen zu können.

Neben der o.g. Fristsetzung ist hierfür auch die Bereitstellung geeigneter Kennzahlen für die Ermittlung der Kürzungsbeträge sowie die GKV-weit erwarteten Rückflüsse aus den Kürzungen insgesamt, erforderlich.

Positiv hervorzuheben ist, dass der Gesetzgeber nunmehr eine Verrechnung von bereits geleisteten Kürzungs- und Korrekturbeträge ausdrücklich vorsieht und in diesem Sinne keine Mehrfachbestrafung erfolgt.

Zu § 273 Abs. 4–5 SGB V: Anlassbezogene RSA-Prüfung

Einzelfallprüfungen bei konkretem Verdacht bleiben möglich; bei nachgewiesenem Rechtsverstoß Korrekturbetrag zuzüglich Strafzuschlag von 25 %.

Bewertung
Ist bereits ein installiertes Verfahren, die Beibehaltung ist sachgerecht. Durch den angestrebten Wegfall der statistischen Auffälligkeitsprüfung kommt diesem Verfahren eine noch eine höhere Bedeutung (im Vergleich zum Status quo) zu. Aus diesem Grund sollte aus Sicht der Betriebskrankenkassen für Absatz 4 Satz 1 ausdrücklich auf die KANN-Vorschrift verzichtet werden.

Änderungsvorschlag
Anpassungsvorschlag zu Absatz 4 Satz 1:

> *„Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt darüber hinaus Einzelfallprüfungen durch, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse eine rechtswidrige Datenmeldung abgegeben hat.“*

Zu § 273 Abs. 6–8 SGB V: Verrechnung / Altfälle

Klagen ohne aufschiebende Wirkung, Verrechnung von Kürzungs- und Korrekturbeträgen; Verfahren für offene Berichtsjahre ab 2013 und spezielle Übergangsvorschriften für 2013–2019.

Bewertung
In Absatz 8 wird die Frist zur Umsetzung der Kürzungen in den Altjahren 2013 bis 2019

auf den 30.09.2027 festgelegt. Diese Festlegung ist grundsätzlich positiv, da langwierige Verfahren aus den Altjahren 2013-2019 zeitnah aufgearbeitet werden.

Die bisher bereits bestehende Möglichkeit zur Streckung der Zahlung von Korrekturbeträgen auf bis zu 24 Monate wird angepasst. Laut Referentenentwurf ist nunmehr nur eine Streckung der Korrekturbeträge für den Bereich der Prüfungen nach Absatz 4 vorgesehen. Eine zeitliche Streckung möglicher Kürzungsbeträge nach Absatz 3 ist somit nicht möglich. Beide Verfahren sollten – wie bislang – artgleich behandelt werden. Anpassungsvorschlag zu Abs. 6 Satz 4:

Änderungsvorschlag
„Auf Antrag der Krankenkasse kann das Bundesamt für Soziale Sicherung die Verrechnung von Kürzungsbeträgen nach Absatz 3 und Korrekturbeträgen nach Absatz 5 auf mehrere Ausgleichsmonate verteilen."

Zu RSAV (u. a. §§ 18–21): RSA-Verfahren / Risikogruppen

Folgeänderungen zum neuen pauschalierten Kürzungsverfahren; Aufhebung des bisherigen Ausschlussverfahrens für statistisch auffällige Risikogruppen und Anpassung von Datengrundlagen und Jahresausgleich.

Bewertung
Ursprünglich wurde die „Manipulationsbremse" durch den Gesetzgeber auch mit der Intention eingeführt, Verwerfungen die sich durch den Umstieg von der Beschränkung auf 80 Krankheiten zum „Vollmodell" ergeben könnten, zu bereinigen. Gleichwohl war sie bereits kurz nach Ihrer Einführung fachlich und methodisch umstritten. Auch der Wissenschaftliche Beirat äußerte sich in einem Gutachten hierzu skeptisch. Vor diesem Hintergrund erscheint die Streichung nachvollziehbar, wobei damit ein Element des „Gesamtpakets" der RSA-Reform über das GKV-FKG entfallen würde. Insofern ist das nun im § 273 SGB V angestrebte pauschale Kürzungsverfahren so umzusetzen, dass es den entsprechenden Anforderungen zur Manipulationssicherheit genügt.

In jedem Fall widerspricht eine Streichung bereits im Ausgleichsjahr 2026 der Planungssicherheit für Krankenkassen, da 2026 bereits deutlich vorangeschritten ist. Aus diesem Grund darf eine Streichung der Manipulationsbremse erst für das Ausgleichsjahr 2027 vorgenommen werden.

Zu § 271 SGB V: Mittelzuweisung Innovations-/Zukunftsfonds

Ab 2027 jährlich 75 Mio. Euro für den Innovationsfonds und 25 Mio. Euro für den Zukunftsfonds digitale Gesundheit aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (jeweils nach Abzug des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse).

Bewertung

Umschichtung der Mittel von Innovationsfonds in den Zukunftsfonds digitale Gesundheit. Aus RSA-Sicht in Ordnung, eine weitere Absenkung von Fördermitteln aus dem Innovationsfonds wird kritisch gesehen. Die Fördersumme wurde bereits halbiert. Um eine planbare und zuverlässige Infrastruktur für Innovationsentwicklung zu gewährleisten, sind weitere Kürzungen im Innovationsfonds abzulehnen.

G. Mitgliedschaft, Beiträge und Krankengeld

Zu § 5 SGB V: Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner

Wird die gesetzlich vorgesehene Vorversicherungszeit durch einen frühzeitig gestellten Rentenantrag nicht erfüllt, kann der Zeitraum des Prüfzeitraums auf die Zeit bis zum Tag vor Rentenbeginn ausgedehnt werden. Bislang endete dieser Zeitraum mit Tag vor Rentenantragstellung

Bewertung

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt.

Im Einzelfall ist allerdings künftig eine zusätzliche Prüfung erforderlich, was zusätzlichen Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen generiert.

Zu §§ 5, 412 SGB V: Klarstellung anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

Klarstellung des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall; gesetzliches Ende bestimmter obligatorischer Anschlussversicherungen bei Leistungsansprüchen nach AsylbLG. Nr. 1 b) entspricht Artikel 4 Nummer 1 des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung der Gewährung von Leistungen für Personen, die in Anwendung der Richtlinie 2001/55/EG eine Aufenthaltserlaubnis zur Aufenthaltsgewährung zum vorübergehenden Schutz erhalten oder beantragt haben (Leistungsrechtsanpassungsgesetz) Nr. 138 entspricht Artikel 4 Nummer 2 des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung der Gewährung von Leistungen für Personen, die in Anwendung der Richtlinie 2001/55/EG eine Aufenthaltserlaubnis zur Aufenthaltsgewährung zum vorübergehenden Schutz erhalten oder beantragt haben (Leistungsrechtsanpassungsgesetz)

Bewertung

Die Regelung dient der klaren Systemtrennung zwischen solidarisch finanzierter GKV und der steuerlich finanzierten Krankenversorgung nach dem AsylbLG. Sie wird grundsätzlich begrüßt.
Gemäß der Gesetzesbegründung wird erwartet, dass die Krankenkassen Personen, die aus der GKV ausscheiden und künftig wieder Krankenversorgung nach dem AsylbLG erhalten, in der Zwischenzeit entstandene Beitragsschulden erlassen. Offen bleibt jedoch, wer die damit verbundenen Beitragsausfälle kompensiert. Dies kann nicht von der Solidargemeinschaft der GKV verlangt werden. Die Versorgung von

Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG ist eine aus Steuermitteln zu finanzierende Aufgabe. Ergänzend sind daher die Leistungsträger nach dem AsylbLG zu verpflichten, rückwirkend die Beiträge für den betreffenden Personenkreis auszugleichen.

Zu § 8 SGB V: Befreiung von der Versicherungspflicht

Das Recht von bislang Privatversicherten zur Befreiung von der Versicherungspflicht, die aufgrund der Reduzierung der Arbeitszeit als Teilzeitkraft versicherungspflichtig werden, soll ersatzlos gestrichen werden.

Bewertung

Die Regelung wird aus systemischer Sicht begrüßt.

Zu § 10 SGB V: Familienversicherung

Zusammenführung unterschiedlicher Einkommensgrenzen zugunsten einer einheitlichen Einkommensgrenze in Höhe der Geringfügigkeitsgrenze nach § 8 Absatz 1a SGB IV, Wegfall der Kausalitätsprüfung für die Verlängerung bei Kindern in Berufs- oder Schulausbildung über das 25. Lebensjahr hinaus, wenn sie einen gesetzlichen Wehr- oder einen Freiwilligendienst ableisten

Bewertung

Die Zusammenführung der unterschiedlichen Einkommensgrenzen ist eine langjährige Forderung der Betriebskrankenkassen. Der Wegfall der Differenzierung vermindert den Aufwand bei der Prüfung der Voraussetzungen über das Bestehen beziehungsweise Fortbestehen der Familienversicherung. Er trägt zudem zur besseren Verständlichkeit und Übersichtlichkeit gesetzlicher Regelungen bei. Eine einheitliche Einkommensgrenze ist auch sachlich gerechtfertigt.

Diese Vereinfachung ist ein erster Schritt zur Reduzierung der beständig zunehmenden Verwaltungsaufwände im Bereich der Familienversicherung, wie zuletzt durch den Beitragszuschlag für familienversicherte Ehe-/Lebenspartner:innen (GKV-BStabG). Die Betriebskrankenkassen plädieren dafür, den Bereich deutlich weitergehender zu entbürokratisieren. Insbesondere das Verfahren der Bestandsprüfung bietet sich dafür an.

Zu Art. 1 Nr. 6: Erstattung von Krankheitskosten bei entsandten Arbeitnehmern

Aufnahme des Personenkreises der versicherungspflichtigen Halbwaisen.

Bewertung
Die Änderung wird im Sinne der Gleichstellung begrüßt.

Zu § 62 Abs. 1 SGB V: Chronikerbescheinigung

Krankenkassen sollen bei bereits geklärter chronischer Erkrankung mindestens drei Jahre auf den jährlichen Nachweis verzichten; weitere Nachweisaufforderung höchstens im Dreijahresabstand.

Bewertung
Vorschlag wird begrüßt

Zu § 62 Abs. 4–5 SGB V: Zuzahlungsbefreiung / Belastungsgrenze

Verpflichtende Information der Versicherten und vereinfachte Fortschreibung der maßgeblichen Belastungsgrenze nach zwei aufeinanderfolgenden Befreiungsjahren für ein weiteres Jahr.

Bewertung
Die mit § 62 Abs. 5 SGB V-E verfolgte Zielsetzung des Bürokratieabbaus wird grundsätzlich begrüßt. Die Informationspflicht wird bereits vielfach umgesetzt. Die vorgesehene Regelung schafft jedoch ein neues Sonderverfahren für Versicherte, die bereits in zwei aufeinanderfolgenden Jahren von Zuzahlungen befreit waren.

Aus leistungsrechtlicher Sicht erscheint hierfür kein zwingender Bedarf. Das angestrebte Ziel wird bereits heute durch das in der Praxis etablierte Vorauszahlungsverfahren erreicht. Dieses ermöglicht eine frühzeitige Feststellung der Belastungsgrenze und die unmittelbare Ausstellung einer Befreiungsbescheinigung für das betreffende Kalenderjahr.

Es wird daher angeregt, auf die Einführung des § 62 Abs. 5 SGB V-E zu verzichten und stattdessen das bestehende Vorauszahlungsverfahren ausdrücklich gesetzlich zu verankern. Dabei sollte für die Ermittlung der Belastungsgrenze auf die zum Zeitpunkt der Antragstellung maßgeblichen Verhältnisse abgestellt werden. Hierdurch würden Rechtssicherheit geschaffen, bestehende Verwaltungsverfahren gesetzlich abgesichert und die Ziele der Entbürokratisierung erreicht, ohne ein zusätzliches Sonderverfahren einzuführen.

Zu §§ 49, 53 SGB V: Krankengeld / Wahltarife

Anrechnung von Vorerkrankungszeiten bei Ruhensfristen des Krankengeldes für selbstständig Erwerbstätige; Anpassungen bei Krankengeld-Wahltarifen.

Bewertung

Die Gesetzesänderung entspricht nahezu vollständig dem Vorschlag, der bereits mit den Verbänden auf Bundesebene und dem GKV-SV abgesprochen wurde.

Durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) wird ab 01.01.2027 eine Wartezeit eingeführt. Diese wird in der aktuell vorgeschlagenen Rechtsgrundlage nicht berücksichtigt.

Aus Sicht des BKK DV wäre es daher sinnvoll hier eine klarstellende Ergänzung vorzunehmen.

Änderungsvorschlag
„Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit, die vor dem Entstehen des Krankengeldanspruchs nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 bestanden haben oder in einem Zeitraum liegen, in dem die Wahlerklärung noch keine Wirkung entfaltet, bleiben bei der Verkürzung des Ruhenszeitraums unberücksichtigt. Satz 5 des § 44 Absatz 2 bleibt unberührt.“

Zu §§ 53 Abs. 9, 65a Abs. 3 SGB V: Wahltarife und Bonusprogramme

Rechenschaftsberichte und versicherungsmathematische Gutachten künftig mindestens alle fünf statt alle drei Jahre.

Zu §§ 175, 175a SGB V: Krankenkassenwechsel-Meldeverfahren

Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Integration der bisher drei unterschiedlichen Meldeverfahren für Mitglieder, Rentner und Familienversicherte in das Krankenkassenwechsel-Meldeverfahren

Bewertung

Die Regelung wird begrüßt.

Zu § 191 SGB V: Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Begründung des Vorrangs der Familienversicherung vor der freiwilligen Versicherung, Ergänzung eines Beendigungstatbestandes bei inhaftierten Mitgliedern sowie bei Ernennung in das Beamt:innenverhältnis.

Bewertung
Die Änderungen werden als teils langjährige Forderungen der Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt.

Der neue § 191 Satz 2 ist um einen Passus zu ergänzen, der die Folgen einer etwaigen Leistungsinanspruchnahme während der 3-monatigen Kündigungsfrist regelt. In Betracht kommt beispielsweise eine Regelung entsprechend der des § 8 Absatz 2 Satz 2 SGB V.

Zu § 201 SGB V: KVdR-Meldeverfahren

Abschaffung des KVdR-Meldeverfahren bei gleichzeitiger Integration in das Krankenkassenwechsel-Meldeverfahren

Bewertung
Es besteht ein sachlicher Zusammenhang zur Änderung der §§ 175, 175a. Die Regelung wird begrüßt.

Zu § 206 SGB V: Abbau von Beratungshürden

Beratungspflicht der Krankenkassen gegenüber Clearingstellen für Menschen, die Probleme haben, sich selbst um ihren Krankenversicherungsschutz oder Angelegenheiten ihrer Krankenversicherung zu kümmern

Bewertung
Zum Schutz der Solidargemeinschaft der GKV muss sichergestellt werden, dass die Beratung neutral erfolgt und auch in der Beratung der Betroffenen die Systemabgrenzung zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung gewahrt wird.

Zu § 206a SGB V (neu): Datenaustausch mit den Finanzbehörden

Rechtsgrundlage und Regelungsrahmen für eine automatisierte Übermittlung von Einkommensdaten der Finanzämter an die Krankenkassen für Zwecke der Beitragseinstufung und der Familienversicherung.

Bewertung
Die Ermöglichung des Datenaustausches zwischen den Krankenkassen und den Finanzbehörden, die die Betriebskrankenkassen seit Jahren fordern, wird ausdrücklich begrüßt. Prozesse, die auf Angaben aus dem Einkommensteuerbescheid beruhen, werden damit maßgeblich entlastet. Dies stellt sowohl für die Betroffenen als auch für die Krankenkassen eine erhebliche Erleichterung und Entlastung von Bürokratieaufwänden dar.

Zu § 225a SGB V (neu): Feststellung der Beiträge bei schutzwürdigem Vertrauen

Schutz gutgläubigen Vertrauens bei rückwirkendem Wegfall der Familienversicherung.

Bewertung
Die Regelung ist im Sinne der schutzwürdigen Personen und zu begrüßen.

Zu §§ 231, 240, 249a, 250, 255 SGB V sowie § 106 SGB VI: Anpassungen zur Beitragstragung- und -zahlung freiwillig versicherter Rentner:innen, Streichung des Beitragszuschusses des Rentenversicherungsträgers

Einführung des sogenannten Quellenabzugsverfahrens bei freiwillig versicherten Rentner:innen sowie Streichung des über die Höchstbeiträge hinausgehenden Beitragszuschusses des Rentenversicherungsträgers.

Bewertung
Die direkte Beitragszahlung durch die Rentenversicherungsträger an den Gesundheitsfonds ohne Einbeziehung des Mitglieds und der Krankenkassen bedeutet eine erhebliche Verwaltungsvereinfachung. Sie wird begrüßt.

Zu § 254 SGB V: Krankenversicherung der Studierenden

Streichung der semesterweise vorauszuzahlenden KVdS-Beiträge zugunsten einer monatlichen Beitragszahlung

Bewertung
Die Änderung wird begrüßt. Die Betriebskrankenkassen fordern dies seit Jahren, da damit eine deutliche Verwaltungsvereinfachung einher geht.

Zu § 256 SGB V: Beitragspflicht von Versorgungsbezügen

Wegfall der nachträglichen Beitragserhebung der Krankenkasse gegenüber dem Mitglied; künftig haben die Zahlstellen diese Beiträge nachzuentrichten. Krankenkassen bleiben für den Einzug von Beiträgen aus nicht-laufend gezahlten Versorgungsbezügen zuständig.

Bewertung
Die Regelung wird begrüßt. Die Erweiterung dieser Regelung auch auf nicht-laufend gezahlte Versorgungsbezüge sollte erwogen werden.

Zu § 256b SGB V (neu): Zahlstellenprüfung

Neufassung der Regelung zur Zahlstellenprüfung, Einführung der elektronisch unterstützten Zahlstellenprüfung sowie Prüfrecht auch bei nicht-gesetzlich versicherten Versorgungsbeziehenden, Einbeziehung der Zahlstellen-Software in die Systemprüfung der ITSG

Bewertung
Die Regelung wird begrüßt.

Zu SGB XI §§ 25, 47a, 50, 56: Pflegeversicherung / Parallelanpassungen

Korrespondierende Anpassungen bei Familienversicherung, Fehlverhaltensbekämpfung, Einkommensdatenaustausch und Beitragsrecht der Pflegeversicherung.

H. Qualitätssicherung, Aufsicht, Fehlverhalten und Digitalisierung

Zu § 197a Abs. 1–3b SGB V: Fehlverhaltensbekämpfung / Datenaustausch

Einbeziehung aller Landesverbände und Zusammenarbeit mit weiteren Stellen einschließlich PKV; weitergehende Befugnisse zur Übermittlung und Auswertung personenbezogener Daten.

Bewertung
Die Regelung wird begrüßt. Alle Kassen wollen hier gemeinsam agieren und erhalten mit einer gemeinsamen breiten Datenbasis das Werkzeug, um den Schaden für die Versicherten zu verringern.

Zu § 197a Abs. 1a, 7 SGB V: KI und Betrugspräventionsdatenbank

Gemeinsame Entwicklung automatisierter Datenanalyse einschließlich KI; GKV-Spitzenverband soll ein extern begutachtetes Konzept für eine zentrale Betrugspräventionsdatenbank vorlegen.

Bewertung
Die Regelung wird begrüßt. Wichtig ist, dass Sozial-, Unternehmens- und Betriebsgeheimnisse weiterhin ausreichend geschützt bleiben.

Zu § 274 SGB V: Aufsichtsprüfungen

Neuordnung der Prüfungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung von Krankenkassen und Selbstverwaltungsträgern; grundsätzlich mindestens alle fünf Jahre.

Zu § 299 Abs. 1b SGB V: Qualitätssicherung: Once only

Bis Ende 2029 sollen interoperable Verfahren sicherstellen, dass Qualitätssicherungsdaten nur einmal erhoben und an eine zentrale, verfahrensübergreifende Annahmestelle übermittelt werden.

Bewertung
Das „Once-only"-Prinzip in der Qualitätssicherung wird grundsätzlich begrüßt, dennoch sind Vorbehalte bei der Umsetzung zu formulieren. Z.B. ist die quartalsweise Übermittlung bereits eingespielt – der Hinweis in der Gesetzesbegründung, dass sich die

Machbarkeit der Harmonisierung von Meldezeitpunkten nicht verlässlich abschätzen lässt, ist berechtigt. „One Stop Shop"/ Etablierung einer verfahrensübergreifenden zentralen Datenannahmestelle kann die Vergleichbarkeit der Daten verbessern. Insgesamt wäre zunächst zu vereinbaren, wie die eingereichten Informationen künftig dargestellt und verarbeitet werden und auf welchem Weg unterjährige Informationen bzw. Meldungen an die Landesverbände weitergeleitet werden. Die Regelung darf nicht dazu führen, dass die Landesverbände bestehende und erprobte Strukturen ihrer eigenen Annahmestellen aufgeben, um dann erneut in die Anbindung an die zentrale Datenannahmestelle investieren zu müssen. Außerdem: Der Entwurf will Routinedaten vorrangig nutzen, damit Primärdaten die Ausnahme bleiben. Das impliziert auch eine stärkere Gewichtung der Sozialdaten (Lieferaufwand, Datenqualität, Kodierung). Zugleich muss geklärt sein, ob Routinedaten für die jeweiligen Indikatoren überhaupt aussagekräftig genug sind. Randnotiz: Weniger Aufwand durch Vermeidung von Doppelmeldungen auf Leistungserbringerseite sollte sich auch in Vergütungsverhandlungen niederschlagen.

Zu § 334 Abs. 3 SGB V: Telematikinfrastruktur

Die gematik darf Festlegungen zu zusätzlichen TI-Anwendungen vorantreiben, insbesondere für den elektronischen Austausch medizinischer Dokumente und Daten zur Qualitätssicherung.

Zu §§ 394a, 394b SGB V: Zukunftsfonds digitale Gesundheit

Einrichtung eines Förderfonds in Höhe von 25 Mio. EUR p. a. für digitale Anwendungen, Infrastrukturen und IT-Sicherheit. BMG-Rahmenvorgaben. Die Mittel werden in gleicher Höhe dem Innovationsfonds entzogen. Förderentscheidungen erfolgen durch einen Digital Health Council unter Beteiligung von GKV-Spitzenverband, KBV, gematik und BDI.

Bewertung:
Das Ziel, besonders wirkungsvolle Vorhaben im Bereich Anwendungen, Infrastruktur und IT-Sicherheit zu fördern ist zu begrüßen. Die Umschichtung aus Mitteln des Innovationsfonds wird jedoch abgelehnt. Eine GKV-Finanzierung ist nur Sachgerecht für Leistungen und Erkenntnisse, die GKV-Versicherten zukommen. Da letztlich das gesamte Gesundheitssystem profitiert, müssen sich Bund und Länder angemessen beteiligen. Im Digital Council kann zudem die Rolle der Industrie, die durch Förderentscheidungen direkt geldwert profitiert, nur beratender Art sein.

Bei den Förderkriterien des Zukunftsfonds sollten auch der Energie- und Ressourcenverbrauch sowie mögliche ökologische Einsparungen berücksichtigt werden.

Die Mittel sollen u.a. der IT-Sicherheit für Einrichtungen des Gesundheitswesens, die nach § 28 des BSI-Gesetzes in Verbindung mit dessen Anlage 1 Nummer 4 als besonders wichtige Einrichtungen oder wichtige Einrichtungen gelten, dienen. Damit werden bei den Fördermitteln ausschließlich die KRITIS-Krankenkassen berücksichtigt, wodurch die Nicht-KRITIS-Krankenkassen benachteiligt würden. Durch eine Ergänzung sollten auch Nicht-KRITIS-Krankenkassen in die Regelung aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag:
Anpassungsvorschlag für § 394a Abs. 2 Nr.3 SGB V:

> *„IT-Sicherheit für Einrichtungen des Gesundheitswesens, die nach § 28 des BSI-Gesetzes in Verbindung mit dessen Anlage 1 Nummer 4 als besonders wichtige Einrichtungen oder wichtige Einrichtungen gelten oder von § 392 Abs. 4 SGB V miterfasst werden."*

I. Schiedswesen, Selbstverwaltung und Inkrafttreten

Zu § 106c SGB V: Digitale und hybride Sitzungen der Beschwerdeausschüsse

Der Gesetzentwurf sieht die Erweiterung der rechtlichen Möglichkeiten zur Durchführung digitaler und hybrider Sitzungen verschiedener Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung vor. Für die Sitzungen der Beschwerdeausschüsse nach § 106c SGB V ist eine entsprechende ausdrückliche Rechtsgrundlage bislang nicht vorgesehen.

Bewertung
Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Ermöglichung digitaler und hybrider Gremiensitzungen. Im Sinne einer einheitlichen und praxistauglichen Regelung sollte diese Möglichkeit auch ausdrücklich auf die Sitzungen der Beschwerdeausschüsse nach § 106c SGB V erstreckt werden. Dies würde die Durchführung der Verfahren erleichtern, Reise- und Verwaltungsaufwand reduzieren und die Flexibilität der Gremienarbeit erhöhen.

Wir regen daher an, eine entsprechende gesetzliche Klarstellung in § 106c SGB V aufzunehmen.

Zu § 29 SGG: Gerichtszuständigkeit / DMP

Anpassung sozialgerichtlicher Zuständigkeiten, insbesondere für DMP-Vertragsstreitigkeiten, Aufsichtsangelegenheiten und Bestimmung einer Schiedsperson.

Zu Art. 19: Gestaffeltes Inkrafttreten

Grundsätzlich am Tag nach der Verkündung; weitere Regelungen am 1. Januar 2028, 1. Januar 2029, 1. Januar 2030 und 1. Januar 2033. Einzelne Fristen enthalten noch offene Datumsplatzhalter.

III. ÜBERGREIFENDE ASPEKTE

Finanzielle und organisatorische Auswirkungen

Der Referentenentwurf sieht zahlreiche Entlastungen des Verwaltungsaufwands vor. Zugleich entstehen für die Krankenkassen zusätzliche Aufgaben, etwa durch neue Informationspflichten und ein verpflichtendes Angebot strukturierter Behandlungsprogramme. Die vorgesehenen Änderungen der Finanzierung dieser Programme, die Mittelumschichtung zugunsten des Zukunftsfonds digitale Gesundheit und die Anpassungen des Risikostrukturausgleichs sind daher auch unter dem Gesichtspunkt ihrer kassenindividuellen Verteilungs- und Folgewirkungen zu beurteilen.

Die Bewertungstabelle befürwortet insbesondere die Vereinfachung etablierter Verfahren, weist aber auf zusätzliche Bürokratie bei einzelnen Hilfsmittelgenehmigungen und DMP-Informationspflichten sowie auf den Schutz der Selbstverwaltung und die Finanzierung aus Beitragsmitteln hin. Die Folgewirkungen für regionale Vertragsstrukturen, Personal- und IT-Aufwände sollten in der weiteren Umsetzung berücksichtigt werden.

Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf

Auskehrung von RSA-Korrekturbeträgen im Jahresausgleich

Aktuell werden laut § 20 Abs. 6 RSAV sowie laut § 21 Abs. 3 RSAV Korrekturbeträge, die aus Prüfungen der RSA-Datenmeldungen resultieren im kommenden RSA-Jahresausgleich ausgekehrt. Der Mechanismus verteilt Korrekturbeträge nach aktueller Mitgliederzahl (einer Kasse) um, aufgrund des zeitlichen Prüfrückstandes soll der Mechanismus angepasst werden (Verteilung nach Mitgliederverhältnis des damaligen Prüfjahres).

Bewertung
Die Verteilung der zusätzlichen Mittel über die aktuellen Mitgliederverhältnisse aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen ist nicht sachgerecht, denn die Kürzungsbeträge nach Absatz 3 sowie die Korrekturbeträge nach Absatz 5 beziehen sich auf Datenmeldungen aus zum Teil weit zurückliegenden Ausgleichsjahre.

Der aktuelle Mechanismus wirkt zudem strukturell wettbewerbsverzerrend, denn Kassen mit Mitgliederverlusten, die nach dem jeweiligen Jahresausgleich (Basis SA 821) eingetreten sind erhalten, gemessen an den damaligen Verhältnissen, geringere Ausschüttungen. Der Logik der RSA-Prüfungen folgend, können Krankenkassen ihre Wettbewerbssituation durch nun nachträglich sanktionierte Methoden zwischenzeitlich verbessert haben. Es ist davon auszugehen, dass sich dies in günstigeren Zusatzbeitragssätzen und/oder Zusatzleistungen widerspiegelte und diese Kassen dadurch neue Mitglieder akquirieren konnten.

Beides, der aktuelle Mechanismus sowie die Grundannahme der RSA-Prüfungen, führen nun dazu, dass es trotz eines angewendeten pauschalen Kürzungsverfahrens oder anlassbezogener Korrekturbeträge zu einem Vorteil kommen kann, unterstützt wird dieses durch eine nur teilweise Verhängung von Strafzuschlägen (25 % bei anlassbezogenen Prüfungen).

Aufgrund inzwischen zum Teil deutlich veränderten Kassengrößen sollte die Verteilung der Kürzungs- und Korrekturbeträge – der Bezug zum Berichtsjahr ist gegeben – an die damaligen Mitgliederzahlen im Jahresausgleich anknüpfen.

Berücksichtigung von Versichertenzeiten ohne Beitragszahlung und Leistungsinanspruchnahme § 2 RSAV

Anknüpfung an Art. 1 Nr. 1 Buchstabe b und c, §§ 5, 412 SGB V – dort Klarstellung AsylbLG i.V.m. Ende der oAV sowie der Nachregelungen des § 256a Abs. 4 SGB V im GKV-FQWG. Feststellung im GKV-FQWG, dass Personen mit Leistungsruhen regelmäßig keine oder nur sehr eingeschränkte Leistungsausgaben verursachen. Eine RSA-Berücksichtigung würde zu Verzerrungen bei der Mittelverteilung führen. Die trifft auch auf Personen zu, deren Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fortgeführt, aber im Rahmen des § 191 Nr. 4 SGB V nicht beendet wird.

Bewertung

Die Prüfung von Versichertenzeiten ohne Beitragszahlung und Leistungsinanspruchnahme des Mitgliedes sowie etwaiger Familienangehöriger ist aufwändig und von diffizilen Sachverhalten geprägt. Einerseits haben die Krankenkassen ein finanzielles Interesse an einer möglichst umfangreichen Meldung der Versichertenzeiten. Bei tatsächlicher Leistungsinanspruchnahme und/oder aktiver Beitragszahlung ist dies auch unstrittig. Im Falle ausbleibender Leistungsinanspruchnahmen entsteht jedoch genau die Verzerrung bei der Mittelverwendung, die im GKV-FQWG verhindert werden sollte.

Etwaige Beitragsschulden des Mitgliedes, führen zudem zu den Nachteilen, die im Rahmen der aktuellen Anpassung (AsylbLG) verhindert werden sollen (Beschäftigung), zudem ist davon auszugehen, dass die GKV-Beitragsschulden dadurch ansteigen und es folglich, durch die Verfolgung rückständiger Beiträge zu zusätzlichen bürokratischen Aufwänden kommt, denen real keine Beitragseinnahmen gegenüberstehen. Zusatzaufwände entstehen bei Kassen und Prüfdiensten auch dadurch, dass im Rahmen der Versichertenzeitenprüfung für diese Fälle eine individuelle Prüfung des Inlandsaufenthaltes zu erfolgen hat, ein Nachweis einer Leistungsinanspruchnahme oder einer Beitragszahlung ließe sich dagegen maschinell erbringen.

Es sind aus den vorgenannten Gründen und im Rahmen des Bürokratieabbaus diese Versichertenzeiten von der RSA-Datenmeldung auszuschließen, für die weder nachweisbare Leistungsausgaben angefallen sind, noch Beiträge gezahlt wurden. Mithin reicht der bloße Inlandsaufenthalt nicht mehr aus.

Änderungsvorschlag
Anpassungsvorschlag zu §2 Abs. 5 RSAV – angefügt wird Nr. 4 :

> *„Versicherungszeiten aus Mitgliedschaften, für die weder Beitragszahlungen erfolgten, noch versichertenindividuelle Leistungen des Mitgliedes oder der familienversicherten Angehörigen in Anspruch genommen wurden“*

Berücksichtigung digitaler Disease-Management-Programme (dDMP) bei der Weiterentwicklung der DMP

Digitale Disease-Management-Programme (dDMP) sollten bei der Weiterentwicklung der DMP als integraler Bestandteil einer modernen, vernetzten Versorgung berücksichtigt werden. Insbesondere im Zusammenspiel mit der elektronischen Patientenakte (ePA) und einer stärker koordinierten Primärversorgung ermöglichen dDMP die durchgängige digitale Abbildung leitlinienbasierter Versorgungsprozesse.

Für chronisch und mehrfach erkrankte Patientinnen und Patienten können dDMP einen wichtigen Beitrag zu einer bedarfsgerechten Patientensteuerung, Prävention und personalisierten Versorgung leisten. Voraussetzung ist die konsequente Integration digitaler Elemente wie der DMP-Fallakte, elektronischer Patientenpässe, telemedizinischer Anwendungen sowie vollständig digitaler Ein- und Ausschreibe- und Dokumentationsprozesse.

dDMP bilden damit eine wesentliche Grundlage für ein modernes, patientenzentriertes und sektorenübergreifendes Chroniker-Management. Durch die Ausweitung digitaler Versorgungsangebote auf alle DMP werden einheitliche Rahmenbedingungen für eine moderne und niedrigschwellige Programmteilnahme geschaffen.

Zuzahlungen / Belastungsgrenze

Gesetzlich Versicherte sind zur Zuzahlung verpflichtet. Die Zuzahlungen sind auf 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bzw. 1 % bei chronisch kranken Menschen begrenzt. Das heutige (Prüf-)Verfahren der Härtefallregelung nach § 62 SGB V – insbesondere der Nachweis bereits geleisteter Zuzahlungen – ist durch hohen administrativen Aufwand, Medienbrüche und geringe Digitalisierungsgrade gekennzeichnet. Kernprobleme sind u. a. der massenhafter Eingang von Einzelbelegen, manuelle Prüf- und Erfassungsprozesse und eine geringe Nutzerfreundlichkeit für Versicherte.

Durch die geplante Erhöhung der Zuzahlungen durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird es zu einer Ausweitung der Fallzahlen kommen. Es braucht über die bereits ergriffenen Maßnahmen hinaus Regelungen, die den bürokratischen Aufwand für Versicherte und Krankenkassen verringern.

Ökologische Nachhaltigkeit und Gesetzesfolgenabschätzung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die mit dem Referentenentwurf verfolgten Ansätze zur Modernisierung und Entbürokratisierung der Gesundheitsversorgung. Diese bieten zugleich die Möglichkeit, ökologische Nachhaltigkeit stärker in den gesetzlichen Rahmenbedingungen zu verankern. Insbesondere in der Hilfsmittelversorgung bestehen Potenziale, durch eine längere Nutzungsdauer, Reparaturen und einen wirtschaftlich sinnvollen Wiedereinsatz von Produkten Ressourcen zu schonen und Abfälle zu vermeiden. Dabei müssen die medizinische Versorgungsqualität, die Patientensicherheit und die Wirtschaftlichkeit gleichermaßen gewährleistet bleiben.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollte die Nachhaltigkeitsprüfung des Gesetzentwurfs daher ausdrücklich auch ökologische Auswirkungen berücksichtigen. Hierzu zählen insbesondere die Ressourcenschonung, die Förderung der Kreislaufwirtschaft und der Klimaschutz im Sinne der Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen (SDG 12 und 13).

Das gemeinsam mit zahlreichen Organisationen entwickelte Eckpunktepapier für eine Nachhaltigkeitsstrategie im deutschen Gesundheitswesen unterstreicht die Notwendigkeit, Nachhaltigkeit systematisch in gesetzliche Rahmenbedingungen, Versorgungsstrukturen und wirtschaftliche Anreizsysteme einzubeziehen. Der BKK Dachverband spricht sich daher für eine verbindliche, vom Bundesministerium für Gesundheit geführte Nachhaltigkeitsstrategie aus, damit ökologische Nachhaltigkeit künftig konsequent bei gesundheitspolitischen Strukturreformen berücksichtigt wird.