

**BKK Dachverband
e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin**

**TEL (030) 2700403-
200
FAX (030) 2700400-
191
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachver-
band.de**

STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

vom 20.04.2026

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	6
II. DETAILKOMMENTIERUNG	9
1. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik	9
1.1 Koppelung der Vergütungen in der HzV an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität	9
1.2 Koppelung der Vergütungen bei der zahnärztlichen Versorgung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität	10
2. Arzneimittelbereich	10
2.1 Dynamischer Herstellerabschlag als zentrales neues Steuerungsinstrument	10
2.2 Zusätzlicher Impfstoffabschlag	11
2.2 Gesetzliche Auffanglösung für Preis-Mengen-Regelungen	12
2.3 Rabattverträge für patentgeschützte, therapeutisch vergleichbare Arzneimittel	12
2.4 Streichung des Kombinationsabschlags	13
2.5 Abschaffung der „Leitplanken“ bei Erstattungsbeträgen	13
2.6 Preismoratorium für Arzneimittel, Verbandmittel und Sonstige Produkte zur Wundbehandlung	14
2.7 Cannabis, Verbandmittel, Homöopathie und Anthroposophie	14
3. Apothekenbereich	15
3.1 Erhöhung des Apothekenabschlags	15

4. Krankenhausbereich	16
4.1 Grundprinzip: Kappung der Vergütungsdynamik	16
4.2 Pflegebudget: Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip	17
4.3 Abschaffung der Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts	19
4.4 Krankenhausabrechnungsprüfung: schärfere Anreize für korrekte Rechnungen	20
4.5 Einführung DRG-Kurzzeitfallpauschalen als Ambulantisierungsinstrument	22
5. Vertragsärztliche Versorgung	24
5.1 Begrenzung der Höhe der Anpassung des Orientierungswerts und des Punktwerts durch die Grundlohnrate als feste Obergrenze	24
5.2 Der Anstieg des extrabudgetär vergüteten Ausgabenvolumens wird begrenzt.	24
5.3 Hausarztzentrierte Versorgung	27
6. Weitere Leistungserbringer	28
6.1 Preis- und Vergütungssteigerungen werden auf die Grundlohnrate begrenzt.	28
6.2 Blankoverordnung	29
6.3 Hilfsmittel	30
7. Krankenkassen	32
7.1 Verwaltungsausgaben	32
7.2 Werbeausgaben	33

7.3. Außertarifliche Vergütungen	33
7.4. Information über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes	34
8. Evidenzbasierung	35
8.1 Zweitmeinungsverfahren	35
8.2 Homöopathie und Anthroposophie	35
9. Leistungsausschlüsse	36
9.1 Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene	36
9.2 Hautkrebsscreening	36
9.3 Kieferorthopädie	36
10. Krankengeld	37
10.1 Höchstbezug	37
10.2 Absenkung Krankengeld bei Arbeitslosigkeit während Krankengeldbezug	37
10.3 Wartezeit für die Inanspruchnahme einer Wahlerklärung	38
10.4 Krankengeld bei Teilrentenbezug	38
10.5 Fristverkürzung bei Antrag auf Reha oder Rente	39
10.6 Teilkrankengeld und Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit	39
10.7 Anspruch auf individuelle Beratung bei Bezug von Krankengeld	40
11. Innofonds	40
11.1. Absenkung der Finanzierung	40
11.2 Rückführung nicht verausgabter Mittel an den Gesundheitsfonds	40

11.3 Vereinfachte Förderverfahren	41
12. Digitale Gesundheitsanwendungen	41
12.1 Höchstbetragsregelung im ersten Jahr	41
12.2 Abstufungsregelung ab dem 13. Monat	42
13. Belastungen für Patientinnen und Patienten	43
13.1 Zuzahlungserhöhungen	43
13.2 Kranken- und Kinderkrankengeldabsenkung	43
13.3 Zahnersatz	43
14. Belastungen für Arbeitgeber und Mitglieder	44
14.1 Geringfügige Beschäftigung	44
14.2 Beitragsbemessungsgrenze	44
14.3 Beitragsfreie Familienversicherung	45
15. Darlehen	49
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	50
1. Elektronischer Datenaustausch zwischen der Finanzverwaltung und den Krankenkassen für Zwecke der Beitragsbemessung und zur Feststellung des Gesamteinkommens im Sinne der Regelungen zur Familienversicherung _	50
2. Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen	53

I. VORBEMERKUNG

Es ist wichtig und richtig, dass der Gesetzgeber mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Großteil der Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit aufgreift. Er setzt nun Maßnahmen in Gang, um schnell die Ausgabendynamik zu bremsen und gleichzeitig auch durch mehr Evidenz-basierte Medizin die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Mehr Qualität und stabilere Beiträge sind eine gute Nachricht für die Patient:innen und Beitragszahlenden.

Sehr positiv zu bewerten ist die konsequente Stärkung der Evidenzbasierung etwa durch die Neuregelungen bei Cannabis, Verbandmitteln und der Wundversorgung oder der Ausweitung der Zweitmeinungsverfahren. Diese Maßnahmen stärken die Akzeptanz der GKV als solidarisches, wissenschaftsbasiertes System.

Der Gesetzgeber verfolgt ferner das Primat der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Dies unterstützt der BKK Dachverband nachdrücklich. Die alle Leistungserbringer umfassende Begrenzung von Preis- und Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnsammenentwicklung – ergänzt um einen zeitlich befristeten zusätzlichen Abschlag – ist der richtige Weg und war längst überfällig.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ferner insbesondere den dynamischen Herstellerabschlag, die Öffnung für Rabattverträge bei patentgeschützten therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln im Arzneimittelbereich und die Abkehr von der Meistbegünstigungsklausel. Kritisch sehen wir, dass die sogenannten Leitplanken bei den Erstattungsbeträgen im AMNOG-Verfahren abgeschafft werden sollen. Damit wird ein wichtiges Instrument zur Kostenbegrenzung aus der Hand gegeben. Daraus resultieren wiederum zusätzliche Ausgaben für die GKV.

Wichtig und richtig sind außerdem die Änderung der Prüfquotenregelung sowie die Reform des Pflegebudgets im stationären Bereich. Allerdings gingen die Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit im Krankenhausbereich wesentlich weiter: Die Pflegebudgets sollten in die DRG zurückgeführt, die Prüfquoten komplett gestrichen werden. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es zudem dringend geboten, die Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang einzubeziehen. Damit könnten Fehlansätze und erhebliche Mehrausgaben vermieden werden.

In der ambulanten Versorgung werden die Begrenzung extrabudgetärer Ausgaben, die Rückführung von TSVG-Leistungen in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung sowie die Streichung sachlich nicht gerechtfertigter Zuschläge ausdrücklich unterstützt. Kritisch sehen die Betriebskrankenkassen hingegen den Wegfall zentraler Prüfinstrumente, da hierdurch Doppelvergütungen und unwirtschaftliche Leistungsausweitungen begünstigt werden.

Eine finanzielle Schieflage erhält das Gesetz dadurch, dass ein großer Teil der Maßnahmen auch zu Lasten der Patient:innen sowie der Beitragszahlenden gehen. Dabei ist genug Geld im System, das mit einem effizienteren und Ressourcen schonenden Einsatz die Beitragssätze stabilisieren könnte. Vor allem aber erschüttern sie das Vertrauen in unser Gesundheitssystem, das seit Jahren immer höhere Beiträge verlangt, dabei aber nur mittelmäßige Leistungen abliefern.

Dies betrifft die geplanten Zuzahlungserhöhungen, die Absenkung des Krankengelds und die Rücknahme verbesserter Leistungen beim Zahnersatz. Diese lehnen wir ab, denn sie können zu einer Unterinanspruchnahme notwendiger Leistungen führen. Das betrifft auch die vorgesehene Einschränkung der beitragsfreien Familienversicherung und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Für die Akzeptanz der GKV als wesentliche Säule unseres Sozialstaats ist dies wenig hilfreich. Beide Maßnahmen fördern außerdem die Attraktivität der PKV – umso mehr, als die Versicherungspflichtgrenze nicht zugleich mit der Beitragsbemessungsgrenze angehoben werden soll. Dies müsste unbedingt mit einer solchen Anpassung einher gehen. Dennoch gilt: Durch eine Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze erfolgt auch eine zusätzliche finanzielle Belastung der Arbeitgeber. Dies ist kein gutes Signal an einen Wirtschaftsstandort, der mit vielen Krisen zu kämpfen hat.

Mit Blick auf die Regelungen der beitragsfreien Familienversicherung sei ferner darauf hingewiesen, dass sie dem Credo des Bürokratieabbaus zuwiderlaufen. Im Gegenteil werden diese Regelungen einen Bürokratieberg an zu erbringenden Nachweisen, Prüfungen und Verwaltungsprozesse bei Unternehmen und Arbeitgebern, Kranken- und Pflegeversicherten, Kranken- und Pflegekassen sowie weiteren, beitragsabführenden sowie meldepflichtigen Stellen führen.

Nachvollziehen können wir, dass auch die Krankenkassen selbst einen Beitrag zur finanziellen Stabilität der GKV leisten sollen. Diesen Beitrag leisten sie bereits seit Jahren, indem sie ihre Verwaltungskosten effizient und in der Entwicklung deutlich

unter der Ausgabenentwicklung der Leistungsbereiche halten (zur Erinnerung: Im Jahr 2025 betrug die Entwicklung der Verwaltungskosten der Krankenkassen 4,7 Prozent gegenüber einer Entwicklung der Einnahmen von 5,3 Prozent bzw. der Leistungsausgaben von 7,9 Prozent). Der vorhandene Wettbewerb um eine gute Versorgung, Services und Beratung und nicht zu Letzt des Preises setzt bereits einen intrinsischen Anreiz, so vorzugehen.

Diesen Beitrag leisten sie außerdem, seitdem durch das Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) eine gesetzliche Deckelung ihrer Verwaltungsausgaben erfolgte. Die damit verbundene Ausgabenbegrenzung wirkt unmittelbar dämpfend auf die Entwicklung der Verwaltungsausgaben. Eine weitere Reduzierung der Verwaltungskosten wird eine Kraftanstrengung, die die Krankenkassen jedoch übernehmen.

Der einzige Beitrag, den der Bundeshaushalt leisten soll, ist eine Verschiebung der Rückzahlung der Darlehen aus den Jahren 2023, 2025 und 2026 an die GKV auf die Jahre 2035 bis 2039. Das ist nicht genug. Angesichts der enormen Herausforderungen in der GKV appellieren wir erneut, dass der Staat seiner gesamtgesellschaftlichen Verpflichtung nachkommt und die Beiträge für Bürgergeldbeziehende kräftig erhöht und damit die Belastung auf breitere Schultern verteilt.

Wir plädieren außerdem dafür, weitere, gute Vorschläge der Kommission, die leicht umzusetzen gewesen wären, aufzunehmen. Dazu gehören die die Wiedereinführung von apothekenbezogenen Ausschreibungen für Zytostatika und für Hilfsmittel. Ausschreibungen stellen die Wirtschaftlichkeit in der Versorgung sicher. Zusätzlich kommt es zum Ausbau von Qualitätskriterien, einer Erhöhung von Transparenz und Vermeidung von Korruption.

Insgesamt stellt der Referentenentwurf einen wichtigen Schritt dar, um strukturelle Ausgabenprobleme der GKV anzugehen. Er bleibt jedoch noch hinter seinen Möglichkeiten zurück. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen bedarf der Entwurf daher in zentralen Punkten einer deutlichen Nachschärfung und Ergänzung, um sowohl finanzielle Nachhaltigkeit als auch eine solidarische und qualitativ hochwertige Versorgung dauerhaft sicherzustellen.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

1. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik

SGB V, § 71, Abs. 2, Abs. 3 Satz 3 und 4 neu

Die Vergütungsanstiege der Leistungserbringer werden auf die jeweilige Kostenentwicklung mit der Grundlohnrate (Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied) als Obergrenze begrenzt. Das bedeutet eine Anpassung der Lohnzuwächse im Gesundheitswesen an die Lohnzuwächse in der Gesamtwirtschaft.

Zusätzlich wird in den Jahren 2027 bis 2029 ein Prozentpunkt auf die Grundlohnrate abgeschlagen, da die Grundlohnrate bis 2029 voraussichtlich deutlich höher als im langfristigen Schnitt und wesentlich oberhalb der Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen liegen wird. Sollte die Inflation die realen Einkommenszuwächse im Gesundheitswesen bedrohen, wird eine Refinanzierung inflationsbedingter Kostensteigerungen möglich sein, sobald sich das auch in der Lohnentwicklung der Gesamtwirtschaft widerspiegelt.

Bewertung:

Die Regelung ist richtig und wichtig, um die Ausgabendynamik zu bremsen und an die Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung anzupassen. Dies entlastet die GKV finanziell und ermöglicht dennoch eine Vergütungs- und Investitionsentwicklung.

1.1 Koppelung der Vergütungen in der HzV an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität

SGB V § 73 Abs. 5 neu

Gilt für Preisanpassungen für bestehende Leistungen ebenso wie für die Einführung neuer Leistungen. Die zusätzlichen Leistungen auf Grund eines festgestellten Anstiegs der Teilnehmer an den Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung werden mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise für die allgemeine Fixkostendegression vergütet. Um den Anstieg der Teilnehmerzahl festzustellen, ist die Teilnehmeranzahl eines jeden Kalenderquartals mit der Teilnehmeranzahl des

entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres zu vergleichen. Die Leistungen für die Differenz der Teilnehmerzahl sind mit dem Abschlag zu vergüten.

Bewertung:

Die Regelung ist sachlogisch und richtig. Sie reduziert die Ausgabendynamik und Fehlanreize zur Mengenentwicklung.

1.2 Koppelung der Vergütungen bei der zahnärztlichen Versorgung an den Grundsatz der Beitragsatzstabilität

SGB V § 85 Abs. 2d neu, Abs. 3 Satz 2 neu

Anstieg des Honorarvolumens für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied wird nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Ausgenommen sind zahnärztliche Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche, die Zuschläge für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie Parodontitisbehandlungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.

Bewertung:

Die Regelung ist sachlogisch und richtig. Wichtig sind die formulierten Ausnahmetatbestände.

2. Arzneimittelbereich

2.1 Dynamischer Herstellerabschlag als zentrales neues Steuerungsinstrument

Artikel 1 Nr. 48 (§ 130a Abs. 1b SGB V)

Die wichtigste neue Maßnahme im Arzneimittelbereich ist der ergänzende dynamische Herstellerabschlag nach § 130a SGB V. Er soll ab 2027 zusätzlich zum allgemeinen Herstellerabschlag greifen und richtet sich danach, ob die Arzneimittelausgaben stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Technisch wird ein Ausgaben-„Soll“ anhand der BPE-Entwicklung definiert; liegt das tatsächliche Ausgabeniveau darüber, wird die Differenz im Folgejahr über die Abschlagshöhe ausgeglichen. Der

Entwurf zielt damit ausdrücklich vor allem auf hochpreisige patentgeschützte Arzneimittel ab.

Bewertung:

Die Maßnahme wird ausdrücklich begrüßt. Die langfristige Anpassung des Abschlags trägt deutlich zur Stabilisierung der Finanzen der GKV bei. Die pharmazeutische Industrie ist ein wesentlicher Kostentreiber in der GKV. Damit werden stetig steigende Arzneimittelausgaben abgefangen. Besser wäre es jedoch für die freie Preisbildung Mechanismen zu finden, die nachhaltig wirken und das Ausgabenniveau senken.

2.2 Zusätzlicher Impfstoffabschlag

Artikel 1 Nr. 48b (§ 130a Abs. 2 SGB V)

Ergänzend wird ein Impfstoffabschlag für Impfstoffe unter Patent- oder Unterlagenschutz mit 7 Prozent eingeführt.

Bewertung:

Es ist seit langem überfällig, dass der bislang ausschließlich für Arzneimittel geltende, allgemeine Herstellerabschlag i. H. v. 7 Prozent nun auch für Impfstoffe gilt. Impfstoffe sorgen aufgrund der freien Preisbildung seit Jahren für erhebliche Ausgabensteigerungen.

Zusätzlich ist ein retrospektives Preismoratorium nach 130a Abs. 3a SGB V für Impfstoffe unverzichtbar. Hierfür muss der Preisstand rückwirkend auf den 01.01.2026 eingefroren werden. Ohne diese Regelung könnte der erhöhte Herstellerabschlag leicht durch entsprechende Preiserhöhungen der Hersteller ausgeglichen werden, denn die Preisbildung für Impfstoffe ist frei. Zusätzlich sollten Impfstoffe zur Immunisierung gegen dieselbe Krankheit in ihrer jeweiligen Impfstoffklasse (Totimpfstoff, Lebendimpfstoff und genbasierter Impfstoff) dabei als Wirkprinzip-analoger Impfstoff gelten. Damit werden Impfstoffe mit lediglich saisonalen Anpassungen, einer unterschiedlichen Abdeckung verschiedener Serotypen oder einer chemischen Modifikation des immunitätsauslösenden Agens gleichbehandelt. Ziel dieser Regelung ist die Vermeidung von Umgehungen des Preismoratoriums durch nicht-innovative Veränderungen des Wirkprinzips (analog der Pseudoinnovationen („me too“) im Arzneimittelbereich.

.

2.2 Gesetzliche Auffanglösung für Preis-Mengen-Regelungen

Artikel 1 Nr. 49 (§ 130b Abs. 1a SGB V)

Die Regelung sieht die Weiterentwicklung der Preis-Mengen-Regelung nach § 130b Abs. 1a SGB V vor. Der Entwurf betont, dass die bisherige Praxis die Krankenkassen nicht ausreichend an Skaleneffekten partizipieren lasse. Deshalb wird für den Fall fehlender Einigung zwischen GKV-SV und pharmazeutischem Unternehmer eine gesetzliche Auffanglösung vorgesehen. Die Begründung stellt klar: Die Schiedspraxis habe bislang zu Rabatten unterhalb marktüblicher Konditionen geführt und das Einsparpotenzial nur unzureichend gehoben.

Bewertung:

Grundsätzlich ist dies positiv zu bewerten: Die bisherige Regelung erzeugt zu wenig greifbare Effekte. In der aktuellen Ausgestaltung sind die stationär verabreichten Arzneimittel nicht berücksichtigt. Diese sollten ebenfalls im Preis-Mengen-Modell berücksichtigt werden, weil für sie der gleiche Grundsatz gilt wie für die ambulanten Arzneimittel. Beide erhöhen den Umsatz des pharmazeutischen Unternehmers und steigern die Ausgaben der GKV.

2.3 Rabattverträge für patentgeschützte, therapeutisch vergleichbare Arzneimittel

Artikel 1 Nr. 50 (§ 130e SGB V)

Der Entwurf eröffnet Krankenkassen die Möglichkeit, in Therapiegebieten mit mehreren vergleichbaren patentgeschützten Arzneimitteln Rabattverträge zur bevorzugten Verordnung auszuschreiben. Ziel ist ausdrücklich, auch im patentgeschützten Bereich Wettbewerb um Marktanteile zu erzeugen. Im Allgemeinen Teil wird dies als ein wesentliches Instrument zur Stärkung des Preiswettbewerbs beschrieben; in der Einzelbegründung zu § 130b wird ergänzend festgehalten, dass rabattierte patentgeschützte Arzneimittel nach § 130e neu bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen sind.

Bewertung:

Dass im Markt der patentgeschützten Arzneimittel ein Wettbewerb eingeführt wird, ist zu begrüßen.

Vermieden werden sollte, dass damit die Bürokratie im System erhöht wird. Beispielsweise kann die Berücksichtigung der rabattierten Arzneimittel aus einer Gruppe patentgeschützter Arzneimittel den Aufwand der regionalen Prüfungsstellen (und damit ihren Personalbedarf) deutlich erhöhen. Zusätzlich widerspricht die Vereinbarung von Quoten aus dem selektivvertraglichen Bereich der Grundlage, dass die Vertragsparteien auf regionaler Ebene ihre regionalen Prüfvereinbarungen einheitlich und gemeinsam abschließen müssen. Die Berücksichtigung von selektivvertraglichen Quoten muss pragmatisch umsetzbar sein.

Damit Krankenkassen über ihre neuen Selektivverträge Vertragsärzte informieren können, sollte der Gesetzgeber die Änderungen des § 305a SGB V, die mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb ab dem Jahr 2021 eingeführt wurden, wieder in den Zustand zuvor überführen. Die Möglichkeit einer Arztberatung ist unbedingt notwendig, um den neuen § 130e SGB V umzusetzen

Bei der Ausgestaltung dürfen keine Wettbewerbsverzerrungen der Krankenkassen untereinander entstehen. Schon jetzt gezahlte Ärztepauschalen aus Verträgen dürfen auch zukünftig die Einsparungen aus diesen Selektivverträgen nicht überkompensieren.

2.4 Streichung des Kombinationsabschlags

Artikel 1 Nr. 50 (Streichung des bisherigen § 130e SGB V)

Der alte § 130e SGB V soll gestrichen werden. Damit will der Gesetzgeber den Kombinationsabschlag komplett streichen. Der Kombinationsabschlag adressiert die weiterhin bestehende Problematik, dass neue Arzneimittel häufig als Add-on-Therapie in den Markt kommen. Dabei erhöhen sich die Kosten mehr als der zusätzliche Nutzen für die Betroffenen. Die aktuelle Umsetzung ist zeitaufwendig und streitbefangen. Die Einsparungen erreichen nicht das ursprünglich avisierte Ziel.

Bewertung:

In der aktuellen Ausgestaltung ist der Kombinationsabschlag nicht sinnvoll. Bei Änderung der Rahmenbedingungen könnte sich das zukünftig ändern. Aktuell scheint eine Streichung vertretbar.

2.5 Abschaffung der „Leitplanken“ bei Erstattungsbeträgen

Artikel 1 Nr. 49c (§ 130b Abs. 3 SGB V)

Der Entwurf sieht vor, dass die Rechtslage vor dem GKV-FinStG im Wesentlichen wiederhergestellt werden soll. Die bisherigen Obergrenzen in § 130b Abs. 3 fallen weg; zugleich wird betont, dass die dadurch erwartete Mehrbelastung der GKV durch andere Instrumente wie Preiswettbewerb, Preis-Mengen-Regelungen und den dynamischen Herstellerabschlag kompensiert werden müsse. Der allgemeine Finanzteil quantifiziert für Bund/Länder/Kommunen aus der Leitplanken-Abschaffung sogar Mehrausgaben.

Bewertung:

Die Abschaffung der Leitplanken schwächt die nutzen- und vergleichstherapiebasierte Preisbegrenzung im AMNOG und wird zu zusätzlichen Ausgaben der GKV führen.

2.6 Preismoratorium für Arzneimittel, Verbandmittel und Sonstige Produkte zur Wundbehandlung

Artikel 1 Nr. 10a (§ 31 Abs. 1a SGB V)

Das Preismoratorium nach § 130a Abs. 3a SGB V wird bis 31. Dezember 2030 verlängert. Neu ist außerdem, dass es künftig bereits dann greift, wenn ein pharmazeutischer Unternehmer ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat. Zusätzlich wird ein Preismoratorium für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung eingeführt.

Bewertung:

Die Verlängerung des Preismoratoriums für Arzneimittel bis in das Jahr 2030 ist ein wichtiger Schritt. Das Preismoratorium ist ein wesentliches Instrument, ungebremste Preisanstiege abzufangen. Daher ist es auch sachlogisch, dieses sowohl für Verbandmittel, als auch die Wundversorgung einzuführen. Positiv ist, dass für die letztgenannten Produkte der Preisstand auf den 01.01.2026 fixiert wurde und damit die Hersteller nicht mehr kreativ handeln können, um das Preismoratorium zu umgehen. Ergänzend sollten auch die Impfstoffe in diese Regelung fallen.

2.7 Cannabis, Verbandmittel, Homöopathie und Anthroposophie

Artikel 1 Nr. 10b; Artikel 1 Nr. 6 (§ 31 Abs. 6 und § 11 Abs. 6 SGB V)

Die Regelungen betreffen mehrere Punkte. Der Anspruch auf Versorgung mit Cannabisblüten wird gestrichen. Erstattungsfähig bleiben standardisierte Extrakte sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon. Zudem wird der Begriff des Verbandmittels gesetzlich neu gefasst. Darüber hinaus werden homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie entsprechende Leistungen von den zusätzlichen Satzungsleistungen ausgeschlossen.

Bewertung:

Die neue Legaldefinition von Verbandmitteln im § 31 SGB V wird begrüßt. Insbesondere werden nun endlich sonstige Produkte zur Wundversorgung ohne Nutznachweis von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen. Die Übergangsfristen wurden seit 6 Jahren kontinuierlich verlängert. Damit wird konsequent auf Evidenzbasierung gesetzt.

Die Streichung von Cannabisblüten folgt ebenfalls dem Evidenzgedanken. Die Streichung der Begleiterhebung ist sachlogisch.

Die Streichung von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz der Wirksamkeit aus dem Leistungskatalog der GKV ist nachvollziehbar.

3. Apothekenbereich

3.1 Erhöhung des Apothekenabschlags

Artikel 1 Nr. 47 (§ 130 Abs. 1 SGB V)

Die zentrale apothekenbezogene Sparmaßnahme ist die Anhebung des Apothekenabschlags nach § 130 Abs. 1 SGB V von 1,77 Euro auf 2,07 Euro je abgegebener Packung.

Bewertung

Eine dauerhafte Erhöhung des Apothekenabschlags leistet einen wichtigen Beitrag der Apotheken zur Stabilisierung der Finanzen. Zu begrüßen ist, dass diese Regelung sofort nach Inkrafttreten greift. Insbesondere angesichts der Versprechungen zur Anhebung des Fixums.

Als weitere langfristige Maßnahme wäre der 3-prozentige Aufschlag für den Einkauf von Arzneimitteln zu deckeln. Diese Deckelung gewinnt angesichts der vermehrten Neueinführung hochpreisiger Arzneimittel immer mehr an Bedeutung. Der bislang nicht gedeckelte prozentuale Vergütungsanteil von drei Prozent setzt dabei den Anreiz zur Abgabe hochpreisiger Arzneimittel – wobei teurere Arzneimittel keinen höheren Aufwand bei der Abgabe erzeugen.

4. Krankenhausbereich

4.1 Grundprinzip: Kappung der Vergütungsdynamik

Artikel 3 Nr. 6 (§ 9 Abs. 1b KHEntgG); Artikel 5 Nr. 4 (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 BPfIV)

Die Regelung sieht vor, dass der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert die Grundlage für die Vereinbarung des Veränderungswertes bildet, sofern dieser niedriger ist als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V. Ist der Orientierungswert hingegen höher als die Veränderungsrate, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V zu vereinbaren.

Bewertung:

Die Regelung stellt eine Abkehr von der bisherigen Logik der Meistbegünstigungsklausel dar und wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Durch die geplante Regelung wird sichergestellt, dass in Zukunft sowohl für Krankenhäuser, die nach KHEntgG behandeln, als auch für Krankenhäuser, die nach BPfIV behandeln, nur die tatsächlich anfallenden Kosten vergütet werden. Wie im Bericht der Finanzkommission richtig dargestellt, verursacht die Anwendung der Meistbegünstigungsklausel, dass die Vergütung der Krankenhausleistungen deutlich über der Einnahmeentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung liegt. Dadurch bewirkt die bisherige Regelung, dass es für Krankenhäuser einen geringen Anreiz gibt, Kostenentwicklungen zu prüfen und wo möglich zu reduzieren.

Ferner sollte die im Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) eingefügte Regelung (§ 6 Absatz 3 Satz 9 KHEntgG), wonach als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung der Erlössumme für das Jahr 2027 die für das Jahr 2026 vereinbarte oder festgesetzte Erlössumme um 1,14 Prozent zu erhöhen

ist, gestrichen werden. Die analoge Regelung im BPfIV-Bereich ist ebenfalls zu streichen. Beide Regelungen laufen der Intention der hier vorgenommenen Änderungen entgegen.

Artikel 5 Nr. 1 (§ 3 Abs. 3 S. 5 BPfIV); Artikel 5 Nr. 4 (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 BPfIV)

Bei der Regelung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung von § 9 Absatz 1 Nummer 5. Die Aufhebung führt dazu, dass zukünftig nur noch ein Veränderungswert durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart wird.

Bewertung:

Die Änderung ist sachlogisch.

4.2 Pflegebudget: Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip

Artikel 3 Nr. 3 (§ 6a KHEntgG)

Die Regelung führt die Begrenzung der Kostenanstiege in den Pflegebudgets über den Veränderungswert ein. Vorgaben des Absatzes 2 sind letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2026 anzuwenden. Für das Jahr 2027 wird das Pflegebudget des Jahres 2026 und nachfolgend jeweils das vorherige Vereinbarungsjahr als Ausgangsgrundlage genommen. Ab dem Vereinbarungsjahr 2027 wird eine Erhöhung der Pflegebudgets auf die Höhe des jeweils gültigen Veränderungswertes begrenzt. Eine Überschreitung des Veränderungswertes ist jedoch möglich, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben, die sich aus Bundesgesetzen, Verordnungen, die auf Grundlage des SGB V erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben, dies erfordert. Bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten erfolgt kein Ausgleich dieser Mehrkosten mehr. Minderkosten werden weiterhin vollständig ausgeglichen. Die Möglichkeit der Anrechnung der Kosten für pflegeentlastende Maßnahmen im Pflegebudget wird gestrichen. Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a von dem vereinbarten Pflegebudget ab, so werden Mehr- oder Mindererlöse weiterhin ohne Begrenzung des Veränderungswertes vollständig ausgeglichen.

Bewertung:

Die Abschaffung der Anrechnung der pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget wird begrüßt, da diese in den DRG-Fallpauschalen bereits abgebildet sind und es hier zu einer unnötigen Doppelfinanzierung kommt.

Die Deckelung der Ausgaben des Pflegebudgets durch die Abschaffung des Prinzips der Selbstkostendeckung ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen ein wichtiger Schritt zur Begrenzung der unkontrollierten Anstiege der Pflegepersonalkosten. Durch das Selbstkostendeckungsprinzip besteht durch die derzeitige Finanzierungsgrundlage kein Anreiz für einen effizienten Einsatz des Pflegepersonals. Stattdessen entstehen durch die Hebung von Effizienzgewinnen und der damit verbundenen Absenkung der Budgetgrundlage für die Verhandlungen der zukünftigen Pflegebudgets Nachteile für die Krankenhäuser und damit Anreize, das Pflegebudget so hoch wie möglich zu vereinbaren und eine Ausweitung des Personaleinsatzes zu erreichen. Tätigkeiten außerhalb des Kerntätigkeitsbereichs der Pflege wie Reinigungs- oder Transportarbeiten werden auf das Pflegepersonal umgelegt und das bisher dafür verantwortliche Personal wird entlassen. Es kommt zur Abwanderung von Pflegepersonal aus der Altenpflege ins Krankenhaus.

Gleichzeitig hat die bisherige Regelung das Ziel einer besseren Pflegepersonaldecke in den Krankenhäusern nicht vollumfänglich erreichen können, da die Pflegepersonaluntergrenzen in vielen Krankenhäusern noch immer nicht eingehalten werden. Stattdessen konkurrieren die Krankenhäuser untereinander um die Pflegekräfte, diese wandern in Krankenhäuser mit besseren Ausgangsvoraussetzungen ab, was die Personalnot insbesondere in kleineren Krankenhäusern zusätzlich verschärft. Die Deckelung der Vergütung über den Veränderungswert, wie durch die Regelung vorgesehen, begrenzt diese negativen Auswirkungen.

Die Umsetzung der Maßnahme über die Pflegebudgets des Jahres 2026 als Ausgangsgrundlage wird allerdings kritisch gesehen. Die Pflegebudgets des Jahres 2026 sind noch nicht in allen Krankenhäusern verhandelt. Dadurch besteht ein sehr hoher Anreiz, die Pflegebudgets so hoch wie möglich zu verhandeln, um so eine möglichst hohe Ausgangsbasis für die Budgets ab 2027 zu schaffen. Hier muss dringend eine Lösung gefunden werden, um die Verhandlungen auf Ortsebene zu entlasten und eine Blockade der Budgetbeschleunigung zu verhindern.

Auch die Öffnung der Deckelung durch die Veränderungsrate, um die Einhaltung von Personalvorgaben, Vorgaben von Bundesgesetzen und Verordnungen oder

Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu gewährleisten, ist in dieser allgemeinen Form kritisch zu sehen.

Grundsätzlich sollten diese Tatbestände in den Pflegebudgets abgedeckt werden, sie eröffnen auf Ortsebene aber auch Möglichkeiten, um die Deckelung des Pflegebudgets zu umgehen. Hier muss sichergestellt werden, dass solche Tatbestände und ihre Kosten klar abgegrenzt werden. Auf jeden Fall ist eine Überprüfung der Auswirkungen und gegebenenfalls eine Anpassung der Regelung vorzusehen.

Es sollte eine Klarstellung aufgenommen werden, dass Rufbereitschaftsdienste für freiberufliche Hebammen nicht über das Pflegebudget zu finanzieren sind.

Art. 3 Nr. 7 (§ 10 Abs. 6 S. 1 KHEntgG)

Die Vorgabe, dass das Statistische Bundesamt den Orientierungswert ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ermittelt, wird gestrichen. Der Orientierungswert umfasst zukünftig auch die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen.

Bewertung:

Die Anpassung ist sachlogisch.

4.3 Abschaffung der Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts

Artikel 3 Nr. 7 (§ 10 Abs. 5 KHEntgG), Artikel 3 Nr. 2 (§ 6 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG), Artikel 3 Nr. 3 (§ 6a Abs. 4 Sätze 5 und 6 KHEntgG), Artikel 3 Nr. 6 (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG) sowie Artikel 4 Nr. 1 (§ 3 Abs. 4 und Abs. 5 Sätze 4 und 5 BPfIV)

Die Regelung sieht vor, dass die Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, aufgehoben wird. Der Auftrag zur Vereinbarung der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und der anteiligen Erhöhungsrates durch die Vertragsparteien auf Bundesebene wird gestrichen.

Bewertung:

Die Streichung der Tarifrefinanzierung wird ausdrücklich begrüßt. Die bisherige Regelung entkoppelt die Tarifverhandlungen von Wirtschaftlichkeitsanreizen und führt

zu unverhältnismäßig hohen Tarifabschlüssen, da die Kosten an die Beitragszahler weitergegeben werden. Zudem sind Tarifsteigerungen über den Orientierungswert beziehungsweise den Veränderungswert bereits abgedeckt und es kommt somit zu einer unbegründeten Doppelfinanzierung.

Die Umsetzung der Streichung der Tarifraten sollte allerdings bereits für 2026 gelten, um unnötige Anreize für eine überproportionale Erhöhung der Tarifraten 2026 in den aktuellen Verhandlungen zu verhindern.

4.4 Krankenhausabrechnungsprüfung: schärfere Anreize für korrekte Rechnungen

Bei der Krankenhausabrechnungsprüfung hält der Entwurf am Prüfquotensystem fest, verschärft aber die Anreize für korrekte Abrechnungen. Die Prüfquoten als auch die Schwellenwerte hinsichtlich der Abrechnungsqualität der Krankenhäuser werden angehoben. Ab dem Jahr 2027 ist folgende Staffelung vorgesehen:

- bis zu 5% (bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen $\geq 80\%$)
- bis zu 15% (bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60-80%)
- bis zu 25% (bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen $\leq 60\%$)

Eine Prüfquotenöffnung und damit ein unbegrenzter Prüfspielraum ist möglich bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40%.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Zielsetzung des Entwurfs, den Anreiz für eine korrekte Rechnungsstellung zu stärken, indem die Prüfquoten und Schwellenwerte, ab wann welche Prüfquote gilt, angehoben werden. Die Stärkung der Wirtschaftlichkeitskontrollen sind ein wesentlicher Baustein, um die Leistungsausgaben des stationären Sektors zu dämpfen. Damit wird sichergestellt, dass GKV-Beitragsmittel ordnungsgemäß an die Krankenkassen zurückfließen, wenn der Medizinische Dienst bescheinigt, dass die Rechnung überhöht oder falsch war. Es ist richtig und wichtig, dass der aktuelle Entwurf die guten Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit für den Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfung zumindest in Teilen aufgreift.

Zur Prüfquote:

Überträgt man die aktuelle Einstufung der Krankenhäuser in der jeweilige Prüfquotenklasse auf die zukünftig vorgesehene Staffelung, hätten ca. 25% der Krankenhäuser eine Prüfquote von 15% und ca. 60% der Krankenhäuser eine Prüfquote von bis zu 25%. Aufgrund der schlechten Abrechnungsqualität sind diese neu festgelegten Prüfquotenhöhen berechtigt, aber die Betriebskrankenkassen sehen die Sinnhaftigkeit des Quartalsbezugs und der Staffelung nicht mehr, wenn 85% der Krankenhäuser eine Prüfquote von 15% und 25% hätten.

Aufgrund der hohen bürokratischen Aufwände und des zusätzlichen Konfliktpotentials bei der quartalsweisen Ermittlung der Prüfquoten, sprechen wir uns nach wie vor für eine Abschaffung des quartalsbezogenen Prüfquotensystems aus. Stattdessen sollte die Prüfquote einheitlich bei 20 Prozent festgelegt werden, da der Großteil der Krankenhäuser einen Anteil unbeanstandeter Schlussrechnungen zwischen 40% und 80% aufweist.

Positiv hervorzuheben ist, dass die automatische Erweiterung des MD-Prüfauftrages auf alle abrechnungsrelevanten Sachverhalte eines Prüffalles gesetzlich verankert werden soll. Außerdem begrüßt werden die zwei Prüfaufträge zur Fallzusammenführung und zur Stärkung des Falldialogs im Rahmen der Prüfverfahrensvereinbarung.

Eine wichtige Reformempfehlung der FinanzKommission Gesundheit ist im Referentenentwurf nicht enthalten, sollte aber unbedingt noch umgesetzt werden: die Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang der Krankenkassen. Wenn die Vorhaltebudgets faktisch immun und ein blinder Fleck der Krankenhausabrechnung bleiben, wird sich die finanzielle Wirkung der Krankenhausabrechnungsprüfung ab 2028 in etwa halbieren und werden wieder erhebliche, nicht intendierte Mehrausgaben für die GKV entstehen. Die Einführung des Vorhaltebudgets kann damit nicht budgetneutral umgesetzt werden.

Die Betriebskrankenkassen drängen darauf, die Regelung zur Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang nach § 275c Abs. 6 Nr. 3 zu streichen und klarzustellen, dass daraus resultierende Mehr- und Mindererlöse nicht ausgeglichen werden, sondern das Erstattungsvolumen bei den Krankenkassen verbleibt.

4.5 Einführung DRG-Kurzzeitfallpauschalen als Ambulantisierungsinstrument

§ 17b Abs. 2a KHG (neu)

Die Regelung erteilt den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 den Auftrag, das DRG-Vergütungssystem dahingehend weiterzuentwickeln, sogenannte Kurzzeitfallpauschalen für den Bereich von kurzen Behandlungsdauern im Krankenhaus einzuführen. Hiermit soll weiteres Potenzial für Verweildauerverkürzungen und für eine Ambulantisierung gehoben sowie unnötige Ausgaben für die Versichertengemeinschaft vermieden werden.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Einführung der DRG-Kurzzeitfallpauschalen. Krankenhausfälle können in den ambulanten Bereich verschoben werden, ohne einen gleichzeitigen Steigerungseffekt bei der Vergütung im ambulanten Bereich zu verursachen. Die intendierten Wirtschaftlichkeitsanreize in der Behandlung insbesondere hinsichtlich der Verweildauer motivieren die Krankenhäuser zu einer bedarfsgerechten Patientenversorgung. Zudem sind kostenseitige und strukturelle Anpassung innerhalb der vorgesehenen Zeitschiene in den Krankenhäusern für die Kurzlieger-Fälle gut realisierbar. Die Krankenhäuser können einschätzen, welche Fälle bereits heute Kurzlieger-Fälle sind und entsprechend ihr Leistungsportfolio dahingehend anpassen. Der notwendige Aufbau von Ambulantisierungsstrukturen wird gleichzeitig forciert.

Zudem befürworten die Betriebskrankenkassen ausdrücklich, dass die bereits seit langem kritisierten Erlösoptimierungen bei der UGVD mit der Einführung der DRG-Kurzzeitfallpauschalen entfallen. Eine vom InEK kalkulierte Pauschale unabhängig von der Verweildauer führt zusätzlich zu einem Abbau von Aufwänden durch den Wegfall der Prüfung auf UGVD.

Weiterhin ist durch die jährliche Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen ein langfristiger Einsparungseffekt bei der GKV zu erwarten.

§ 115f Abs. 2 S. 2 SGB V (Änderung)

Die Regelung besagt, dass Fälle, die mit den in § 17b Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, auf die in § 115f Abs. 2 genannten Fallzahlvorgaben anzurechnen sind.

Bewertung:

Die Änderung ist sachlogisch und nachvollziehbar.

§ 8 Abs. 5a KHEntgG (neu)

Mit der Regelung wird vorgegeben, dass die Kurzzeitfallpauschalen nicht abrechenbar sind, wenn die Leistung im Katalog für ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen (AOP-Katalog) aufgeführt ist.

Bewertung:

Die Änderung ist nachvollziehbar. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen braucht es klare Regelungen, um eine Abgrenzung zu den bereits implementierten Ambulantisierungs-Instrumenten Hybrid-DRG und AOP sowie zu weiteren Abrechnungswegen im ambulant-stationären Grenzbereich zu gewährleisten. Langfristig ist eine Vereinfachung des aG-DRG-System anzustreben.

§ 9 Absatz 1 Nr. 11 KHEntgG (neu)

Die Vertragsparteien haben gemäß dieser Regelung auf Bundesebene nähere Einzelheiten für die Kurzzeitfallpauschalen zu vereinbaren. Es sind Vorgaben zu treffen, mit denen sichergestellt wird, dass das jeweilige Krankenhaus durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitung der stationären Behandlungsfälle von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen vornimmt. Zudem sind die Folgen zu vereinbaren, sofern das einzelne Krankenhaus entgegen den Vorgaben eine Fallzahlausweitung vorgenommen hat und die festgelegte Mengengrenzung nicht eingehalten wurde.

Bewertung:

Der Hinweis des Gesetzgebers auf die drohende Fallzahlausweitung ist korrekt. Es muss aus Sicht der Betriebskrankenkassen sichergestellt werden, dass die mit Einführung der Kurzzeitfallpauschalen verbundenen Mengenanreize, kurzfristigen

Übervergütungen und drohende Wechselwirkungen im aG-DRG-System in der Ausgestaltung ausreichend Berücksichtigung finden.

Weiterhin besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser die Reduzierung der Fallmenge durch Kurzzeitfallpauschalen oder Hybrid-DRG kompensieren. Sie könnten am Ende trotz politisch gewollter Ambulantisierung und Fallreduzierung gleich viele oder sogar mehr Fälle abrechnen, um ihren bisherigen Case-Mix beizubehalten.

5. Vertragsärztliche Versorgung

5.1 Begrenzung der Höhe der Anpassung des Orientierungswerts und des Punktwerts durch die Grundlohnrate als feste Obergrenze

Dies gilt auch für die vertraglichen Vergütungsanpassungen für Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren sowie für die hausarztzentrierte Versorgung, für die zudem ein Abschlag zur Berücksichtigung der Fixkostendegression eingeführt wird.

Bewertung:

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

5.2 Der Anstieg des extrabudgetär vergüteten Ausgabenvolumens wird begrenzt.

Die Begrenzung des extrabudgetären Ausgabenvolumens soll durch verschiedene Maßnahmen erreicht werden:

- a) **Streichung von Vergütungsbestandteilen (SGB V § 87 Abs. 2a Streichung Sätze 25 und 26, Abs. 2b Satz 3 und 5 neu, Abs. 2c Satz 3 neu, Satz 8 neu, § 346 Streichung Abs. 3 und 5):**

Die Zuschläge für einen zeitnahen Behandlungsbeginn nach einer Terminvermittlung, die Zuschläge bei der psychotherapeutischen Kurzzeittherapie und die Vergütung der Beratung bei der Organspende werden abgeschafft. Ebenso wird die gesonderte Vergütung der ePA-Befüllung abgeschafft.

Bewertung:

Die Streichungen sind sachgerecht, werden ausdrücklich begrüßt und entsprechen den Forderungen des BKK-Systems.

Streichung § 346 Abs. 3 und 5:

Durch den Wegfall der in § 346 Absatz 3 bislang geregelten gesonderten Pflicht zur Unterstützung des Versicherten bei der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) entfällt auch die Grundlage für die entsprechende Vergütung im vertragsärztlichen Bereich. Das ist sachlogisch und zu begrüßen.

Gleichermaßen sollte auch die Streichung für die Befüllung in den Apotheken entfallen.

Gleichermaßen sollte auch die Streichung für die Befüllung im zahnärztlichen Bereich entfallen.

Vorschlag: Streichung § 346 Abs. 2 und 4.

b) Überführung der extrabudgetären Vergütungen nach dem TSVG in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (SGB V § 87 Abs. 3 Satz 5 bis 8 neu)

Die mit dem TSVG eingeführte extrabudgetäre Vergütung von Leistungen, die im Rahmen der Vermittlung der Terminservicestelle oder eines Hausarztes oder im Rahmen der offenen Sprechstunde erbracht wurden soll abgeschafft werden. Das bereits bereinigte Vergütungsvolumen soll in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung zurücküberführt werden.

Bewertung:

Die Rücküberführung in die MGV wird ausdrücklich begrüßt.

c) Anpassung der Systematik der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin und im Bereich hausärztlichen Versorgung (SGB V, § 87a Absätze 3c und 3d neu)

Die Vorgaben zur Anpassung der Bildung und Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bereich Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt-MGV) wird inhaltlich angepasst und an die Systematik bei der Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung angeglichen.

Sofern Leistungen im hausärztlichen oder kinder- und jugendmedizinischen Bereich nicht vollständig aus der jeweils vereinbarten MGV vergütet werden können, sollen die von den Krankenkassen zu vergütenden Ausgleichszahlungen künftig mit einem

Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen vergütet werden.

Bewertung:

Um eine Kostendämpfung zu erreichen, sollten sowohl Leistungen der Kinder- und Jugend-Medizin, als auch der hausärztlichen Versorgung innerhalb der MGV finanziert werden.

Eine Vereinheitlichung der Systematik der Entbudgetierung für den Fall, dass eine MGV-Finanzierung nicht umgesetzt werden soll, wird als sachgerecht eingeschätzt.

Die Einführung von Abschlägen auf Ausgleichszahlungen für eine allgemeine Kostendegression wird vor dem beschriebenen Hintergrund als unnötig bürokratisch eingeschätzt und könnte mit einer Überführung in die MGV ebenfalls einfacher und transparenter umgesetzt werden

d) Änderung der Systematik der extrabudgetären Vergütung (SGB V §87d neu)

Die Systematik der extrabudgetären Vergütung soll grundsätzlich angepasst werden um weitere Ausgabenanstiege zu begrenzen: Künftig sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen je eine Gesamtvergütung für das Ausgabenvolumen von Leistungen der Vorsorge und Prävention sowie eine für weitere durch Beschluss des Bewertungsausschusses EGV-finanzierte Leistungen beschließen. Die Gesamtvergütungen sind mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichten.

Diese Finanzvolumina sollen erstmalig bis zum 15. Februar 2027 festgelegt und für das Jahr 2027 in Kraft gesetzt werden. Eine Weiterentwicklung dieser Gesamtvergütungen soll anschließend jährlich bis zum 31. Oktober für das Folgejahr anhand der Versicherungszahrentwicklung, der Veränderung der Morbiditätsstruktur, der Orientierungswertanpassung und der veränderten Leistungsstruktur erfolgen. Die Weiterentwicklung grundsätzlich auf die Grundlohnsumme und für die Jahre 2027, 2028 und 2029 auf die Grundlohnsumme minus ein Prozent begrenzt.

Vollständig extrabudgetär vergütet werden sollen weiterhin nichtärztliche Dialyseleistungen, neue Leistungen innerhalb der ersten zwei Jahre, Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit sowie kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen. Der Bewertungsausschuss kann zudem Kriterien festlegen, die Leistungen erfüllen müssen, damit diese ebenfalls vollständig extrabudgetär vergütet werden können. Dabei müssen die Kriterien sicherstellen, dass die Leistungen nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen und

dies mit einer Vergütung der Leistungen innerhalb der MGV oder EGV-Gesamtvergütung nicht erreicht werden. Eine Extrabudgetäre Vergütung anhand der Kriterien ist nachzuweisen.

Bewertung:

Die Begrenzung Ausgaben für die meisten EGV-Leistungen ist sachgerecht und wird sehr begrüßt. Auch die Ermöglichung einer unbudgetierten EGV-Vergütung in Ausnahmefällen zur Förderung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit und auf Basis einer strikten Evidenzbasierung wird als sachgerecht eingeschätzt. Es wird erwartet, dass es in einzelnen Leistungsbereichen zu Leistungsverschiebungen kommen kann. Zum Beispiel könnten künftig mehr Operationen künftig als Hybrid-DRG-Leistung abgerechnet werden, da dort eine höhere und sichere Vergütung zu erwarten wäre.

Um eine ressourcenintensive erstmalige Festsetzung der beiden Gesamtvergütungen in siebzehn Kassenärztlichen Vereinigungen zu vermeiden wird vorgeschlagen, die Festsetzung der EGV- Gesamtvergütungen für das Jahr 2027 in den Aufgabenbereich des Bewertungsausschusses aufzunehmen. Dies hätte gleichzeitig den Vorteil, dass eine bundeweit einheitliche und vergleichbare Systematik bei der Festlegung der Gesamtvergütungen gewährleistet wäre.

5.3 Hausarztzentrierte Versorgung

Nr. 27, § 73b SGB V

Bei steigender Teilnehmerzahl an den Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) sind zusätzliche Leistungen mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise zu vergüten, um allgemeine Kostendegressionen bei Fallzahlsteigerungen zu berücksichtigen. Die Höhe des Abschlags sollen die Vertragspartner vereinbaren und den Teilnehmeranstieg quartalsweise mit den Zahlen desselben Quartals des Vorjahres vergleichen.

Darüber hinaus können die Einzelverträge der HzV Abweichendes von den Vorschriften des § 73b SGB V regeln, lediglich die Regelungen zur Kostendegression sind einzuhalten.

Durch die Ersetzung des Satzes 8 (neu) bzw. 5 (alt) wird die Abrechnungsprüfung nach § 106d Absatz 3 SGB V für die HzV abgeschafft.

Bewertung:

Die Einführung einer Kostendegression bei steigenden Fallzahlen wird grundsätzlich begrüßt. Eine Öffnung der Verträge der HzV über das bestehende Maß hinaus ist abzulehnen. Sachgerecht wäre eine generelle Abschaffung der Hausarztzentrierten Versorgung um Doppelvergütungen zu beenden.

Die Abrechnungsprüfung nach § 106d Absatz 4 SGB V ist zwingend erforderlich um eine Wirtschaftliche Leistungserbringung anzureizen. Die dadurch entstehenden fehlenden Prüfmöglichkeiten für die Krankenkassen begünstigen unwirtschaftliche Leistungsausweitungen, die auch mit einer Kostendegression nicht abgedeckt werden können. Eine Streichung wird strikt abgelehnt.

6. Weitere Leistungserbringer

6.1 Preis- und Vergütungssteigerungen werden auf die Grundlohnrate begrenzt.

SGB V § 111 Abs. 5 Satz 2 und 3 neu, § 111c Abs. 3 Satz 2 und 3 neu, (§§ 132a und 132l SGB V, § 125 Abs. 3 Satz 3 neu, § 133 neu, § 134a Abs. 1 Satz 2 und 3 neu, 140a Abs. 2 Satz 2 neu

Gilt für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen, insbesondere Vertragszahnärzte, Heilmittelerbringer, Hebammen, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Rettungsdienste und Krankentransportunternehmen sowie Hersteller von Hilfsmitteln und Unternehmen der medizinischen Behandlungspflege.

Bewertung:

Grundsätzlich positiv und sachlogisch, inkl. des Abschlages in Höhe von 1% in den Jahren 2027 bis 2029

Artikel 1 Nummer 52 und 53 (§§ 132a und 132l SGB V)

Das Ansinnen, etwaige Vergütungssteigerungen für den Bereich der häuslichen Krankenpflege und mithin der außerklinischen Intensivpflege auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V (n.F.) zu begrenzen und der damit verbundenen Wegfall der Verpflichtung zur vollständigen Tariffinanzierung in den jeweiligen Vergütungsverhandlungen kann unterstützt werden. Hinzuweisen ist aber darauf, dass die hier adressierten Leistungserbringer –

insbesondere die ambulanten Dienste – gleichwohl SGB XI-Leistungen erbringen und deshalb zur Versorgung gem. § 72 SGB XI zugelassen sind und folglich die hier zugrundeliegenden Tariftreue-Regelungen mit entsprechenden Refinanzierungsmechanismen gem. § 82c SGB XI versehen sind.

Da die Vergütung dieser Leistungserbringer im Zusammenhang zu sehen ist, muss die hier angedachte Regelung zwingend auch im SGB XI nachvollzogen werden, worauf der Referentenentwurf bislang nicht abzielt und auch kein Hinweis dazu geben wird, ob und wann diese notwendige Normierung rechtlich erfolgt. Ähnlich verhält es sich mit gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in vollstationären Pflegeeinrichtungen (sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe) gemäß § 132g SGB V. Insbesondere bei stationären Pflegeeinrichtungen, die gleichwohl zur Versorgung gem. 72 SGB XI zugelassen werden, erfolgt die Refinanzierung – u.a. unter Berücksichtigung der etwaigen Personalkosten – im SGB-übergreifenden Kontext. Insofern bedarf es auch in § 132g SGB V zwingend der expliziten Berücksichtigung der angedachten Maßgaben bzgl. etwaiger Vergütungssteigerungen, welche an die Grundlohnsummenentwicklung gem. § 71 Absatz 3 SGB V (n.F.) gekoppelt werden soll.

6.2 Blankoverordnung

Zu Artikel 1 Nr. 45 (§ 125a Abs. 2 Satz 2 und 3 neu SGB V)

Im Heilmittelbereich werden versorgungsbezogene Pauschalen für die Blankoverordnung für nicht vereinbarungsfähig und somit nicht durch die GKV zu finanzieren erklärt.

Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt. Bisher ist kein Nutzen der versorgungsbezogenen Pauschale auf die Heilmittelversorgung bei hohen Kosten erkennbar. Mit der Formulierung stellt der Gesetzgeber klar, dass er im Rahmen der Blankoverordnung neben der Analyse des therapeutischen Bedarfs beziehungsweise der therapeutischen Diagnostik zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags der selbständigen Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten durch den Heilmittelerbringer keine darüberhinausgehende besondere Versorgungsverantwortung sieht.

6.3 Hilfsmittel

SGB V § 36 neu, § 127 Abs. 1 Satz 1 neu, Abs. 1b neu, Abs. 4 neu

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, das Festbetragsinstrument umfassender als bisher anzuwenden, um vorhandene Wirtschaftlichkeitspotenziale effektiver auszuschöpfen. Als Übergangsregelung bis zur finanziellen Wirksamkeit dieser Maßnahmen gilt für die Jahre 2027 und 2028 ein dreiprozentiger Abschlag für die vertraglich vereinbarten Preise.

Bewertung:

Festbeträge ersetzen das Ausschreibungsverfahren nicht, so dass bedauert wird, dass dieses starke Instrument zur Förderung des Wettbewerbs nicht aufgegriffen wurde.

Die Wiedereinführung von Ausschreibung wäre ein effizientes Wettbewerbsinstrument, um die Hilfsmittelversorgung kostengünstiger und gleichzeitig qualitativ messbarer zu machen und die Beitragszahler langfristig zu entlasten. Die durch die Finanzkommission geschätzten Einsparung von bis zu 350 Mio. Euro pro Jahr werden somit nicht gehoben. Durch Mindestanforderungen an Qualität von Produkt und Dienstleistung sowie ein qualitätsorientiertes Ausschreibungsdesign, wie Mehrpartnermodelle und Gebietslose könnte eine hohe Versorgungsqualität gewährleistet werden.

Zu § 36 Absatz 2

Der gestärkte Auskunftsanspruch für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird begrüßt, um eine Festsetzung realistischer Festbeträge zu ermöglichen.

Zu § 127 Satz 1

Die im § 127 SGB V verankerte Koppelung der Vergütung an die Beitragssatzstabilität wird begrüßt. Es besteht jedoch das Risiko, dass eine konsequente Anbindung an die Grundlohnsumme (GLS) zu Mehrausgaben führt, da Leistungserbringer dadurch regelmäßige Preisanpassungen einfordern könnten, die über die bisherigen Preisanpassungen in den Verhandlungen für bestimmte Produktbereiche hinausgehen. Auch

werden Effizienzsteigerungen, die die Leistungserbringer bei der Herstellung der Produkte erzielen, in diesem Instrument nicht berücksichtigt.

Zu § 127 Absatz 1 b

Für die Wirksamkeit des Instrumentes bei Hilfsmitteln ist ein Preismoratorium bis zum Wirksamwerden der Regelung des § 127 Absatz 4 SGB V vorzusehen, um die Abschläge nicht durch Vorzieheffekte unwirksam werden zu lassen und bürokratische Verhandlungsaufwände mit eventuellen Schiedsverfahren zu vermeiden.

Weiterhin bedarf es einer Klarstellung, dass nicht nur die Vertragspreise, sondern auch Preisersatzregelungen und Versorgungspauschalen, die nicht einzelne Versorgungsleistungen konkret betreffen, sowie Einzelfallentscheidungen nach § 127 Abs. 3 SGB V davon abgedeckt sind, um nicht Ausweichmechanismen mit hohem bürokratischem Aufwand zu erzeugen.

Es wird daher folgende Ergänzung empfohlen:

„(1b) Für Hilfsmittelversorgungen nach § 33, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 1 erfolgen und im Zeitraum ... [einzusetzen: 1. Januar 2027, es sei denn, das Gesetz tritt erst danach in Kraft, dann einzusetzen: Datum des auf - 31 die Verkündung folgenden Tages] bis zum 31. Dezember 2028 begonnen haben, vermindert sich die vertraglich vereinbarte Vergütung um drei Prozent je Versorgung. Eine Versorgung gilt als begonnen, sobald der Leistungserbringer nach Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen mit der auf die konkrete versicherte Person bezogenen Versorgungstätigkeit begonnen hat. Näheres regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Umsetzungsempfehlung.“

Zu 127 Absatz 4

Die Preisbegrenzung innerhalb eines Korridors zu den Festbeträgen wird begrüßt. Die Begründungs- und Darlegungslast für Abweichungen von den Festbeträgen unterhalb des Korridors dürfte den Krankenkassen regelhaft schwerfallen, auch wenn einzelne Leistungserbringer oder Verbände diesen Vertragspreisen in Verhandlungen bereits zugestimmt haben. Die Wirtschaftlichkeit wird damit eingeschränkt. Da die Leistungserbringerverbände im Festsetzungsverfahren der Festbeträge bereits beteiligt sind, wird eine Notwendigkeit für diesen Ausschluss in den Vertragsverhandlungen außerhalb von Schiedsverfahren nicht gesehen

Änderungsvorschlag:

c) Absatz 4 wird durch folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Sofern für Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 Absatz 2 festgesetzt wurde, ist dieser den Preisverhandlungen sowie den Schiedsverfahren nach Absatz 2 verbindlich zugrunde zu legen; es gilt der bei Verhandlungsbeginn geltende Festbetrag. Die vereinbarten Preise dürfen die nach § 36 Absatz 2 festgesetzten Festbeträge in begründeten Fällen um bis zu 10 Prozent über- oder unterschreiten; bis zur erstmaligen Festsetzung neuer Festbeträge nach § 36 Absatz 3 Satz 5 dürfen die Über- oder Unterschreitungen bis zu 15 Prozent betragen. Die Begründungs- und Darlegungslast für Abweichungen von den Festbeträgen oberhalb von § 36 Absatz 2 in den Verhandlungen und Schiedsverfahren trägt die Vertragspartei, die hieraus objektiv einen Vorteil in Bezug auf das Verhandlungsergebnis erhält.“

7. Krankenkassen

7.1 Verwaltungsausgaben

SGB V § 4 Abs. 5 neu

Verwaltungsausgaben je Versicherten dürfen ab 2027 höchstens in Höhe der Grundlohnrate angepasst werden. Die Begrenzung gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik.

Bewertung:

Gerade die Krankenkassen zeichnen sich dadurch aus, dass sie schon bislang verantwortungsvoll mit den Verwaltungskosten umgegangen sind und die Ausgabenentwicklung deutlich unter der Steigerung der Einnahmenentwicklung sowie der Leistungsausgaben gehalten haben. Der vorhandene Wettbewerb um eine gute Versorgung, Services und Beratung und nicht zu Letzt des Preises setzt bereits einen intrinsischen Anreiz, so vorzugehen.

Die Begrenzung der Ausgabenzuwächse in der GKV an die Grundlohnsummenentwicklung in allen Bereichen ist dennoch ein nachvollziehbarer Schritt, damit auch die Krankenkassen ihren Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der Ausgaben leisten.

Die Verwaltungsausgaben hängen grundsätzlich von der Zahl der Versicherten ab; daher ist sachgerecht, dass die Begrenzung die Versichertenentwicklung einbezieht. Zudem ist zu berücksichtigen, wie sich die Morbiditätsstruktur der Versicherten entwickelt. Steigt in einer Krankenkasse die Morbidität besonders stark an, hätte diese Krankenkassen einen (bezogen

auf einen Versicherten) höheren Verwaltungsaufwand. Dies wird von der beabsichtigten Regelung jedoch nicht adäquat berücksichtigt.

Auch der vorliegende Gesetzesentwurf verlangt von den Krankenkassen neue Aufgaben. So ist die Regelung des modifizierten §10 SGB V mit deutlich höherem Aufwand seitens der Krankenkassen verbunden. Es könnten somit weitere Ausnahmen von der Verwaltungskostenbegrenzung sachgerecht sein.

7.2 Werbeausgaben

SGB V § 4a Abs. 3 neu, Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 neu

Für die Werbeausgaben der gesetzlichen Krankenkassen wird eine jährliche Höchstgrenze gesetzlich festgelegt.

Bewertung:

Es ist sachgerecht, dass auch die gesetzlichen Krankenkassen einen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV leisten. Dies geschieht bereits durch deutlich anteilig am Gesamtvolumen sinkende Verwaltungskosten in den letzten Jahren. Der wettbewerbliche Rahmen konnte die Verwaltungskosten anteilig am Gesamtvolumen insgesamt effektiv senken, und Wettbewerb verlangt Differenzierung und Marketing.

7.3. Außertarifliche Vergütungen

SGB V § 79 Abs. 6 neu, § 217b Abs. 2 neu, § 282 Abs. 4 neu, §410 neu, §411 neu, SGB X §35a Abs. 6a neu

Die Vergütungen für außertariflich beschäftigte Führungskräfte der Krankenkassen, der Medizinischen Dienste und der Kassenärztlichen Vereinigungen werden begrenzt.

Bewertung:

Die Absicht der vorgesehenen Regelungen ist nachvollziehbar. Allerdings sollte mit Blick auf die Länge der Bindungsfrist (6 Jahre) überprüft werden, inwiefern nicht auch bei Vorstandsgehältern und außertariflichen Verträgen Grundlohnanpassungen über mehrere Jahre bzw. Inflationsanpassungen Berücksichtigung finden sollten, um

im Wettbewerb um qualifizierte Führungskräfte ein attraktiver Arbeitgeber sein zu können.

7.4. Information über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

SGB V § 175 Absatz 4 Satz 7 neu

Künftig können Krankenkassen über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes durch ein entsprechend § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches bekanntgegebenes elektronisches Dokument informieren.

Bewertung:

Bei Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes besteht eine differenzierte, schriftliche Hinweispflicht der Krankenkassen. Die Klarstellung, dass eine elektronische Bekanntgabe des Informationsschreibens möglich ist, wird begrüßt.

Die Änderung geht jedoch nicht weit genug. Ein nicht unerheblicher Teil der Mitglieder hat die digitale Kommunikation mit der Krankenkasse noch nicht eröffnet und muss daher postalisch informiert werden. Bei geschätzten Kosten von ca. 2,00 EUR pro Brief (Porto, Druck, Papier) bedeutet dies – auch angesichts der aktuellen Dynamik und in kurzer Folge notwendig werdender Beitragssatzanhebungen – eine nicht unerhebliche wirtschaftliche Zusatzbelastung der Krankenkassen.

Die Betriebskrankenkassen plädieren für die Ermöglichung der Information ohne zwingende Formvorgaben, somit auch über die Mitgliederzeitschrift oder beispielsweise die Homepage. Die Krankenkassen blieben informationspflichtig

Darüber hinaus sind die Hinweispflichten zum Sonderkündigungsrecht bei erstmaliger Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags auf das Maß der für das Mitglied sinnvollen und hilfreichen Informationen zu beschränken. Der zwingend in die Information aufzunehmende Hinweis auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz ist unsachgerecht und zu streichen. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist eine rein rechnerische und somit keine geeignete Referenzgröße für den Vergleich unter den verschiedenen Krankenkassen. Der Hinweis auf die Möglichkeit des Wechsels in eine günstigere Krankenkasse ist ebenfalls zu streichen. Preissensible Personen vergleichen die Beitragssätze ohnehin. Mitglieder können sich unerwünscht fühlen. Dies ist ein negatives Signal, das die Krankenkassen nicht aussenden wollen.

Änderungsvorschlag:

„Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in § 175 Absatz 4 Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf das Sonderkündigungsrecht und den von der Krankenkasse zu erhebenden Zusatzbeitragssatz hinzuweisen.“

8. Evidenzbasierung

8.1 Zweitmeinungsverfahren

SGB V § 27b neu

Einführung eines Zweitmeinungsverfahrens bei bestimmten mengenanfälligen Eingriffen. Wurde keine Zweitmeinung eingeholt, erfolgt ein Anrechnungsverbot für den Arzt oder die Einrichtung, die den Eingriff durchgeführt hat. Der G-BA muss jährlich mindesten einen planbaren, mengenanfälligen Eingriff festlegen, für den ein gesetzliches Abrechnungsverbot bei nicht eingeholter Zweitmeinung greift.

Bewertung:

Positiv. Reduziert medizinisch nicht zwingend erforderliche Operationen.

8.2 Homöopathie und Anthroposophie

SGB V § 2 Abs. 1 neu, § 11 Abs. 6 neu, § 34 Abs. 3 neu

Die Erstattungsfähigkeit von Homöopathie und Anthroposophie in der GKV wird gestrichen, da deren Wirksamkeit nicht hinreichend wissenschaftlich belegt ist.

Bewertung:

Die Streichung von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz der Wirksamkeit aus dem Leistungskatalog der GKV ist nachvollziehbar.

9. Leistungsausschlüsse

9.1 Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene

SGB V § 25 Abs. 4 Satz 7 neu

Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene (§ 25 Absätze 1 und 2 SGB V): Der G-BA soll die in seiner Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie geregelten Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten auf der Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse überprüfen und ggf. anpassen und inhaltlich weiterentwickeln.

Bewertung:

Eine Überprüfung der Richtlinien und Aktualisierung ist richtig.

9.2 Hautkrebsscreening

Der G-BA wird aufgefordert, die in seiner Krebsfrüherkennungs-Richtlinie geregelten Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs anhand des aktuellen Wissensstands zu überprüfen und ggf. in ein risikobasiertes Hautkrebs-Screening zu überführen.

Bewertung:

Positiv, da Rückkehr zur Evidenzbasierung. Verhindert werden muss, dass Ärzte diese Leistung künftig gesondert zu Lasten der Patient:innen abrechnen (IGEL).

9.3 Kieferorthopädie

SGB V § 28 Abs. 2 Satz 6 und 7 neu, Abs. 2a neu, § 87 Abs. 1d neu, Abs. 2h Satz 4 neu, § 92 Abs. 1a Satz 3 und 4 neu

Die bisherige Einzelleistungsvergütung für kieferorthopädische Leistungen wird durch Pauschalen ersetzt. Die fachlichen Qualifikationsanforderungen an die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Behandlungen durchführen, werden erhöht. Zusätzlich soll der G-BA die Anspruchskriterien für kieferorthopädische Behandlungen evaluieren und die Festlegung evidenzbasierter Leitlinien für Indikationen und Kontraindikationen für Röntgenaufnahmen bei kieferorthopädischen Behandlungen prüfen.

Bewertung:

Durch höhere Qualifikationsanforderungen besteht das Risiko der Unterversorgung in Strukturschwachen Regionen. Die Versorgung in diesen Regionen muss durch eine Ausnahmeregelung sichergestellt werden.

Die Vorschläge beziehen sich auf strukturelle Änderungen die zeitlich und in der Umsetzung nicht richtig eingeordnet sind. Die Überprüfung und Anpassung der Richtlinien durch den G-BA muss nacheinander erfolgen, eine parallele Abfolge ist nicht sinnvoll. Erst danach können entsprechende Anpassung in der bestehenden Versorgung durchgeführt werden.

10. Krankengeld

10.1 Höchstbezug

SGB V, § 48 Satz 1 und 2 neu

Der Höchstbezug des Krankengelds wird unabhängig von dem Auftreten einer neuen Erkrankung auf 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren beschränkt.

Bewertung:

Vereinfachung des Verfahrens zur Ermittlung der Höchstbezugsdauer ist zu begrüßen. Der Effekt ist nicht abzusehen. Es kommt regelmäßig zu einer Benachteiligung von Versicherten, die unverschuldet zwei schwerwiegende Erkrankungen innerhalb kürzester Zeit ereilen. Der Gesetzesvorschlag bietet jedoch noch Anpassungsdarf. So sollte das „je“ im Satz 1 gestrichen werden und ein Satz 2 ergänzt werden, der die Anrechnung der Vorerkrankung der letzten drei Jahr regelt.

10.2 Absenkung Krankengeld bei Arbeitslosigkeit während Krankengeldbezug

SGB V § 47 Abs. 2a neu

Bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses während einer Erkrankung mit Krankengeldbezug wird das Krankengeld auf das Niveau des Arbeitslosengeldes I abgesenkt.

Bewertung:

Mit der Regelung soll eine sachlich nicht gerechtfertigte Besserstellung vermieden werden und eine Gleichbehandlung von Versicherten, die bereits arbeitslos sind. Ein Einsparungseffekt wird durch die Reduzierung der Höhe des Krankengeldes erzielt.

Es entsteht jedoch ein hoher Verwaltungsaufwand für Krankenkasse und BA. Die Krankenkassen sind nicht in der Lage das Arbeitslosengeld zu berechnen. Die Auszahlung des Krankengeldes verzögert sich daher. Versicherte die während Arbeitsunfähigkeit unverschuldet ihren Arbeitsplatz verlieren, werden zudem zusätzlich belastet.

10.3 Wartezeit für die Inanspruchnahme einer Wahlerklärung

SGB V § 44 Abs. 2 Satz 4 neu

Es soll eine Wartezeit für die Inanspruchnahme einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V kurz vor dem Eintritt eines absehbaren Krankheitsfalls eingeführt werden.

Bewertung:

Es wird verhindert, dass sich kurz vor dem Eintritt einer absehbaren Arbeitsunfähigkeit bzw. Eintritt der Mutterschutzfrist gegen lange Einkommensausfälle abzusichern, ohne vorher einen angepassten Beitrag zu leisten.

Ergänzend sollte aufgenommen werden, dass bei Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit der Anspruch frühestens nach Ablauf der Arbeitsunfähigkeit besteht.

10.4 Krankengeld bei Teilrentenbezug

SGB V § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 neu

Um Mitnahmeeffekte zu verhindern, sollen Versicherte, die eine Teilrente beziehen, die mehr als zwei Drittel der Vollrente beträgt, künftig keinen Anspruch auf Krankengeld mehr haben. Bislang ist es möglich, auch bei Wahl einer 99,99-prozentigen einen Krankengeldanspruch geltend zu machen.

Bewertung:

Das Krankengeld ist eine Entgeltersatzleistung, um den Lebensunterhalt zu sichern. Eine entsprechende Zielsetzung hat auch eine Altersrente. Es werden systemwidrige Mitnahmeeffekte mit dieser Regelung vermieden.

10.5 Fristverkürzung bei Antrag auf Reha oder Rente

SGB V, § 51 Abs. 1 und 2 neu

Die bisherigen Fristen nach § 51 SGB V zur Antragstellung auf rehabilitative Maßnahmen oder auf Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente werden auf 4 Wochen verkürzt.

Bewertung:

Es handelt sich um eine Gleichstellung zur Fristsetzung anderer Sozialversicherungsträger. Die Änderung dient der noch konsequenteren Umsetzung des Nachranggrundsatzes von Krankengeld im Verhältnis zur Rente.

10.6 Teilkrankengeld und Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit

SGB V §§ 44c und d neu, SGB V § 49 Abs. 1 Nr. 1 neu, § 74 Satz 1 neu, § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 neu, Abs. 4 Satz 5 neu

Für Versicherte mit nicht nur geringfügigen Erkrankungen und einer voraussichtlich länger als vier Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeit wird die Möglichkeit geschaffen, teilarbeitsunfähig zu sein und Teilkrankengeld zu beziehen.

Bewertung:

Grundsätzlich positiv, da Arbeitnehmer:innen ermöglicht wird, auch teilweise der Beschäftigung nachzukommen.

Wir erwarten aber keine kurzfristigen Einsparungen, sondern eher einen hohen Verwaltungsaufwand für die Einführung. Dies umfasst die Koordination einer Vielzahl von Schnittstellen zwischen Arbeitgebern, Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern (insbesondere Renten- und Unfallversicherung), aber auch im Verhältnis zu den bereits existierenden Instrumenten und Leistungsansprüchen (Rehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung, Lohnfortzahlung, betriebliche und tarifliche Regelungen). Fraglich bleibt auch die Nutzung.

Das Teilkrankengeld wird aus dem ausgefallenen Arbeitsentgelt geleistet. Es wird davon ausgegangen, dass hieraus regelmäßig ein wirtschaftlicher Vorteil gegenüber einem vollständigen Bezug von Krankengeld entsteht. Dies ist nachvollziehbar. Zudem ergibt sich durch die Einführung des §44 d ein doppelter Krankengeldanspruch bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankengeld sollte daher in § 44 SGB V integriert werden. Auf Grund der umfassenden Änderungen ist eine Umsetzung vor 2028 nicht realistisch.

10.7 Anspruch auf individuelle Beratung bei Bezug von Krankengeld

SGB V § 44 Abs. 4 neu

Für den Anspruch auf individuelle Beratung wird die bisherige Einwilligungslösung durch eine Erlaubnisnorm mit Widerspruchsrecht (Opt-out) ersetzt.

Bewertung:

Wir bewerten dies positiv, denn die Unterstützung der Versicherten bei Krankheit mit individuellen Angeboten der Betriebskrankenkassen wird erleichtert.

11. Innofonds

11.1. Absenkung der Finanzierung

SGB V § 92a neu gefasst

Die Finanzierung des Innovationsfonds wird ab dem Jahr 2027 dauerhaft auf 100 Millionen Euro pro Jahr abgesenkt und ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen.

Bewertung:

Wir befürworten die dauerhafte Absenkung und ausschließliche Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

11.2 Rückführung nicht verausgabter Mittel an den Gesundheitsfonds

SGB V § 92a neu, §271 Abs. 5 neu

Sämtliche seit Bestehen des Innovationsfonds angesammelten und nicht verausgabten Mittel, soweit sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, werden einmalig an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Nicht verausgabte Mittel, sofern sie nicht für andere Aufgaben gebunden sind, werden künftig regelhaft an den Gesundheitsfonds zurückgeführt.

Bewertung:

Grundsätzlich befürworten wir die Rückführung der nicht verausgabten Mittel.

Allerdings regen wir an, eine Übertragbarkeit von nicht verausgabten Fördermitteln in das nächste Jahr in Höhe von 10 % des jährlichen Fördervolumens zu gewährleisten. Damit kann eine gewisse Flexibilität bei der Antragsauswahl trotz der drastischen Kürzung des Fördervolumens ermöglicht werden. Die Begrenzung der übertragbaren Mittel auf 10 % der jährlichen Fördersumme verhindert zudem auch eine zu große Bildung von Rücklagen.

11.3 Vereinfachte Förderverfahren

SGB V § 92b Abs 1 Satz 2 neu, Abs. 2 neu, Abs. 5 Satz 1 und 2 neu

Die Förderverfahren im Innovationsfonds werden vereinfacht und somit der Bürokratieaufwand der Förderung reduziert.

Bewertung:

Das Vorhaben der Vereinfachung der Förderverfahren begrüßen wir ausdrücklich. Allerdings sehen wir die geplante Reduktion der Personalmittel der Geschäftsstelle des Innovationsfonds kritisch, da durch die Vereinfachung der Förderverfahren nicht zwingend mit einer reduzierten Anzahl von Anträgen auszugehen ist und die Aufgaben der Geschäftsstelle eher zunehmen.

12. Digitale Gesundheitsanwendungen

12.1 Höchstbetragsregelung im ersten Jahr

SGB V § 134 Abs. 1 Satz 4 und 5 neu, Abs. 5 Satz 3, 6 und 7 neu

Für das erste Jahr der Erstattung wird ein Höchstbetrag als Auffangwert für digitale Gesundheitsanwendungen eingeführt, die keiner Höchstbetragsgruppe angehören.

Bewertung:

Die Finanzkommission hat deutlich weitergehende und konsequentere Maßnahmen zur Preissteuerung empfohlen. Der Entwurf bleibt dahinter zurück und setzt stattdessen auf formal stärkere, aber faktisch wirkungsschwache Instrumente.

Höchstbeträge schaffen keinen echten Wettbewerb, sondern wirken als Zielpreise für Hersteller: Die Preise orientieren sich systematisch am oberen Rand der Regulierung. Fehlende Vergleichbarkeit von DiGA verhindert einen wirksamen Preisdruck.

12.2 Abstufungsregelung ab dem 13. Monat

SGB V § 134 Abs. 1 Satz 4 und 5 neu, Abs. 5 Satz 3, 6 und 7 neu

Für die verhandelten Vergütungsbeträge, die ab dem dreizehnten Monat gelten, wird in Form einer Abstufungsregelung eine generelle Berücksichtigung der mit steigenden Abgabemengen sinkenden Grenzkosten für digitale Produkte vorgegeben.

Bewertung:

Die Finanzkommission hat eine frühere und konsequentere Preisregulierung nahegelegt, der gefolgt werden sollte. Da der Entwurf hingegen daran festhält, dass Preisadjustierungen erst ab dem 13. Monat greifen, verbleibt das finanzielle Risiko somit vollständig bei der GKV in der sensiblen Einführungsphase. Überhöhte Preise können somit weiterhin über Monate hinweg realisiert werden, bevor Korrekturen greifen. Diese können dann aber in Fällen von Zahlungsunfähigkeiten i.S. von Insolvenzen nicht mehr realisiert werden.

Abschläge bleiben zudem pauschal und nicht am Versorgungserfolg orientiert. Strategische Ausweichreaktionen der Hersteller sind sehr wahrscheinlich zu erwarten und werden durch eine Abstufung sogar noch befeuert.

Der Entwurf ignoriert ferner die Empfehlung der Finanzkommission, Zuzahlungen für die DiGA einzuführen und verzichtet damit auf ein Steuerungsinstrument zulasten von Eigenverantwortung und nachhaltiger Ausgabenentwicklung. DiGA zeichnen sich durch eine freiwillige Inanspruchnahme sowie eine heterogene Nutzung und Nutzenbewertung aus. Eine differenzierte Einbindung von Zuzahlungen – etwa sozial ausgewogen gestaltet und an klare Kriterien geknüpft – könnte hier also durchaus einen sinnvollen Beitrag leisten, um die Ausgabendynamik in diesem wachsenden

Leistungsbereich besser zu steuern und zugleich die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken, ohne sie unangemessen finanziell zu belasten.

13. Belastungen für Patientinnen und Patienten

13.1 Zuzahlungserhöhungen

SGB V § 61 neu

Die Zuzahlungsgrenzen und -beträge werden um 50 Prozent angehoben. Zudem erfolgt künftig eine Dynamisierung der Zuzahlungsgrenzen und -beträge auf Basis der Grundlohnrate.

Bewertung:

Eine Erhöhung der Zuzahlungen erscheint zwar als probates Mittel, sie negiert jedoch, dass gerade die Beitragszahlenden und vor allem Patient:innen in den vergangenen Jahren bereits durch hohe Beitragssätze belastet waren. Selbst mit einem Beibehalt der Belastungsgrenzen erfolgt eine Mehrbelastungen insbesondere multimorbider Versicherter, die ggf. notwendige medizinische Maßnahmen nicht mehr in Anspruch nehmen, was zu einer Verschlechterung der Versorgung beitragen würde.

13.2 Kranken- und Kinderkrankengeldabsenkung

SGB V § 45 Abs. 2 Satz 3 neu, § 47 Abs. 1 Satz 1 und 2 neu

Die Höhe des Krankengeldes und des Kinderkrankengeldes wird um 5 Prozentpunkte reduziert.

Bewertung:

Eine Reduzierung wird kurzfristig die Ausgaben im Krankengeldbereich reduzieren. Durch Lohnanpassungen wird dieser Effekt jedoch nicht langfristig wirken, so dass in den darauffolgenden Jahren die Ausgaben wieder steigen werden.

13.3 Zahnersatz

SGB V § 55 Abs. 1 neu, Abs. 2 Satz 1 neu, Abs. 5 Satz 6 neu

Die Anhebung für Festzuschüsse beim Zahnersatz wird rückgängig gemacht.

Bewertung:

Durch ein Absenken der Festzuschüsse beim Zahnersatz erhöht sich der Eigenanteil der Versicherten. Diese Mehrbelastungen der Versicherten lehnen wir ab, notwendige zahnmedizinische Maßnahmen könnten teilweise nicht mehr in Anspruch genommen werden und so zu einer Verschlechterung der Versorgung beitragen und in den Folgejahren höhere Kosten verursachen.

14. Belastungen für Arbeitgeber und Mitglieder

14.1 Geringfügige Beschäftigung

SGB V 249b Satz 1 neu, SGB X §20 Abs. 2a Satz 2 neu

Künftig wird der Beitragssatz für den vom Arbeitgeber aus einer geringfügigen Beschäftigung zu tragender Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung anhand des allgemeinen Beitragssatzes und des jeweils für das betreffende Jahr bekanntgegebenen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes berechnet und somit an den durchschnittlich bei versicherungspflichtigem Beschäftigungsverhältnis geltenden Beitragssatz angeglichen.

Bewertung:

Die Regelung belastet die Arbeitgeber und sollte vor dem Hintergrund der aktuellen wirtschaftlichen Situation überdacht werden.

14.2 Beitragsbemessungsgrenze

SGB V 223 Abs. 3 und 4 neu

Im Jahr 2027 wird die monatliche Beitragsbemessungsgrenze einmalig zusätzlich um rund 300 Euro angehoben und der Abstand zur Versicherungspflichtgrenze damit in etwa halbiert.

Bewertung:

Die finanzielle Situation der GKV hat sich in den vergangenen Jahren aufgrund der sehr dynamischen Ausgabendynamik verschlechtert. Die Maßnahme erhöht wiederum die Einnahmen der GKV und reduziert somit partiell den Konsolidierungsbedarf bei den Ausgaben.

Arbeitnehmer in der GKV oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (die zugleich somit oberhalb der BBG verdienen) sowie alle übrigen freiwillige Mitglieder oberhalb der BBG haben mit der Neuregelung einen zusätzlichen finanziellen Anreiz, in die private Krankenversicherung (PKV) abzuwandern. Dabei haben jene Personen mit aktuell unterdurchschnittlicher Morbidität einen besonders großen Anreiz, in die PKV zu wechseln. Diese Personengruppe trägt jedoch im Status quo maßgeblich zur Finanzierung bei. Damit wird die GKV weiter ausgehöhlt. Gleichzeitig werden die Arbeitgeber zusätzlich belastet.

Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten, ist außerdem zwingend die Versicherungspflichtgrenze in gleichem Umfang anzuheben, statt den Abstand zu reduzieren.

14.3 Beitragsfreie Familienversicherung

SGB V § 3 Satz 3 und 4 neu, § 10 Abs. 6 neu, § 242b neu, § 250 Abs. 4 neu

Die kostenfreie Familienversicherung soll dahingehend begrenzt werden, dass nur noch Ehe- und Lebenspartner mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, mit zu pflegenden Angehörigen sowie nach Erreichen der Regelaltersgrenze greift. Für alle anderen familienversicherten Ehe- und Lebenspartner hat das Mitglied künftig einen Beitragszuschlag in Höhe von 3,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen zahlen.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen lehnen die vorgesehene Änderung entschieden ab. Auch hier wird ein solidarisches Grundprinzip der GKV ausgehöhlt und die Attraktivität der PKV im Wettbewerb gestärkt.

Nicht in die Zeit passt diese Regelung ferner, weil sie dem Credo des Bürokratieabbaus widerspricht: Unternehmen, Versicherte und Kranken- und Pflegekassen werden mit erheblichen zusätzlichen Aufgaben belastet. Auch Arbeitgeber, weitere

beitragsabführende sowie meldepflichtige Stellen und die Pflegekassen der Pflegebedürftigen werden von der zusätzlichen Bürokratie gewaltig belastet werden.

Dies gilt zum einen hinsichtlich der Datenerhebung zwecks Prüfung der Zugehörigkeit des privilegierten Personenkreises. Zum anderen sieht die Änderung vor, dass das Stammmitglied einen Zuschlag in Höhe von 3,5 Prozent der Beitragsbemessungsgrundlage zu entrichten hat. Unklar ist, wie der Einzug des Beitragszuschlags erfolgen soll:

- Hätte bei Vorhandensein einer beitragsabführenden Stelle diese den Beitragszuschlag als Teil des Krankenkassenbeitrags abzuführen, entstünden enorme Aufwände insbesondere im Rahmen der Entgeltabrechnung bei den Arbeitgebern.
- Wären die Krankenkassen für den Einzug des Beitragszuschlags verantwortlich, müssten diese bei abhängig Beschäftigten Stammmitgliedern künftig monatlich die Entgeltabrechnungen beim Arbeitgeber anfordern.

Die damit verbundene Bürokratiebelastung für Unternehmen wäre weitaus größer als seinerzeit die Umsetzung des Beitragsabschlags für Eltern von mehr als einem Kind in der sozialen Pflegeversicherung (PUEG). Der Wirtschaftsstandort Deutschland würde noch unattraktiver.

Sinnvoller dürfte aus Arbeitgebersicht eine Pauschalierung des zu zahlenden Beitrags sein, beispielsweise ein gewisser Prozentsatz der Bezugsgröße in der Sozialversicherung. Alternativ wäre auch denkbar, nach Ablauf eines Jahres elektronische GKV-Monatsmeldungen beim Arbeitgeber anzufordern, um den Beitragszuschlag zumindest für Arbeitnehmende auf dieser Grundlage festzusetzen. Hier wäre der deutliche zeitliche Versatz zu bedenken.

Sollte an der Einschränkung der beitragsfreien Familienversicherung festgehalten werden, könnte der betreffende Personenkreis in einen eigenständigen Versicherungstatbestand überführt werden.

Die Krankenkassen haben die Ausnahmetatbestände gemäß § 242b im Rahmen der sogenannten FAMI-Bestandspflege zu erheben, die allerdings zeitversetzt erfolgt. Dadurch wären Beitragszuschläge regelmäßig nachträglich zu erheben. Soweit die Abführung des Beitragszuschlags in der Verantwortung der beitragsabführenden Stelle läge, wäre zu beachten, dass der rückwirkende Beitragseinbehalt zulasten des Stammmitglieds kaum möglich ist. Damit würden Arbeitgeber als Beitragsschuldner

regelmäßig mit Beitragsnachzahlungen belastet. Diese könnten sie nur unter bestimmten Umständen vom Arbeitsentgelt einbehalten, so dass sie die Differenz aus eigener Tasche zahlen müssten.

Die Berücksichtigung nicht nur eigener Kinder des familienversicherten Ehe-/Lebenspartners, sondern auch der Kinder des Stammmitglieds honoriert in sogenannten Patchwork-Familien die Erziehungsleistung des familienversicherten Ehegatten. Die Voraussetzung der Haushaltsaufnahme in § 242b Satz 1 Nummer 1 jedoch ist zu kleinteilig. Es sollte die Feststellung genügen, dass der Familienverbund familienversicherte Kinder hat. Der Verzicht auf die Prüfung der Haushaltsaufnahme würde den Verwaltungsaufwand zumindest in gewissem Maße reduzieren.

Bezüglich der Berücksichtigung von nicht-erwerbsmäßiger Pflege ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenkasse des Stammmitglieds regelhaft keine Informationen darüber hat, ob der familienversicherte Ehe- bzw. Lebenspartner jemanden pflegt. Diese Informationen wären im Rahmen der jährlichen FAMI-Bestandspflege von den Krankenkassen nun neu und zusätzlich zu erheben. Aller Voraussicht nach würde die Krankenkasse der familienversicherten Pflegeperson die Pflegekasse des/der Pflegebedürftigen schriftlich kontaktieren, um die Angaben des Stammmitglieds zu verifizieren. Oftmals sind der Pflegekasse insbesondere bei mehreren Pflegepersonen nicht alle bekannt. Dadurch würde die bereits heute hohe Arbeitsbelastung auch in den Pflegekassen weiter zunehmen. Auch dies widerspricht der Intention des Gesetzgebers, die Verwaltungskosten der Kranken- und Pflegekassen im Rahmen zu halten. Zu bedenken wäre etwaiges Missbrauchspotential: Die Eintragung als Pflegeperson erfolgt initial durch Eigenerklärung der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen. Anlassbezogen wären von den Krankenkassen etwaige Pflegegutachten bei den Pflegekassen anzufordern und zu prüfen.

Auch wenn die in § 242b genannten Ausnahmen sozialpolitisch gerechtfertigt erscheinen, dürften die erwarteten Mehreinnahmen durch den Verwaltungsmehraufwand insbesondere der Krankenkassen aufgezehrt.

Zudem bleiben Personenkreise unberücksichtigt, für die sich eine beitragsfreie Familienversicherung aus sozialen Gesichtspunkten ebenfalls rechtfertigen ließe. Dies gilt zum Beispiel für erwerbsgeminderte Ehe- und Lebenspartner ohne Rentenbezug, die bislang beitragsfrei abgesichert sind.

Mit der vorgesehenen Änderung fallen das Beitragsrecht der Krankenversicherung und das Beitragsrecht der Pflegeversicherung weiter auseinander.

Die beitragsfreie Familienversicherung spielt bei der Wahl zwischen der GKV und der PKV eine bedeutsame Rolle. Die Wechselbereitschaft gutverdienender Stammmitgliedern zugunsten der privaten Krankenversicherung dürfte sich bereits durch die außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Absatz 4 neu) erhöhen. Die beitragsfreie Familienversicherung stellt bislang einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil der GKV-Solidargemeinschaft dar, der nun für einen gewissen Personenkreis wegfallen würde. Die GKV würde durch die Abwanderung von Hochverdienenden in die private Krankenversicherung finanziell weiter belastet. Dies konterkariert das Ziel der Stärkung der GKV.

Je nach Ausgestaltung der Umsetzung müssten die Krankenkassen den Beitragszuschlag jedenfalls bei selbstzahlenden Mitgliedern direkt erheben und betreiben. Hier bedürfte es eines neuen Prozesses. Bei fehlender Mitwirkung der Betroffenen würden zusätzliche Mahn- und Vollstreckungskosten die Verwaltungskosten der Krankenkassen ansteigen lassen. Die Prüfung der Beitragsfreiheit bzw. Beitragspflicht des familienversicherten Ehegatten würde auch beinhalten, dass bei Nichtmitwirkung der Beitragszuschlag sanktionierend festgesetzt würde oder die Familienversicherung würde zugunsten einer obligatorischen Anschlussversicherung mit Höchstbeitrag in der Kranken- aber nicht in der Pflegeversicherung beendet. Ein negativer Effekt dürfte sich damit auch in Bezug auf die Beitragsschulden zeigen.

Bezüglich der Beitragsfreiheit von familienversicherten Ehe- bzw. Lebenspartnern, die die Regelaltersgrenze überschritten haben, sieht der Referentenentwurf lediglich die Regelaltersgrenze nach § 235 SGB VI vor. Diese ist allerdings nicht die regelhafte Altersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung und bezieht sich nur auf Personen, die vor dem 1. Januar 1964 geboren sind. Insoweit wäre die Regelaltersgrenze im Sinne des § 35 SGB VI zu ergänzen.

Die Änderungen werden einen erhöhten Informations- und Beratungsbedarf bei den Betroffenen bewirken. Auch diesen werden die Krankenkassen aus eigenen Mitteln zu bestreiten haben. Dies sollte bei der Bezifferung der Mehreinnahmen bedacht werden.

Wie die Rechtsänderungen helfen sollen, substanzielle Mehreinnahmen zu generieren und Verwaltungskosten einzusparen, ist nicht erkennbar.

15. Darlehen

SGB V §221 Abs. 4 neu

Der einzige Beitrag, den der Bundeshaushalt leistet, ist die Verschiebung der Rückzahlung der Darlehen aus den Jahren 2023, 2025 und 2026 an die GKV. Sie müssen nun erst in den Jahren 2035 bis 2039 zurückgezahlt werden.

Bewertung:

Viel zu wenig, wenn man bedenkt, dass sich der Bundeshaushalt jedes Jahr 10 Mrd. Euro (laut FinanzKommission sogar 12 Mrd. Euro) aus der GKV nimmt, um die Beiträge der Bürgergeldbeziehenden zu finanzieren.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

1. Elektronischer Datenaustausch zwischen der Finanzverwaltung und den Krankenkassen für Zwecke der Beitragsbemessung und zur Feststellung des Gesamteinkommens im Sinne der Regelungen zur Familienversicherung

Zur Beitragsbemessung in der freiwilligen Krankenversicherung und in der sogenannten Auffangpflichtversicherung werden bislang Einkommensnachweise in Schriftform erbracht. Auch vor dem Hintergrund des daraus resultierenden kostenintensiven Verwaltungsaufwandes ist eine Digitalisierung dieses Prozesses aus Sicht der Betriebskrankenkassen dringend geboten. In dem bisher papierhaften Verfahren fordern die Krankenkassen – teils erfolglos – die Einkommensteuerbescheide bei den Mitgliedern an. Dieses Verfahren sollte zugunsten eines maschinellen Dialoges mit den Finanzämtern eingestellt werden. Auf Anforderung der Krankenkasse, also nur bei Bedarf, sollten entsprechende Einkommensdaten durch die Finanzverwaltung in elektronischer Form übermittelt werden.

Der Bundesrat hatte bereits einen ähnlichen Vorschlag in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 23. November 2018 unterbreitet (Bundesratsdrucksache: 504/18, Ziffer 39). Dieser wurde seinerzeit jedoch nicht aufgegriffen. Ein ähnlicher Vorstoß im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) verankert. Auch dieser Vorstoß scheiterte im damaligen Gesetzgebungsverfahren.

Eine beitragsrechtliche Einstufung aufgrund der vom Finanzamt übermittelten Daten des Einkommensteuerbescheides und somit anhand der tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Betroffenen würde das Verfahren nicht nur effizienter gestalten. Dadurch würde auch die Anzahl der Personen deutlich reduziert, deren Beitragseinstufung aufgrund fehlender Mitwirkung nach den Maßgaben des § 240 SGB V unter Zugrundelegung der Beitragsbemessungsgrenze erfolgt. Dies würde auch dem Zweck dienen, die (teilweise fiktiven) Beitragsschulden der Betroffenen

zu senken. Ein Ansinnen, dass das Bundesministerium für Gesundheit seit geraumer Zeit aktiv verfolgt.

In diesem Zusammenhang sollte auch vorgesehen werden, dass die Krankenkassen im Rahmen dieses Dialogverfahrens zwecks Prüfung des Gesamteinkommens nach § 10 SGB V derartige Daten anfordern können.

Die Betriebskrankenkassen plädieren erneut dafür, eine entsprechende Rechtsgrundlage für den Datenaustausch der Krankenkassen mit der Finanzverwaltung zu schaffen. Dadurch kann spürbar unnötige Bürokratie sowohl bei den Kunden als auch bei den Krankenkassen entfallen.

Insoweit kann auf die Formulierung im vorgenannten Referentenentwurf zum GVWG zurückgegriffen werden:

„ § 206a

Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13

(1) Die zuständige Finanzbehörde hat der Krankenkasse für das freiwillig versicherte oder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 versicherungspflichtige Mitglied auf elektronische Anforderung unverzüglich Datum und Veranlagungszeitraum seines für die Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensteuer- oder Einkommensteuervorauszahlungsbescheids, die Art des Steuerbescheids, die Erläuterungen zu den Festsetzungen

im Steuerbescheid sowie die jeweils im Einkommensteuerbescheid oder im Einkommensteuervorauszahlungsbescheid ausgewiesenen, für die Beitragsbemessung erforderlichen Beträge der Einkünfte aus

- 1. nichtselbstständiger Arbeit (Bruttoarbeitslohn und Betrag der Werbungskosten),*
- 2. selbständiger Arbeit,*
- 3. Gewerbebetrieb,*
- 4. Vermietung und Verpachtung,*
- 5. Land- und Forstwirtschaft,*
- 6. Kapitalvermögen, sowie*
- 7. die Einkünfte nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 Einkommenssteuergesetz mit Ausnahme der nach den §§ 201 und 202 meldepflichtigen Einkünfte, die Korrekturbeträge im Sinne des § 2 Absatz 5a Satz 1 Einkommenssteuergesetz und*

*9. den Betrag der nach § 10 Absatz 1 Nummer 5 Einkommenssteuergesetz abziehbaren Kinderbetreuungskosten, sofern Einkünfte nach den Nummern 2, 3 oder 5 vorliegen,
in elektronischer Form zu übermitteln.*

Die Anforderung der Krankenkasse bei der Finanzbehörde nach Satz 1 ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied der Anforderung innerhalb von vier Wochen nach Hinweis durch die Krankenkasse widerspricht und innerhalb dieser Frist selbst Auskunft über seine Einnahmen erteilt sowie die erforderlichen Nachweise vorlegt. Für die jährlich wiederkehrenden Einkommensabfragen während der laufenden Mitgliedschaft ist das Verfahren nach den Sätzen 1 und 2 anzuwenden, es sei denn, das Mitglied hat zuvor ausdrücklich erklärt, dass es der automatisierten Abfrage der Einkommensdaten bei den Finanzbehörden auch für die Zukunft bis auf Widerruf zustimmt. Das Recht zu elektronischer Anforderung der zur Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensdaten nach Satz 1 schließt auch die Anforderung der Steueridentifikationsnummer des Mitglieds mit ein, wenn diese der Krankenkasse noch nicht bekannt ist. Die zuständige Finanzbehörde hat der Krankenkasse auf Grundlage der elektronischen Anforderung unverzüglich die Steueridentifikationsnummer des Mitglieds in elektronischer Form zu übermitteln. Eine erneute Datenanforderung der Krankenkasse zu den Daten eines Änderungsbescheids ist entbehrlich, wenn zuvor bereits die Daten des Vorbescheids aufgrund einer Anforderung nach Satz 1 übermittelt worden sind; die Mitteilung durch die Finanzbehörde erfolgt in diesem Fall unverzüglich nach Erteilung des Änderungsbescheids. § 30 der Abgabenordnung steht den Regelungen nach Satz 1 bis 6 nicht entgegen.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die im Einkommensteuerbescheid ausgewiesenen Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners des Mitglieds, der nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, es sei denn, das Mitglied oder der Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds widerspricht der Anforderung durch die Krankenkasse innerhalb von vier Wochen und erteilt innerhalb dieser Frist selbst Auskunft und legt die erforderlichen Nachweise vor. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 haben die Finanzbehörden auch Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners aus gesetzlicher Rente und Versorgungsbezügen mitzuteilen.

(3) Eine Anforderung nach Absatz 1 und 2 ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied innerhalb der Auskunftsfrist nach Absatz 1 Satz 2 erklärt, über beitragspflichtige Einnahmen zu verfügen, die die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten. Dies gilt nicht, wenn für die einzelnen beitragspflichtigen Einnahmen unterschiedliche Beitragsätze maßgeblich sind.

(4) Die Anforderung der Einkommensdaten und der Steueridentifikationsnummer durch die Krankenkasse sowie die Rückmeldung der Finanzbehörde erfolgen durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung. Das Nähere zu den Datensätzen, dem Verfahren und den zu übermittelnden für die Beitragsbemessung erforderlichen Daten regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen zu genehmigen sind.“

2. Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen

§ 39 KHG

§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG

§ 5 Absatz 2a KHEntgG

Die Finanzkommission Gesundheit hat in ihrem Bericht die Streichung der im Zuge der geplanten Einführung der Vorhaltefinanzierung im KHVVG eingeführten, zusätzlichen Fördertatbestände für einzelne Leistungsbereiche empfohlen. Dies betrifft die Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin (§39 KHG) sowie für Koordinierungs- und Vernetzungsleistungen und die Hochschulmedizin. Auch die Streichung der Erhöhung bereits etablierter Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung (§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG) und für Krankenhäuser in ländlichen Regionen (§ 5 Absatz 2a KHEntgG) soll wieder zurückgenommen werden.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist diese Maßnahme zu begrüßen und sollte durch den Gesetzgeber umgesetzt werden. Die Zuschläge führen dazu, dass außerhalb der bestehenden Vergütungssystematik parallele Vergütungsstrukturen etabliert und verfestigt werden. Das bestehende Vergütungssystem wird dadurch zunehmend aufgeweicht. Durch die pauschalen Zuschlagsgrößen entsteht außerdem die Gefahr einer Über- und Doppelvergütung. Stattdessen sollten die Kosten innerhalb der DRG-Fallpauschalen adäquat abgebildet werden.