Stellungnahme
der Bundesärztekammer

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG)

(Ausschussdrucksache 21(14)107 vom 05.10.2026)

Berlin, 12.10.2026

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs ... 3

2. Stellungnahme im Einzelnen ... 4

Änderungsantrag 1 ... 4

Umsetzung der Entschließung zur Psychotherapie (§§ 92, 87a, 87b, 87d SGB V) ... 4

Leistungen des ambulanten Operierens einschließlich Begleitleistungen außerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (§ 87d Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 SGB V-E) ... 5

Übergangsregelung Hybrid-DRG (§ 115f SGB V, § 17b KHG) ... 5

Änderungsantrag 2 ... 7

Streichung des Fixkostendegressionsabschlags in der HzV und bei Haus- und Kinderärzten (§§ 73b, 87a, 87b SGB V) ... 7

Änderungsantrag 3 ... 7

Einführung einer Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser mit geringen Auffälligkeiten in der Krankenhausabrechnung (§ 275c SGB V) ... 7

Änderungsantrag 4 ... 9

Rechnungszuschlag ab 2027 für nicht-universitäre somatische und psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser; Rechnungszuschlag 2027 für Universitätskliniken und ab 2028 stattdessen Erhöhung Zuschlag für spezielle Vorhaltung von Universitätskliniken (§ 8 KHEntgG, § 38 KHG, § 8 BPflV) ... 9

Änderungsantrag 8 ... 9

DiGA-Vergütungsabschläge (§ 134 SGB V, Anlage 4 DiGAV) ... 9

Änderungsantrag 10 ... 10

Prüfungen des Medizinischen Dienstes bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (§§ 115g, 275a, 276, 278, 280, 283 SGB V) ... 10

3. Ergänzender Änderungsbedarf ... 11

Präventionsleistungen außerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (§ 87d SGB V-E) ... 11

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Mit den Änderungsanträgen zur Reform der Notfallversorgung sollen Korrekturen an den mit dem am 10. Juli 2026 beschlossenen GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) eingeführten Vorgaben vorgenommen und zugleich neue Maßnahmen für den ambulanten und stationären Versorgungsbereich umgesetzt werden.

Die Bundesärztekammer unterstützt, dass mit den Änderungsanträgen zumindest ein Teil der aus Sicht der Ärzteschaft problematischen Vorgaben des BStabG korrigiert werden soll. Neben sinnvollen und zu begrüßenden Anpassungen enthalten die Änderungsanträge jedoch auch Regelungen, die erhebliche Fehlanreize setzen, zu unerwünschten Fehlentwicklungen führen bzw. den Zielen einer bedarfsgerechten und sektorenübergreifenden Versorgung entgegenwirken können.

Positiv hervorzuheben sind insbesondere die im Änderungsantrag 4 vorgesehenen zusätzlichen Mittel für die Krankenhäuser, die angesichts der anhaltend schwierigen wirtschaftlichen Lage vieler Kliniken dringend benötigt werden.

Von Bedeutung ist zudem die geplante Streichung des Fixkostendegressionsabschlags für die Hausarztzentrierte Versorgung sowie für entbudgetierte Leistungen in der haus- und kinderärztlichen Versorgung. Eine bedarfsgerechte Ausweitung der hausärztlichen Versorgung darf nicht durch nachgelagerte Vergütungsabschläge wirtschaftlich sanktioniert werden.

Auch die vorgesehene Ausweitung der Entbudgetierung in der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher wird von der Bundesärztekammer positiv bewertet. Allerdings greifen die Änderungen der vorgesehenen extrabudgetären Vergütung der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen und dringlicher psychotherapeutischer Akutbehandlungen zu kurz. Der Ansatz verengt die extrabudgetäre Vergütung zu stark auf psychotherapeutische Leistungen. Schwer psychisch kranke Menschen brauchen häufig eine komplexe, berufsgruppenübergreifende Versorgung. Diese darf nicht auf Psychotherapie reduziert werden. Entscheidend muss auch hier der tatsächliche medizinische Versorgungsbedarf sein.

Die Bundesärztekammer begrüßt auch die vorgesehene Korrektur, wonach Leistungen des ambulanten Operierens einschließlich der entsprechenden Begleitleistungen künftig weiterhin extrabudgetär und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden sollen. Gleichzeitig sollte die extrabudgetäre Vergütung dringend unter anderem auch wieder auf Präventionsleistungen ausgeweitet werden.

Als besonders problematisch beurteilt die Bundesärztekammer hingegen die geplante Abschaffung der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ab dem Jahr 2027. Die geplante Neuausrichtung des bisherigen Vergütungssystems soll eingeführt werden, bevor die Ergebnisse der gesetzlich vorgesehenen Evaluation, deren Bericht erstmals zum 31. Dezember 2026 vorgelegt werden soll, angemessen ausgewertet und für die Weiterentwicklung der Hybrid-DRG genutzt werden können. Hierbei wird die geplante Regelung zu relevanten Fehlanreizen in Richtung einer stationären Behandlung von Leistungen führen, bei denen eigentlich eine Förderung der ambulanten Erbringung erforderlich wäre. Die Regelung belastet niedergelassene Ärztinnen und Ärzte massiv, erzeugt erhebliche Planungsunsicherheit und gefährdet getätigte Investitionen in ambulante Strukturen. Darüber hinaus wird auch das Vertrauen in verlässliche gesundheitspolitische Rahmenbedingungen erheblich beeinträchtigt. Um die Ambulantisierung medizinisch geeigneter Leistungen nachhaltig zu fördern, sollte daher aus

Sicht der Bundesärztekammer die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der sektorengleichen Vergütung im Vordergrund stehen.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Änderungsantrag 1

Umsetzung der Entschließung zur Psychotherapie (§§ 92, 87a, 87b, 87d SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird die entsprechend zum BStabG gefasste Entschließung umgesetzt und die extrabudgetär zu vergütenden psychotherapeutischen Leistungen ausgeweitet. Dies betrifft die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, schwer psychisch kranke Versicherte und dringlich zu behandelnde psychotherapeutische Akutbehandlungen, sowie eine Bereinigungsvorgabe, soweit Leistungen bislang innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet wurden. Zur Festlegung von Kriterien zur Feststellung der Dringlichkeit erhält der G-BA einen entsprechenden Auftrag. Darüber hinaus wird in der Honorarverteilung vorgesehen, dass bei begonnenen Behandlungen keine Maßnahmen zur Mengenbegrenzung angewandt werden dürfen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Bei Kindern und Jugendlichen neben der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung auch die psychotherapeutische Versorgung von der morbiditätsorientieren Gesamtvergütung auszunehmen, ist stimmig. Die grundsätzliche Position der Bundesärztekammer, dass Budgetierung in allen Versorgungsbereichen nicht der richtige Weg ist, bleibt davon unberührt.

Ausnahmen von der Budgetierung dürfen im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung nicht ohne fachlichen Grund einzelne Behandlungsverfahren herausgreifen. Bei schwer psychisch erkrankten Erwachsenen ist es daher nicht nachvollziehbar, eine Ausnahmeregelung nur auf einen methodischen Ausschnitt der Versorgung zu begrenzen.

Die Versorgung von psychischen Erkrankungen lässt sich nicht auf psychotherapeutische Behandlungsmethoden begrenzen. Gerade für schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten stellt die ambulante Psychotherapie nur ein mögliches Element der komplexen Versorgung dar. Neben der Psychotherapie müssen u. a. die psychiatrische oder psychosomatische Differenzialdiagnostik, die pharmakologische Behandlung, weitere Therapieformen wie z. B. die sozialmedizinische Versorgung sichergestellt sein. Dies gilt auch für die koordinierenden Leistungen, die der Änderungsantrag von der Entbudgetierung ausnehmen will. Eine einseitige Fokussierung auf die Psychotherapie benachteiligt schwer erkrankte Patientinnen und Patienten, bei denen andere Formen der Behandlung erforderlich sind.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dass die tatsächliche, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung extrabudgetär vergütet wird, dies aber unabhängig davon, welche Behandlungsform (psychotherapeutisch oder anderweitig) jeweils erforderlich ist. Dies verhindert eine Ausgrenzung schwer kranker

Patienten, die aktuell eine andere Behandlung als Psychotherapie benötigen, und fördert zugleich eine strukturierte und koordinierte Versorgung.

Zu empfehlen ist, den Auftrag an den G-BA zu überdenken, neben den bereits bestehenden Kriterien für die Schwere einer psychischen Erkrankung zusätzlich Kriterien für die „Dringlichkeit" der Behandlung zu entwickeln. Abgesehen davon, dass auch hier die einseitige Bindung an die „psychotherapeutische Sprechstunde" fehlgeht, dürften solche Kriterien in Abgrenzung zur Erkrankungsschwere fachliche und ethische Fragen aufwerfen und praktisch schwer operationalisierbar sein.

Leistungen des ambulanten Operierens einschließlich Begleitleistungen außerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (§ 87d Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung des § 87d wird unter Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 eine relevante Korrektur gegenüber dem BStabG vorgenommen. Leistungen des ambulanten Operierens einschließlich der entsprechenden Begleitleistungen, die aufgrund einer Empfehlung des Bewertungsausschusses ab dem 1. Januar 2026 außerhalb der MGV vergütet werden, sollen auch künftig außerhalb der MGV mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

Begründet wird dies mit dem Ziel der weiteren Förderung der Ambulantisierung. Leistungen des ambulanten Operierens, die von Vertragsärzten erbracht werden, sollen damit identisch behandelt werden mit den von Krankenhäusern erbrachten Leistungen des ambulanten Operierens und mit Hybrid-DRG-Leistungen im Jahr 2027, da Krankenhäuser hier keiner Mengenbegrenzung unterliegen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt diese Korrektur des BStabG, da eine Budgetierung in diesem Leistungsbereich den Anreiz zur Ambulantisierung deutlich schwächen würde. Vor dem Hintergrund der allgemein angestrebten Ambulantisierung bedarf es darüber hinaus einer gezielten Förderung des Aufbaus und der Weiterentwicklung bedarfsgerechter ambulanter Versorgungsstrukturen.

Zudem sollte auch die Vergütung von Präventionsleistungen, die aufgrund einer Empfehlung des Bewertungsausschusses ab dem 1. Januar 2026 außerhalb der MGV vergütet werden, künftig weiterhin außerhalb der MGV mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Daneben sollte eine Vergütung außerhalb der MGV auch für weitere Leistungen geprüft werden (s. 4. Ergänzender Änderungsbedarf).

Übergangsregelung Hybrid-DRG (§ 115f SGB V, § 17b KHG)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehenen Änderungen soll das bisherige System der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) zum 1. Januar 2028 abgelöst werden, wobei ab dem Kalenderjahr 2027 eine Trennung in Leistungen mit und ohne Übernachtung erfolgen soll.

Leistungen des Hybrid-DRG-Katalogs, die ohne Übernachtung erbracht werden, sollen ab 2027 nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5

SGB V vergütet werden. Die Vergütung erfolgt damit auf Grundlage der regionalen EBM-Preise, wobei die Regelung sowohl für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als auch für Krankenhäuser gilt.

Ab 2027 sollen stationär erbrachte Leistungen des Hybrid-DRG-Katalogs, die mit mindestens einer Übernachtung erbracht werden, mit der kalkulierten Hybrid-DRG-Fallpauschale vergütet werden.

Ab 2028 soll das bisherige Hybrid-DRG-System beendet und im stationären Bereich Kurzzeitfallpauschalen eingeführt werden. Hierbei soll laut dem Begründungstext sichergestellt werden, dass für die Krankenkassen keine Mehrausgaben entstehen.

Hybrid-DRG befinden sich derzeit in einer Entwicklungsphase, wobei gemäß § 115f Absatz 5 SGB V derzeit eine regelmäßige Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vorgesehen ist. Der erste Evaluationsberichts soll zum 31. Dezember 2026 vorgelegt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer bewertet die Neuregelung der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) kritisch. Hybrid-DRG wurden mit dem Ziel entwickelt, die Ambulantisierung geeigneter Leistungen zu fördern und den dafür notwendigen Transformationsprozess voranzutreiben. Aufgrund der vorgesehenen Neuausrichtung der Vergütungsstrukturen werden die angestrebten Ziele deutlich gefährdet.

Kritisch ist insbesondere, dass weitgehende Änderungen des bisherigen Vergütungssystems eingeführt werden sollen, bevor die Ergebnisse der gesetzlich vorgesehenen Evaluation, deren Bericht erstmals zum 31. Dezember 2026 vorgelegt werden soll, angemessen ausgewertet und für die Weiterentwicklung der Hybrid-DRG genutzt werden können.

Die vorgesehene Trennung der Vergütung nach dem Kriterium der Übernachtung ist zu hinterfragen, da Fehlanreize zugunsten einer stationären Versorgung gesetzt werden, wenn eine stationäre Leistung mit Übernachtung attraktiver vergütet wird als die entsprechende ambulante Leistung ohne Übernachtung.

Für die Leistungserbringer beider Sektoren sind verlässliche und planbare gesetzliche Rahmenbedingungen essenziell. Um geeignete Leistungen zunehmend ambulant zu erbringen, haben sowohl niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als auch Krankenhäuser in den vergangenen Jahren ihre Strukturen umgebaut und weiterentwickelt. Ein erneuter grundlegender und insbesondere kurzfristiger Wechsel der Vergütungssystematik erzeugt hingegen erhebliche Planungsunsicherheit und beeinträchtigt darüber hinaus das Vertrauen in gesundheitspolitische Entscheidungen erheblich.

Die Bundesärztekammer hatte bereits die schrittweise Annäherung der Hybrid-DRG an das AOP-/EBM-Niveau bis 2030 in ihrer Stellungnahme zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) kritisch bewertet. Zum einen besteht hierdurch die Gefahr einer Untervergütung und darüber hinaus werden Investitionen, die für den Aufbau bzw. die Weiterentwicklung ambulanter Strukturen erforderlich sind, gefährdet.

Die Bundesärztekammer erhält ihre Forderung aufrecht, dass mit der Vergütung zum einen der tatsächliche Aufwand abgedeckt werden und darüber hinaus auch eine Förderung des Aufbaus und der Weiterentwicklung bedarfsgerechter ambulanter Strukturen erfolgen muss.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der vorgesehenen Regelung und konsequente, auf den Ergebnissen der gesetzlich vorgesehenen Evaluation aufbauende Weiterentwicklung der sektorengleichen Vergütung zur Förderung einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung.

Änderungsantrag 2

Streichung des Fixkostendegressionsabschlags in der HzV und bei Haus- und Kinderärzten (§§ 73b, 87a, 87b SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehenen Regelungen soll eine Streichung des Fixkostendegressionsabschlags für die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) sowie für entbudgetierte Leistungen in der haus- und kinderärztlichen Versorgung erfolgen. Fallzahl- oder Mengenausweitungen sollen damit nicht zu Vergütungsabschlägen führen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die im Änderungsantrag vorgesehenen Regelungen. Eine bedarfsgerechte Ausweitung der haus- und kinderärztlichen Versorgung, welcher im Rahmen des Aufbaus eines Primärversorgungssystems eine zentrale Steuerungsfunktion zukommen soll, darf nicht durch nachgelagerte Vergütungsabschläge geschwächt werden.

Änderungsantrag 3

Einführung einer Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser mit geringen Auffälligkeiten in der Krankenhausabrechnung (§ 275c SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einführung einer neuen Prüfquotenklasse soll die in der Protokollerklärung der Bundesregierung zugesagte Entlastung regelkonform abrechnender Krankenhäuser umgesetzt werden.

Hierbei ist zu beachten, dass die durch das BStabG erfolgte Anhebung der Prüfquoten und Verschärfung der Schwellenwerte in § 275c SGB V weiterhin bestehen bleiben sollen. Durch die im Änderungsantrag vorgesehene Regelung wird lediglich eine weitere Prüfklasse eingeführt für Krankenhäuser, die einen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von 90 Prozent und mehr erreichen und für die in diesen Fällen eine Prüfquote von einem Prozent vorgesehen wird.

Im Begründungstext wird davon ausgegangen, dass nur circa 100 Krankenhäuser die neue Prüfquotenklasse erreichen werden und bei jedem dieser Krankenhäuser in einem Jahr voraussichtlich 30 Krankenhausrechnungen weniger geprüft werden (geschätzte jährliche Entlastung pro Krankenhaus von ca. 1.000 Euro).

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer sieht in der vorgesehenen Regelung keinen relevanten Beitrag zur Lösung der erheblichen Probleme durch die mit dem Beitragsstabilisierungsgesetz massiv

ausgeweiteten MD-Prüfungen. Wie bereits aus dem Begründungstext des Änderungsantrags ersichtlich, dürfte der Beitrag zur Bürokratieentlastung allenfalls gering ausfallen.

Darüber hinaus hatte die Bundesärztekammer bereits in ihrer Stellungnahme zum BStabG die Anhebung der Prüfquoten und die Verschärfung der Schwellenwerte entschieden abgelehnt und entsprechend eine Streichung der Regelung gefordert. Die in der Stellungnahme zum BStabG dargelegten Erwägungen gelten gleichermaßen für den vorliegenden Änderungsantrag und werden daher wiederholt.

Die Gesetzesbegründung zum BStabG hatte unterstellt, dass die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser trotz Einführung des Prüfquotensystems nicht verbessert worden ist und deshalb stärkere Prüfungsanreize erforderlich seien. Diese Schlussfolgerung ist weder hinreichend belegt noch geeignet, die vorgesehenen Maßnahmen zu rechtfertigen. Insbesondere bleibt unberücksichtigt, dass die Beanstandungsquote wesentlich von der Prüfpraxis der Krankenkassen und der Auslegung komplexer Abrechnungsregelungen abhängt. Aus einer unverändert hohen Beanstandungsquote kann daher nicht ohne Weiteres auf eine mangelnde Regelkonformität der Krankenhäuser geschlossen werden.

Die durch das BStabG eingeführte Neuregelung führt zudem nicht zu einer Bürokratieentlastung, sondern zu einer erheblichen Ausweitung der Prüf- und Dokumentationsbürokratie. Aktuelle Auswertungen auf Grundlage der Quartalsstatistik des GKV-Spitzenverbandes zeigen, dass sich die Zahl der möglichen Prüfungen durch die vorgesehenen Änderungen mehr als verdoppeln könnte. Gleichzeitig würde sich die durchschnittliche Prüfquote von 12 Prozent auf 25 Prozent erhöhen. Rechnerisch ergäbe sich hierdurch ein zusätzlicher Aufwand von mehreren hunderttausend Arbeitsstunden pro Quartal sowie ein erheblicher zusätzlicher Personalbedarf allein auf Seiten der Krankenhäuser.

In einer Zeit, in der die Notwendigkeit zum entschiedenen Bürokratieabbau, gesamtstaatlich wie in der Gesundheitspolitik, breiter Konsens ist, wird hiermit die Bürokratie massiv ausgeweitet. Damit setzt dieses Reformvorhaben die Fehler vorangehender Gesetzesvorhaben, wie zum Beispiel bei der Krankenhausreform, fort. Die Bundesärztekammer fordert die Bundesregierung erneut auf, an dieser Stelle entschieden umzusteuern.

Die Annahme, eine Ausweitung von Kontrollen führe automatisch zu höherer Effizienz und geringeren Ausgaben, verkennt grundlegende Erkenntnisse der Verwaltungs- und Organisationsforschung. Zusätzliche Kontrollmechanismen erzeugen ihrerseits erhebliche Bürokratie-, Transaktions- und Opportunitätskosten. Diese Kosten wurden in der Gesetzesbegründung nicht berücksichtigt. Durch die Anhebung der Prüfquoten und die Verschärfung der Schwellenwerte werden mehr ärztliche und administrative Ressourcen gebunden, die für die Patientenversorgung benötigt werden, und verstärken damit die bereits bestehende Belastung der Krankenhäuser.

Besonders kritisch ist, dass ein strukturelles Misstrauensregime gegenüber den Krankenhäusern weiter ausgebaut wird, ohne einen belastbaren Nachweis dafür zu erbringen, dass die hierdurch entstehenden zusätzlichen Kontrollkosten durch entsprechende Einsparungen kompensiert werden.

Die Einschätzung der Bundesärztekammer deckt sich mit der Stellungnahme des Bundesrats zum BStabG vom 12.06.26 (Drucksache 256/26), welcher durch pauschale Anhebung der Prüfquoten weder eine Entbürokratisierung noch eine Qualitätssteigerung als zuverlässig erreichbar gesehen und stattdessen empfohlen hat, das Vergütungs- und Abrechnungssystem einer deutlichen Vereinfachung zu unterziehen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Rückführung der Prüfquoten und Schwellenwerte auf das Niveau vor der Anhebung durch das BStabG.

Statt einer weiteren Ausweitung der Prüfquoten sollte eine unabhängige Evaluation des seit 2022 geltenden Prüfquotensystems durchgeführt werden. Dabei sind neben möglichen Rückflüssen an die gesetzliche Krankenversicherung insbesondere die durch die Prüfverfahren verursachten Bürokratie-, Personal- und Transaktionskosten bei Krankenhäusern, Medizinischem Dienst (MD) und Krankenkassen zu berücksichtigen. Bis zum Vorliegen einer solchen Evaluation besteht keine sachliche Grundlage für eine Verschärfung der Prüfquoten und Schwellenwerte.

Änderungsantrag 4

Rechnungszuschlag ab 2027 für nicht-universitäre somatische und psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser; Rechnungszuschlag 2027 für Universitätskliniken und ab 2028 stattdessen Erhöhung Zuschlag für spezielle Vorhaltung von Universitätskliniken (§ 8 KHEntgG, § 38 KHG, § 8 BPflV)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den vorgesehenen Zuschlägen soll die in der Protokollerklärung der Bundesregierung zugesagte finanzielle Entlastung der Krankenhäuser im Umfang von insgesamt 550 Mio. Euro pro Jahr umgesetzt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die zusätzlichen Mittel, da sie mit Blick auf die derzeitigen erheblichen wirtschaftlichen Belastungen der Krankenhäuser einen Beitrag zur kurzfristigen Stabilisierung leisten können.

Allerdings können die strukturellen Defizite der Krankenhausfinanzierung durch diese Regelung nicht behoben werden. Die geplante Vorhaltefinanzierung muss grundlegend weiterentwickelt und am Umfang des Versorgungsauftrages sowie an der zu versorgenden Population ausgerichtet werden. Hierbei ist auch die erforderliche Personalausstattung zu berücksichtigen.

Änderungsantrag 8

DiGA-Vergütungsabschläge (§ 134 SGB V, Anlage 4 DiGAV)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Regelung soll das bislang allein von den gesetzlichen Krankenkassen getragene Kostenrisiko für frühe Nutzungsabbrüche durch einen Vergütungsabschlag in Höhe der jeweiligen Abbruchquote innerhalb der ersten vier Wochen anteilig auf die Hersteller verlagert werden. Dadurch sollen Anreize geschaffen werden, die Qualität, Nutzerfreundlichkeit und Adhärenz digitaler Gesundheitsanwendungen kontinuierlich zu verbessern.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer unterstützt das Ziel, die Vergütung digitaler Gesundheitsanwendungen stärker an Evidenz, patientenrelevantem Nutzen, Versorgungserfolg und Wirtschaftlichkeit auszurichten. Dies entspricht auch den Forderungen des 130. Deutschen Ärztetages (Beschluss Ic-172), der mehr Transparenz sowie eine stärkere Orientierung am tatsächlichen Versorgungseffekt von DiGA gefordert hat.

Der vorgesehene Vergütungsabschlag bei Nutzungsabbrüchen innerhalb der ersten vier Wochen ist jedoch kritisch zu sehen. Aufgrund der vielfältigen Ursachen eines Nutzungsabbruchs und der bislang fehlenden Konkretisierung seiner Erfassung erscheint fraglich, ob die Regelung geeignet ist, die Qualität und Adhärenz von DiGA nachhaltig zu verbessern. Gleichzeitig könnte sie durch die Verlagerung schwer kalkulierbarer finanzieller Risiken die Bereitschaft zur Zulassung neuer DiGA beeinträchtigen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Statt einer nachträglichen finanziellen Sanktionierung sollte geprüft werden, die Vergütung anhand belastbarer Evidenz-, Qualitäts- und Erfolgskriterien weiterzuentwickeln. Als Alternative hat der 130. Deutsche Ärztetag (Beschluss Ic-114) eine verpflichtende Testnutzung mit Rücktrittsmöglichkeit innerhalb der ersten vier Wochen vorgeschlagen, um Fehlverordnungen und unnötige Ausgaben frühzeitig zu vermeiden. Der Schwerpunkt dieses Ansatzes liegt auf einer verbesserten Passung zwischen Patientin bzw. Patient und Anwendung sowie auf einer wirtschaftlichen Mittelverwendung bereits vor Eintritt der vollen Vergütung.

Änderungsantrag 10

Prüfungen des Medizinischen Dienstes bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (§§ 115g, 275a, 276, 278, 280, 283 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelungen im Änderungsantrag wird klargestellt, dass die Einhaltung der nach § 115g Abs. 3 SGB V zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung vereinbarten Anforderungen durch den Medizinischen Dienst geprüft werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Mit Blick auf das Vorhaben einer umfassenden Bürokratieentlastung müssen neue Prüf- und Dokumentationsanforderungen auf ein notwendiges Maß begrenzt werden.

Die Bundesärztekammer begrüßt daher die Formulierung im Begründungsteil, dass die Prüfungen aufwandsarm zu gestalten sind und insbesondere die vorzulegenden Dokumente auf das erforderliche Maß beschränkt werden sollen. Relevant ist hierbei die Feststellung, dass die Prüfung der personellen Verfügbarkeit zum Beispiel auf Basis der Anzahl der grundsätzlich verfügbaren Vollzeitäquivalente erfolgen und auf die Vorlage von Dienstplänen verzichtet werden kann. Diese Maßgabe sollte auch auf die Leistungsgruppenprüfungen angewandt werden.

Es sollte darüber hinaus sichergestellt werden, dass die Folgen festgestellter Mängel verhältnismäßig ausgestaltet werden. Insbesondere darf die Feststellung der Nichterfüllung von Anforderungen nicht automatisch zu einem umfassenden Abrechnungsverbot führen.

Vielmehr sollten zunächst angemessene Fristen zur Nachbesserung eingeräumt und gestufte, verhältnismäßige Konsequenzen vorgesehen werden, um den Einrichtungen die Möglichkeit zu geben, bestehende Defizite zu beheben.

In Bezug auf §115g Absatz 3 SGB V und die dortige Vereinbarung zur weiteren Ausgestaltung und Planung der süV zwischen DKG und Kassen, hatte die Bundesärztekammer mehrfach eine Beteiligung gefordert. Diese Forderung wird von der Bundesärztekammer aufrechterhalten.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Präventionsleistungen außerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (§ 87d SGB V-E)

A) Begründung

Durch das BStabG ist die Rückführung relevanter Leistungen aus der extrabudgetären Versorgung in die MGV vorgesehen. Dies wird die Versorgung belasten und ist insbesondere mit Blick auf die Vergütungen für Vorsorgeleistungen unverständlich. Gerade bei Vorsorgeleistungen ist eine steigende Inanspruchnahme ausdrücklich gewollt. Prävention dient der frühzeitigen Erkennung und Vermeidung von Erkrankungen und trägt langfristig zur Entlastung des Gesundheitssystems bei. Gerade bei Vorsorgeleistungen ist eine steigende Inanspruchnahme weder unerwünscht noch steuerbar, sondern ausdrücklich gewollt. Prävention dient der frühzeitigen Erkennung und Vermeidung von Erkrankungen und trägt langfristig zur Entlastung des Gesundheitssystems bei. Eine finanzielle Begrenzung der Vergütung setzt daher falsche Anreize und gefährdet den Ausbau präventiver Versorgung (s. auch 130. Deutscher Ärztetag; Beschluss Ib-11).

B) Ergänzungsvorschlag

§ 87d Absatz 1 Nummer 8 SGB V-E wird folgt geändert:

„(1) Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingen Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:

[…]

8. Leistungen des ambulanten Operierens einschließlich Begleitleistungen sowie Präventionsleistungen, die auf Grund einer Empfehlung des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung mit Wirkung zum 1. Januar 2026 außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingen Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden.“

Darüber hinaus sollte eine Vergütung außerhalb der MGV dringend auch für weitere Leistungen geprüft werden, die aufgrund einer Empfehlung des Bewertungsausschusses derzeit außerhalb der MGV vergütet werden.