

Stellungnahme zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Name des Verbandes: AOK-Bundesverband

Datum: 20.04.2026

Vorbemerkungen:

Die FinanzKommission (FKG) Gesundheit hat einen evidenzbasierten und ausgewogenen Empfehlungskatalog vorgelegt, der eine gute Grundlage für die anstehende Gesetzgebung zur dringend notwendigen finanziellen Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bietet.

Der vorliegende Referentenentwurf greift richtigerweise die wesentlichen Empfehlungen der FKG auf und macht insbesondere die von den Wissenschaftlern vorgeschlagenen Maßnahmen zur Begrenzung der überproportionalen Ausgabendynamik im Gesundheitswesen zum Kern der geplanten Beitragssatzstabilisierung ab 2027. Zentrale Leitlinie ist dabei die Wiedereinführung einer verbindlichen, einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Damit werden maßgebliche Fehler aus der Vergangenheit korrigiert, die zu einer fortschreitenden Entkopplung von Vergütungs- und Preisentwicklungen von der beitragspflichtigen Einnahmenbasis geführt haben. Dies wird von der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich begrüßt. Insbesondere wird unterstützt, dass der Referentenentwurf den wirtschaftlichen und zweckmäßigen Umgang mit Beitragsgeldern auf alle relevanten Leistungsbereiche im Gesundheitswesen erstrecken will.

Einstieg in die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik muss gelingen - weiterer Ausbau erforderlich!

Im Mittelpunkt des Referentenentwurfs steht die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik als zentrales Prinzip der Weiterentwicklung. Dies ist uneingeschränkt zu begrüßen. Damit sich die Schere zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung nicht wie in den letzten Dekaden wieder weit öffnen kann, müssen sich die Vertragsbeziehungen in der gemeinsamen Selbstverwaltung konsequent daran ausrichten, um die finanzielle Belastung der Beitragszahlenden nachhaltig zu stabilisieren. Der vorliegende Referentenentwurf setzt dabei

ebenso wie die FKG zunächst richtigerweise auf eine sektorenübergreifende Begrenzung von Vergütungs- und Preisentwicklungen. Hierbei wäre es jedoch konsequenter gewesen - auch zur besseren Akzeptanz aller Beteiligten in dieser schwierigen Reformphase - die Vorschläge der FKG noch umfassender umzusetzen.

Umsetzung der Ausgabendämpfungsmaßnahmen ist unvollständig und führt daher zu vermeidbaren Belastungen

Der Referentenentwurf bleibt jedoch bei der konsequenten Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen hinter den Empfehlungen der FKG zurück bzw. schöpft das vorhandene Effizienzpotenzial in einzelnen Maßnahmen nicht vollständig aus. Während die FKG eine Kostendämpfungspotenzial auf der Leistungserbringerseite von 19 Mrd. Euro beziffert, avisiert der Referentenentwurf mit dem darin geplanten Maßnahmenpaket lediglich eine Kostenreduktion um 11,8 Mrd. Euro.

Insbesondere die Akteure der Versorgung mit Arzneimitteln (Hersteller und Apotheken) werden im Vergleich mit anderen Leistungserbringenden bzw. den Patientinnen und Patienten oder beitragszahlenden Mitgliedern und Arbeitgebenden deutlich geringer belastet. Ebenso werden die Potenziale des Preiswettbewerbs (vgl. die Vorschläge der FKG bei Hilfsmitteln und Impfstoffen) nicht ausgeschöpft. Auch die von der FKG vorgeschlagene Weiterentwicklung der Kalkulationsgrundlagen für die Vergütungsverhandlungen ist noch nicht gesetzlich verankert und muss in weiteren Reformen umgesetzt werden.

Die vollumfängliche Realisierung der FKG-Empfehlungen auf der Ausgabenseite würde es ermöglichen, bis einschließlich 2028 auf die Belastung von Mitgliedern, Arbeitgebenden sowie von Patientinnen und Patienten vollständig zu verzichten. So sind Versicherte und Arbeitgebende bereits durch die letzten Beitragssatzerhöhungen in erhebliche finanzielle Vorleistung getreten. Sofern im Zeitraum danach zusätzliche einnahmenseitige Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze erforderlich werden, sind prioritär die lange bekannten Fehlentwicklungen bei der Finanzierung des Gesundheitswesens zu beseitigen. Dazu gehören z.B. eine auskömmliche Refinanzierung der Pauschalen für Grundsicherungsbeziehende durch den Bund ebenso wie eine Dynamisierung des Bundeszuschusses oder die Refinanzierung versicherungsfremder Leistungen (z.B. Ausbildungs- und Investitionsaufwendungen).

Darüber hinaus wäre es zielführend, auch die von der FKG vorgeschlagenen Maßnahmen zur Krankheitsvermeidung umzusetzen; wenn auch die von der FKG vorgeschlagenen Lenkungssteuern für Tabak, Spirituosen und zuckerhaltige Softdrinks aus Gründen der Ressortzuständigkeit nicht vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im vorliegenden Referentenentwurf umgesetzt wurden. Denn diese

Lenkungssteuern könnten kurzfristig Einnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finzen generieren und zudem mittel- bis langfristig die Ausgaben senken. Die Bundesregierung sollte diese Maßnahmen parallel zum vorliegenden Stabilisierungsgesetz in die Umsetzung bringen und die steuerlichen Mehreinnahmen ausschließlich dem Gesundheitsfonds zuführen.

Die FKG-Empfehlungen über alle Leistungsbereiche hinweg konsequent umsetzen

Die Rahmenbedingungen für die **Verhandlungen in der gemeinsamen Selbstverwaltung** müssen perspektivisch weiterentwickelt werden. Eine dauerhaft finanzierbare Versorgung von Patientinnen und Patienten ist ohne eine Betrachtung der Weiterentwicklung der Leistungsinhalte (Strukturkomponente) sowie der Leistungsmengen nicht gewährleistet. Auch hier braucht es gut wirksame Instrumente für die Selbstverwaltung, um die Versorgung dauerhaft bedarfsgerecht, effizient und auf hohem Qualitätsniveau sicherzustellen.

Im Bereich der **stationären Versorgung** werden im Referentenentwurf wichtige Forderungen der FKG-Empfehlungen aufgegriffen und umgesetzt. Dies sind beispielsweise:

- Streichung der Meistbegünstigungsklausel und der vollständigen Tarifierfinanzierung,
- Begrenzung des Pflegebudgets und Auslaufen der pflegeentlastenden Maßnahmen sowie
- Maßnahmen zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich.

Zu begrüßen ist zudem die Stärkung der Rechnungsprüfung über die Erhöhung der Prüfquote und die Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes (MD). Aus den FKG-Vorschlägen unberücksichtigt bleiben hier jedoch die Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang, ein Maßnahmenpaket zum Umgang mit Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) im Krankenhaus sowie die Streichung der nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen (siehe ergänzender Änderungsbedarf). Mit diesen Ergänzungen würde das Erreichen des Einsparziels für 2027 abgesichert.

Um die mittelfristigen Einsparziele bis 2030 zu erreichen, ist eine Mengenbegrenzung im Rahmen der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik erforderlich. Diese kann in erhöhten Mehrleistungsabschlägen (Fixkostendegressionsabschlag) oder einer vollständigen Umsetzung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik durch eine Absenkung der Basisfallwerte der Krankenhäuser erreicht werden (siehe

ergänzender Änderungsbedarf). Da diese Maßnahmen nur bei einer relevanten Mengensteigerung die Erlöse der Krankenhäuser vermindern würden, stellen sie keine zusätzlichen Härten dar, sondern sichern mittelfristig die Durchsetzung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Gleichzeitig wird ein Anreiz zur zügigen Ambulantisierung und Strukturanpassung (Leistungskonzentration) gesetzt.

Im Referentenentwurf zu kritisieren sind aus Sicht der AOK-Gemeinschaft insbesondere die Regelungen zu Fallzusammenführungen und zu den Kurzzeitfallpauschalen. Durch diese werden in der vorgesehenen Form keine relevanten Einsparpotenziale erzielt. Die Kritik wird an den jeweiligen Regelungen aufgezeigt. Weitere notwendige Maßnahmen sind die verpflichtende Berücksichtigung von Effizienzgewinnen im Rahmen der Normierung des DRG-Systems, die ausreichende Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder sowie ein Gesamtbudget für die psychiatrische Behandlung am Krankenhaus.

Im Bereich der **ambulanten Versorgung** wurden zahlreiche zielführende FKG-Maßnahmen aufgegriffen. Besonders zu begrüßen sind die Streichung der TSVG-Vergütungsregelungen, beispielsweise Zuschläge und extrabudgetäre Vergütung für Terminvermittlungsfälle, die Begrenzung der extrabudgetären Vergütung sowie weiterer Leistungen, wie die der (zahnärztlichen) Hochschulambulanzen, die Korrektur der Systematik zur Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte oder die Streichung der Zuschläge für die Kurzzeittherapie in der Psychotherapie und der Wegfall der Vergütung für die Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA). Die Überarbeitung der Richtlinien in der Kieferorthopädie und die Bildung von vier Leistungskomplexen in Form von Pauschalen sind längst überfällig und dienen der Vermeidung von Fehl- und Überversorgung in diesem Bereich.

Teilweise besteht Anpassungs- und Nachschärfungsbedarf in der konkreten Ausgestaltung. Beispielsweise muss die Erstbefüllung der ePA weiterhin Aufgabe der Leistungserbringenden sein, auch wenn die Zuschläge dafür entfallen. Außerdem muss eine Regelung ergänzend aufgenommen werden, die trotz generellem Ausschluss von kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten/-innen eine bereits eingetretene oder aber eine drohende Unterversorgung vermeidet.

Darüber hinaus wäre es auch angezeigt, die weiteren FKG-Vorschläge zur ambulanten Versorgung umzusetzen und damit u. a. besonders gut vergütete Fachgruppen angemessen an der Beitragssatzstabilisierung zu beteiligen. Mit der Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils von Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin oder der Absenkung der Vergütung der Kataraktoperationen hätte damit auch das innerärztliche Vergütungsgefüge angeglichen werden können. Insofern sind diese als ergänzender

Änderungsbedarf aufgenommen. Die nun eingeschlagene konsequente Orientierung an einem nachweislichen medizinischen Nutzen ist ebenso fortzuführen wie die Streichung von Zuschlägen, deren Zweckmäßigkeit nicht belegt werden kann.

Im **Arzneimittelbereich** wurden die Vorschläge der FKG leider nur sehr eingeschränkt umgesetzt, weitergehende strukturell dringend gebotene Maßnahmen zur Begrenzung des Ausgabenwachstums, vor allem im Patentmarkt, fehlen zudem völlig. Zu begrüßen ist die Stärkung der evidenzbasierten Versorgung, der versuchte Einstieg in eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik und in die Stärkung des Vertragswettbewerbes im Patentmarkt. Gerade letzteres bietet Chancen, das Wirtschaftlichkeitsgebot der ärztlichen Verordnung stärker zu unterstützen und Ärztinnen und Ärzten damit auch mehr Sicherheit in der wirtschaftlichen Verordnung zu geben. Die vorgesehenen ausgabenbegrenzenden Regelungen im Referentenentwurf bleiben jedoch weit hinter dem von der FKG vorgesehenen Maßnahmen zurück. Mit Umsetzung von Diskussionspunkten aus dem Pharmadialog werden die Bestrebungen zur Beitragssatzstabilitätssicherung zudem sogar konterkariert. Angesichts der vorgesehenen Mehrbelastungen der Beitragszahlenden ist es überhaupt nicht mehr vermittelbar, dass die nachweislich nicht erforderlichen Mittel in Höhe von mehr als 0,6 Mrd. Euro, die ursprünglich für pharmazeutische Dienstleistungen vorgesehen waren, weiterhin als zinsbringendes Anlagevermögen ohne klaren Verwendungszweck bei der Apothekerschaft verbleiben dürfen.

Bewertung der potenziellen Finanzwirkung des Referentenentwurfes

Finanzwirkung Entwurf

	2027	2030
Krankenhäuser	-5,1 Mrd. €	-12,8 Mrd. €
Arzneimittel	-1,9 Mrd. €	-6,4 Mrd. €
Vertragsärztliche Versorgung	- 2,7 Mrd. €	-5,0 Mrd. €
weitere Leistungserbringer	-2,1 Mrd. €	-6,7 Mrd. €
Zuzahlungen	-1,9 Mrd. €	-2,2 Mrd. €
Leistungsanpassung	-1,9 Mrd. €	-2,2 Mrd. €
Anpassung Familienversicherung (ab 2028)	0 Mrd. €	-2,2 Mrd. €
Höhere Einkommen	- 1,2 Mrd. €	-1,3 Mrd. €
Arbeitgeber	-2,8 Mrd. €	-3,0 Mrd. €
Bund (Verschiebung Rückzahlung Darlehen)	-	-1,0 Mrd. €
Gesamtwirkung Reformpaket	19,6 Mrd. €	42,8 Mrd. €
Prognostiziertes Defizit	15,3 Mrd. €	40,4 Mrd. €

Quelle: BMG-Hintergrundpapier vom 16.04.2026

Bereich	Bewertung
Krankenhäuser	Addiert man die Einsparungen durch die Einzelmaßnahmen, erscheinen die angegebenen Finanzwirkungen insbesondere für das Jahr 2027 realistisch. Unberücksichtigt bleibt jedoch eine mögliche Mengensteigerung, insbesondere mit Blick auf das Jahr 2030, da für Krankenhäuser starke Anreize für eine Mengenausweitung bestehen. Diese Mengensteigerungen sind aber bei den Maßnahmen für die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik nicht berücksichtigt und können somit die Einsparziele erheblich beeinflussen. Hinzu kommt, dass teilweise FKG-Empfehlungen nur abgewandelt umgesetzt werden sollen und die Finanzwirkungen aufgrund allgemeiner Formulierungen nicht quantifizierbar sind. Insgesamt ist die Bewertung bezüglich der erwartbaren Einsparwirkungen der gesetzlichen Regelungen positiv, insbesondere sofern bei Zielverfehlung eine Nachsteuerung durch den Gesetzgeber vorgenommen wird.
Arzneimittel/Verbandmittel/Apotheken	Die im Referentenentwurf genannten Einsparvolumina für den Bereich können nicht bestätigt werden. Die Regelungen im Arzneimittelbereich bleiben deutlich hinter den von der FKG vorgeschlagenen Maßnahmen zurück. Aufgrund der vorgesehenen Abschwächung preisregulierender Maßnahmen droht vielmehr ein erneuter Schub für Preis- und damit Ausgabensteigerungen, die durch nachgelagert und nur unzureichend wirkenden ausgabendämpfenden Regelungen nicht aufgefangen werden. Die tatsächlichen Einsparpotentiale werden dabei z. T. überschätzt und durch finanzielle Vorteile an die Medizinprodukte- und Pharmahersteller aufgehoben. So werden ausgabenreduzierende Instrumente (z. B. Leitplanken, Kombinationsabschlag) gestrichen und ausgabentreibende Marktsegmente (Impfstoffe) völlig unzureichend adressiert. Ohne aktives Preismanagement, auch durch einen Interimspreis mit Rückwirkung des Erstattungsbetrages ab Marktzugang, wird der Preisauftrieb im Markt angeheizt. Ein Anstieg des dynamischen Herstellerabschlags ist damit unausweichlich, ohne dass dieser die GKV-Ausgaben effektiv zu dämpfen vermag. Denn

Bereich	Bewertung
	ein dynamischer Herstellerabschlag wirkt lediglich nachgelagert und bleibt ohne Effekt auf die Handelsaufschläge und die Umsatzsteuer, die vollständig von der GKV zu tragen sind. Entsprechend besteht hier erheblicher Änderungsbedarf. Ganz entgegen der Empfehlung der FKG werden auch Orphan Drugs weiterhin nicht vollumfänglich bewertet, bei Wundbehandlungsprodukten der Nutznachweis komplett fallen gelassen. Dies widerspricht der Intention einer Absicherung der notwendigen und evidenzbasierten Gesundheitsversorgung. Die Beitragszahlenden werden nun - entgegen der Intention dieses Gesetzes - mit jährlichen (Mehr-)Ausgaben von 200 Mio. Euro für Produkte ohne nachgewiesenen Nutzen belastet (FKG-Bericht: GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) zum Preisstand 01.03.2026). Im Apothekenbereich wird der Einspareffekt durch den erhöhten Apothekenabschlag (§ 130 SGB V) voraussichtlich durch die Mehrausgaben durch das geplante erhöhte Apothekenfixum deutlich überkompensiert. Der sinnvolle Vorschlag Nr. 45 der FKG (Rückführung nicht verausgabter Gelder für pharmazeutische Dienstleistungen) sollte ebenfalls aufgegriffen werden, um weitere Einsparungen in Höhe von 600 Mio. Euro zu mobilisieren. Ebenso sollte die Zuführung weiterer Mittel in den Fonds kurzfristig schon im Rahmen dieses Gesetzes gestoppt werden.
Vertragsärztliche Versorgung und vertragszahnärztliche Versorgung	Die angegebene Finanzwirkung für die vertrags(zahnärztliche) Versorgung scheint grundsätzlich realistisch. Teilweise listet die FKG abweichende Werte, beispielsweise wird der Wegfall der Vergütung für die Organspendeberatung mit jährlich konstant 60 Mio. Euro beziffert, der Referentenentwurf sieht ein Einsparvolumen von 90 Mio. Euro in 2027 und 170 Mio. Euro im Jahr 2030 vor. Die Vergütung für die Befüllung der elektronischen Patientenakte wird im Referentenentwurf mit 770 Mio. Euro angegeben. Nach eigenen Schätzungen scheint ein Einsparvolumen von bis zu 1 Mrd. Euro möglich.
weitere Leistungsbe- reiche	Heilmittel: Der angesetzte Beitrag von 200 Mio. Euro durch den Wegfall der Blanko-Versorgungspauschale und des GLS-Limits ist realistisch, sogar eher konservativ gerechnet.

Bereich	Bewertung
	Hilfsmittel: Das BMG-Finanztableau quantifiziert hier keine finanziellen Entlastungseffekte. Fahrkosten: Die geschätzten Minderausgaben in Höhe von rund 0,3 Mrd. Euro erscheinen eher optimistisch, ob die § 71 GLS - Vorgabe tatsächlich bei den Vergütungssätzen realisiert werden kann und die übersteigenden Vorhaltekosten dann von den Betreibern oder Patientinnen und Patienten getragen werden, ist zweifelhaft. DiGA: Die im Referentenentwurf ausgewiesenen Einsparungen von 70 Mio. Euro im Jahr 2028 bis zu 150 Mio. Euro im Jahr 2030 sind weder nachvollziehbar hergeleitet noch mit den vorgesehenen schwachen Regelungen realistisch erzielbar. Es fehlt eine transparente Begründung. Insgesamt werden die Empfehlungen der FKG zu diesem Leistungsbereich nicht aufgegriffen (Nr. 48). Das Ziel der Evidenzstärkung wird hier (z. B. keine Abschaffung der Erprobungsregelung) komplett verfehlt.
Zuzahlungen	Realistisch, auch hinsichtlich Absenkung der Festzuschüsse zu Zahnersatz
Leistungsanpassungen	Realistisch
Anpassung Familienversicherung (ab 2028)	Unrealistisch, da Aufwände der am Verfahren zu Beteiligten gar nicht oder nur sehr unzureichend berücksichtigt wurden.
Höhere Einkommen/BBG	Realistisch
Arbeitgeber	Der Anteil an der Erhöhung der BBG scheint plausibel.
Bund (Verschiebung Rückzahlung Darlehen)	Es handelt sich um keine echte Beteiligung des Bundes
Gesamtwirkung	-

Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
1	§ 2 Leistungen	Sowohl die mit der Änderung verbundene Streichung von Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmitteln der besonderen Therapierichtungen als die Beschränkung auf evidenzbasierte Leistungen sind sachgerecht.
2	§ 3 Solidarische Finanzierung	Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt. Die Familienmitversicherung in der GKV ist zentraler Bestandteil der solidarischen und beitragsfinanzierten Sozialversicherung und kein Anreiz- oder Förderinstrument der Arbeitsmarkt- oder Familienpolitik. Die GKV ist eine Solidargemeinschaft, die einen umfassenden Krankenversicherungsschutz unabhängig vom Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und dem jeweiligen Einkommen der Versicherten garantiert. Die Beitragsfreiheit der nicht oder nur wenig verdienenden Familienangehörigen als konstitutionelles Kernelement der GKV und der SPV sollte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft daher erhalten bleiben.
3	§ 4 Krankenkassen	Die Regelung ist sachgerecht. Das Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik gilt grundsätzlich für alle Ausgabenbereiche und bezieht daher auch die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen mit ein. Krankenkassen mit sich ändernden Versichertenzahlen können aufgrund bestehender, ggf. mehrjähriger Verträge Personal- und Sachkosten nicht mit derselben Geschwindigkeit auf- und abbauen, mit der sich die Versichertenzahl verändert. In der Gesetzesbegründung wird auf diesen Sachverhalt verwiesen, bei dem Krankenkassen mit ihrer Aufsichtsbehörde im Extremfall Sonderregelungen treffen können; dies ist aber nicht im Gesetzestext verankert.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Die Obergrenze ist daher ohne explizite Regelung auf eine absolute oder versichertenbezogene Veränderungsrate festzulegen und dem Ermessen der Aufsichtsbehörde unter Berücksichtigung des jeweiligen Einzelfalls zu überlassen (analog den Regelungen des BEEP für das Jahr 2026 in § 4 Absatz 6 SGB V). <u>Änderungsbedarf:</u> § 4 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt: „Die Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse dürfen sich ab dem Jahr 2027 gegenüber dem vorausgegangenen Haushaltsjahr jeweils nur nach Maßgabe der Entwicklung der Einnahmen des Gesundheitsfonds bereinigt um zweckgebundene Sonderzuweisungen gemäß § 71 Absatz 3 erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik.“
4	§ 4a Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung	Die Halbierung des Werbebudgets für Krankenkassen trägt der aktuellen Diskussion um die Begrenzung der Ausgabenseite Rechnung. Die festgelegte Berechnungsgrundlage (durchschnittliche Mitgliederzahl des betreffenden Haushaltsjahres) ist nicht praktikabel. Die Haushaltsplanung der gesetzlichen Krankenkassen für das kommende Jahr erfolgt auf Basis der gesetzlichen Fristen frühzeitig. Diese betrifft auch das Werbebudget. Die festgelegte Berechnungsgrundlage sollte ebenfalls unter Berücksichtigung dieser Fristen erfolgen, um eine sichere Planung der Budgets zur ermöglichen. Bei der Änderung der Inhalte der Rechtsverordnung handelt es sich um eine Folgeanpassung aus Abs. 2. Bei der Ausgestaltung der Rechtsverordnung sind die konkreten Formulierungen abzuwarten. Auf die Stellungnahme zum ersten Entwurf der Rechtsverordnung vom 02.12.2020 durch den GKV-SV vom 15.01.2021 wird verwiesen.
5	§ 10 Familienversicherung	Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 3 Satz 3) wird verwiesen. Die Beitragsfreiheit der nicht oder nur wenig verdienenden Familienangehörigen als konstitutionelles Kernelement der GKV und der SPV sollte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft erhalten bleiben. Die neue Regelung erfordert im Falle der Umsetzung zusätzliche und erweiterte Meldepflichten und führt nicht zur Entbürokratisierung. So sind die Informationen zur Prüfung der Familienversicherung regelmäßig vom Mitglied einzuholen und das Mitglied hat die Krankenkasse über Änderungen zu informieren. Erst nach Erfüllung der Mitwirkungspflicht des Mitglieds kann die Krankenkasse den Beitragszuschlag für den familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartner nach § 242b Satz 2 SGB V erheben oder korrigieren. In der Folge kann der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehepartner erst zeitversetzt, in der Regel rückwirkend, vom Mitglied eingefordert werden. Diese Verwaltungsaufwände sind im Erfüllungsaufwand nur sehr unzureichend berücksichtigt.
6	§ 11 Leistungsarten	Eine Beschränkung von Satzungsleistungen auf evidenzbasierte Verfahren ist sachgerecht.
7	§ 25 Gesundheitsuntersuchungen	Zu 1.: Der Auftrag an den G-BA zur Überprüfung der Gesundheitsuntersuchung hinsichtlich Altersgrenzen, Zielgruppen, Untersuchungsintervalle, geschlechtsspezifische Besonderheiten und Zielerkrankungen auf Grundlage der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz ist sinnvoll. Die Aufforderung, die Gesundheitsuntersuchung auf eine Zielerkrankung (Herz-Kreislauf-Erkrankungen) einzugrenzen greift jedoch zu weit in diese Prüfung ein und sollte gestrichen werden. Zu 2.: Der Auftrag an den G-BA zur Überprüfung des opportunistischen Hautkrebsscreening gegenüber einem risikobasierten Ansatz auf Grundlage der wissenschaftlichen Evidenz ist sachgerecht. Der Ansatz des Gesetzgebers, dass nur solche Leistungen über die GKV vergütet werden sollen, für die eine ausreichende Evidenz vorliegt, ist richtig und muss neben dem Hauptkrebsscreening auch

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		für andere Leistungen mit unzureichender Evidenz gelten. Ein Ausschluss von Leistungen, für die keine ausreichende Evidenz vorliegt ist jedoch durch die gemäß §91 Abs. 7 notwendige Mehrheit von 9 von 13 Stimmen im G-BA extrem schwierig und ist seit Inkrafttreten dieser Regelung kaum mehr erfolgt. Daher ist für die Wirksamkeit der nach Nr. 7 vorgesehenen Überprüfung sowie für die grundsätzliche Möglichkeit, Leistungen ohne ausreichende Evidenz aus der Leistungspflicht der GKV zu nehmen eine Änderung in §91 Abs. 7 notwendig, indem wie für andere Beschlüsse des G-BA die Mehrheit der Mitglieder genügt.
8	§ 27b Zweitmeinung	Der Vorschlag eines obligatorischen Zweitmeinungsverfahrens ist differenziert zu bewerten. Einerseits werden dadurch die Fachärztinnen und -ärzte stärker zeitlich belastet, was sich auf die weitere Terminvergabe auf Patientinnen und Patienten nachteilig auswirken kann. Andererseits dürfte durch die Verknüpfung der Vergütung mit dem Nachweis einer eingeholten Zweitmeinung bei den Leistungserbringern, die die Eingriffe durchführen, eine erhebliche Durchsetzungswirkung entfaltet und die Inanspruchnahme des Zweitmeinungsverfahrens strukturell abgesichert werden. Der G-BA sollten dabei ebenfalls den Auftrag erhalten, Strukturen zu schaffen, ggf. unter Nutzung der Terminservicestellen, die eine zeitgerechte Einholung einer Zweitmeinung sicherstellen. Das Potenzial zur Vermeidung medizinisch nicht zwingend erforderlicher Eingriffe und zur Reduzierung von Krankenhausausgaben ist plausibel, ob dies aber wirklich erzielt werden kann, sollte im Rahmen der Umsetzung systematisch auf Basis von Routinedaten evaluiert werden. Eine evtl. Ausweitung bzw. Weiterführung sollte erst auf Grundlage dieser Ergebnisse erfolgen. Eine echte finanzielle Entlastungswirkung der GKV durch die Reduktion dieser stationären Eingriffe kann nur gelingen, wenn dies in der Krankenhausvergütung auch tatsächlich nachvollzogen wird.
9	§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung	Diese Regelung ist sachgerecht. Zukünftig sollen nur noch Fachzahnärztinnen und -zahnärzte für Kieferorthopädie die kieferorthopädische Behandlung durchführen können, um die Versorgungsqualität zu erhöhen. Gleichwohl muss für strukturschwache Gebiete zusätzlich eine Öffnungsklausel aufgenommen werden, die

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		eine bereits eingetretene bzw. drohende Unterversorgung vermeidet. Denn der Fachkräftemangel von Fachzahnärztinnen und -ärzten für Kieferorthopädie besteht bereits heute schon und wird sich auch für diese Berufsgruppe noch verstärken. Insofern ist die vom Gesetzgeber geplante Übergangsregelung für bereits begonnene kieferorthopädische Behandlungsfälle, die vom kieferorthopädisch tätigen Zahnärzteinnen und -ärzten abgeschlossen werden können, nicht ausreichend.
10	§ 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung	<u>Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung:</u> Die vorgesehenen Änderungen werden abgelehnt. Entgegen der Empfehlung der FKG werden nun arzneimittelähnliche Medizinprodukte zur Wundversorgung als Verbandmittel ohne Nutznachweis zur Pflichtleistung der GKV erklärt. Es gibt so keine Grenze mehr zwischen zugelassenen und geprüften Arzneimitteln und lediglich CE-zertifizierten Medizinprodukten insb. auch hoher Risikoklassen, deren Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit nicht überprüft wurde. Es ist vollkommen unverständlich, dass Produkte ohne Nutznachweis von der GKV erstattet werden sollen, wohingegen gleichzeitig andere Leistungen mangels Nutzenbeleg in diesem Regelungsentwurf aus dem Leistungskatalog gestrichen werden. Eine Erstattung als sonstige Produkte zur Wundbehandlung eingestufte Präparate widerspricht berechtigter Weise auch den ärztlichen Behandlungsleitlinien, die mangels entsprechender Daten und Belege keinen Stellenwert dafür in der Versorgung sehen. Versicherte auch mit chronischen Wunden sind mit klassischen und modernen Produkten gut versorgt. Die Beitragszahlenden werden nun - entgegen der Intention dieses Gesetzes – mit jährlichen (Mehr-)Ausgaben von 200 Mio. Euro (<i>FKG-Bericht: GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) zum Preisstand 01.03.2026</i>) für Produkte ohne nachgewiesenen Nutzen belastet.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Stattdessen sollte vielmehr, wie von der FKG empfohlen, in § 31 Abs. 1a der Satz 5 zur Übergangsfrist sonstiger Produkte zur Wundbehandlung gestrichen werden, die folgenden Sätze 6 bis 9 werden zu den Sätzen 5 bis 8. <u>Streichungen Erstattung Cannabisblüten:</u> Die Streichung der GKV-Versorgung mit Cannabisblüten aus dem Leistungskatalog ist sachgerecht. Denn trotz langjähriger Kostenübernahme der GKV für Cannabisblüten wurden keine Nachweise zur Evidenz für die einzelnen Indikationsgebiete erbracht. Eine sachgerechte - und kostengünstigere Versorgung kann jedoch ggf. mit cannabishaltigen Fertigarzneimitteln erbracht werden, ggf. auch mit Extrakten, die zumindest über standardisierte Wirkstoffgehalte verfügen. In den vergangenen Jahren sind die Kosten für Medizinalcannabis, insbesondere verursacht durch Cannabisblüten, stark gestiegen. Im Jahr 2024 hat die GKV 103,3 Mio. Euro für Cannabisblüten ausgegeben. Dies entspricht ca. 712 Euro pro Verordnung. Die Ausgaben mit Fertigarzneimitteln oder auch Extrakten belaufen sich auf 531 Euro pro Verordnung. Das genannte Einsparziel der FKG ist mit 130 Mio. Euro unrealistisch, denn es ist von einer hohen Umstellungsquote auf eine alternative Versorgung der Versicherten durch Extrakte oder Fertigarzneimitteln auszugehen. Unter der Annahme, dass 75 Prozent der Versicherten eine Umstellung erhalten sind ca. 45,5 Mio. Euro an Einsparungen für die GKV realistisch.
11	§ 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	Die Änderung zum Leistungsausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist aufgrund der fehlenden Evidenznachweise sachgerecht.
12	§ 35a Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen	<u>Streichung Benennung Kombinationsarzneimittel im Rahmen der frühen Nutzenbewertung</u> Die Regelung wird abgelehnt.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
	Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung	Im Zusammenhang mit der Streichung des Kombinationsabschlags sichert diese mehr Wirtschaftlichkeit beim kombinierten Einsatz von Patentarzneimitteln, bei denen den Mehrkosten kein adäquater Mehrnutzen gegenübersteht. Die Streichung der Regelung würde zu erheblichen Mehrausgaben für die GKV führen. Auch wenn der Kombinationsabschlag noch unzureichend breit angelegt ist, so führt er doch bereits jetzt zu Erlösen i. H. v. ca. 130 Mio. Euro (und perspektivisch weiter steigend), demnach mehr als im vorliegenden Referentenentwurf postuliert. Das Grundproblem, nach dem Arzneimittelkombinationen erhebliche Mehrkosten verursachen, denen aber kein adäquater Mehrwert beim Therapieerfolg gegenübersteht, würde mit der Streichung künftig gar nicht mehr adressiert. <u>Fehlende Streichung der Orphan Drug-Sonderstellung</u> Fehlend ist jedoch die überfällige Streichung der Orphan Drug-Sonderstellung: Inzwischen haben sowohl das IQWiG basierend auf Auswertung von Studien als auch die FKG eine Streichung der gesetzlichen Zusatznutzenfiktion angemahnt. Diese wäre nunmehr dringend mit aufzunehmen und damit auch die Orphan Drugs einer vollumfänglichen Nutzenbewertung zuzuführen. <u>Fehlende Möglichkeit zur erneuten Nutzenbewertung durch den G-BA</u> Ebenso fehlt die Möglichkeit für den G-BA, bei Vorlage neuer Erkenntnisse zu einem Wirkstoff eine erneute Nutzenbewertung zu veranlassen. Die Regelungslücke hat in der Vergangenheit zur Aufhebung von Bewertungsbeschlüssen geführt, so dass nunmehr hohe Rückforderungen von bis zu 280 Mio. Euro für einen Wirkstoff erhoben werden. Eine Beibehaltung der Lücke mit dem Risiko einer Fortgeltung unangemessen hoher Preise ist nicht sachgerecht, zumal damit auch eine fehlende Transparenz zum tatsächlichen Nutzen eines Präparats einhergeht. Entsprechend ist die Lücke dringend zu schließen und das Recht zur Veranlassung einer erneuten Nutzenbewertung auch dem

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		G-BA zuzusprechen. Hierfür hat sich auch der Sachverständigenrat in seinem Gutachten von 2025 ausgesprochen.
13	§ 36 Festbeträge für Hilfsmittel	Diese Regelung ist sachgerecht. Zu ergänzen ist jedoch, dass die Ermittlung der Festbeträge ausschließlich auf Basis der Auskünfte der Hersteller und Leistungserbringer erfolgen soll. Nur wenn diese die erforderlichen Markt- bzw. Aufwandsdaten nicht liefern, soll der GKV-SV eine Schätzung vornehmen dürfen. Eine Verifikation der zur Verfügung gestellten Informationen ist nicht vorgesehen. Interessengeleitete Datenzusammenstellungen sind daher nicht auszuschließen. Der GKV-SV sollte daher auch die Möglichkeit erhalten, bei Anlieferung nicht nachvollziehbarer, unplausibler Daten oder Arbeitszeiten diese Berechnungsparameter durch eigenständige Kalkulationen zu ersetzen.
14	§ 44 Krankengeld	Zu Buchstabe a) Die Ergänzung ist sachgerecht. Sie greift Sachverhalte auf, bei denen es bisher durch die strategische Abgabe einer Wahlerklärung kurz vor Eintritt eines absehbaren Krankheitsfalls möglich war, sich gegen Einkommensausfälle bei längerer Krankheit abzusichern. Zu Buchstabe b) Die Neufassung des Absatzes 4 ist sachgerecht. Sie reduziert administrativen Aufwand bei den Versicherten und den Krankenkassen.
15	§ 44c Teilarbeitsunfähigkeit (neu)	Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Wenn das BMG jedoch die Umsetzung weiterverfolgt, dann kann die Teilarbeitsunfähigkeit frühestens ab 2028 eingeführt werden, da dieses Verfahren sehr komplex ist und bei allen Beteiligten, insbesondere bei Arbeitgebern und Ärzten, die Einführung von neuen Verfahrenswegen erfordert. Aufgrund der zu erwartenden umfassenden Aktivitäten zur Vorbereitung und Umsetzung der erforderlichen Rahmenbedingungen auf Basis der noch anzupassenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses kann die Teilarbeitsunfähigkeit frühestens ab 2028 eingeführt werden. Dies auch vor dem Hintergrund der DV-technischen Umsetzungserfordernisse u.a. unter Einbeziehung in das eAU-Verfahrens. Einspareffekte sind erst langfristig zu erwarten.
15	§ 44d Teilkrankengeld (neu)	Folgeergänzung des neuen § 44c. Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt. Sollte das BMG an der Umsetzung festhalten, dann sind Klarstellungen am RSA vorzunehmen: Mit der Einführung des Teilkrankengelds im Rahmen des neuen § 44d bedarf es der Aufnahme der neuen Krankengeldleistung in den Regelungen zum Risikostrukturausgleich, um deren Berücksichtigung gleichartig zu den Leistungsausgaben nach § 44 SGB V klarzustellen. Dazu wäre der Verweis auf den § 44d in Analogie zu § 44 in den §§ 266, 268 und § 269 SGB V sowie § 2, 4, 7 und 18 RSAV aufzunehmen.
16	§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	Die Absenkung des Krankengeldes bei Erkrankung eines Kindes wird abgelehnt, da dies einseitig zu Lasten der Versicherten geht, ohne dass die Versorgungsqualität erhöht wird. Die Versicherten

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		sind bereits durch die letzten Beitragssatzerhöhungen zur Stabilisierung der GKV-Financen in Vorleistung getreten.
17	§ 47 Höhe und Berechnung des Krankengeldes	Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt. Buchstabe a) Eine Absenkung des Krankengeldes hat auch zur Folge, dass das in Höhe des Krankengeldes gezahlte Mutterschaftsgeld abgesenkt wird (vgl. § 24i Abs. 2 Satz 5 SGB V). Sollte das BMG jedoch an der Umsetzung dieser Regelungsvorgabe festhalten, dann ist der Übergang für laufende Krankengeldzahlfälle zu konkretisieren. Buchstabe b) Die Ergänzung des Absatzes 2a führt zu einer Gleichstellung der Höhe von Entgeltersatzleistungen zwischen arbeitsfähigen Arbeitnehmern und arbeitsunfähigen Arbeitnehmern nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses. Im Vergleich zur heutigen Regelung resultiert daraus für die betroffenen Versicherten allerdings ein finanzieller Verlust für den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit nach Ende der Beschäftigung. Sofern das BMG an dieser Regelung festhält, ist sicherzustellen, dass die Regelung nicht auf den Bezug von Krankengeld abstellt, sondern auf den Anspruch auf Krankengeld, um damit der Intention der FKG-Empfehlung Nr. 56 Rechnung zu tragen.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Der Verweis auf die Berechnungsregelungen des § 47b SGB V ist nicht sachgerecht, da in den dort geregelten Fallgestaltungen bereits ein Bezug von Arbeitslosengeld vorliegt. Dies ist bei den mit der Neuregelung angesprochenen Fallgestaltungen gerade nicht der Fall. Somit fehlt die Berechnungsgrundlage für die Ermittlung des Krankengeldes in Höhe des Arbeitslosengeldes.
18	§ 48 Dauer des Krankengeldes	Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt. Sofern das BMG an dieser Regelung festhält, sind Konkretisierungen hinsichtlich des Fristbeginns beim 3-Jahreszeitraum erforderlich.
19	§ 49 Ruhen des Krankengeldes	Die Ergänzung ist eine sachgerechte Folgeänderung zu § 44d. Gezahltes Teilarbeitsentgelt führt nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs.
20	§ 50 Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes	Die Regelung ist sachgerecht. Der Umfang der Inanspruchnahme der Teilrente (Prozent-Anteil) ist künftig von der DRV zu übermitteln.
21	§ 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	Die Regelung ist sachgerecht
22	§ 55 Leistungsanspruch	Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Sie führt zwar zu einer Entlastung der Leistungsausgaben der Krankenkassen, belastet aber in gleichem Maß einseitig die Versicherten finanziell, ohne gleichzeitig die Versorgungsqualität zu erhöhen. Sofern das BMG dennoch an der Reduzierung der Festzuschüsse festhält, sollte bei erbrachter Eigenvorsorge, die nach den bestehenden Regelungen zu einem höheren Festzuschuss führt, das aktuelle Bonusniveau erhalten bleiben, so dass Versicherten in diesem Fall im Verhältnis zu heute keine höheren Eigenanteile entstehen. Hierdurch würde die Attraktivität der Zahnvorsorge gesteigert.
23	§ 61 Zuzahlungen	Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt. Die Zuzahlungserhöhung hat eine reine Finanzwirkung, die einseitig Versicherte belastet und vor allem vulnerable Personengruppen überproportional betrifft. Zudem hat die Erhöhung von Zuzahlungen keine Steuerungswirkung, da es gerade bei veranlassten Leistungen grundsätzlich keine medizinischen Alternativen gibt. Sofern das BMG an der geplanten Gesetzesänderung festgehalten wird, sind notwendige IT-Anpassungen zu berücksichtigen. Um Fehlerquellen zu minimieren, wäre eine frühzeitige Kenntnis der angepassten Zuzahlungshöhen in Euro-Beträgen sinnvoll. Das BMG sollte diese zeitgleich mit der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V zum 15.09. des Jahres für das Folgejahr zur Verfügung stellen. Ebenfalls wäre klarzustellen, dass die vorgesehene Dynamisierung beginnend mit dem Kalenderjahr 2028 erfolgt.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Notwendige RSA-Anpassungen fehlen: Die hier geregelte Anhebung der Zuzahlungsbeträge führt ohne Anpassung des Risikostrukturausgleichs zu deutlichen Wettbewerbsnachteilen von Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Anteil an Versicherten mit Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V (Härtefälle). Denn diese Versicherten leisten keine zusätzlichen Zuzahlungen, die Zuweisungen der Krankenkassen basieren aber jeweils auf einem durchschnittlichen Anteil an diesen Versicherten; für die Krankenkasse folgt eine durchschnittliche Refinanzierung bei unterdurchschnittlichen Einnahmen aus Zuzahlungen. Die FKG hat daher in ihrem ersten Bericht eine sehr eindeutige Empfehlung ausgesprochen: <i>„Zudem sollte der Risikostrukturausgleich der Krankenkassen aus Gründen der Wettbewerbsneutralität so angepasst werden, dass nicht Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen zuzahlungsbefreiten Versicherten die entsprechenden Einnahmeausfälle allein tragen müssen.“ (Seite 105)</i> Diese Anpassung des Risikostrukturausgleichs muss durch Einführung entsprechender versichertenbezogener Risikomerkmale erfolgen. Diese würden nicht nur zur empfohlenen Glättung der wettbewerblichen Unwuchten führen, sondern darüber hinaus die ohnehin bestehende deutliche Unterdeckung und damit Risikoselektionsanreize zu Lasten dieser besonders schutzbedürftigen Versichertengruppe manipulationssicher beseitigen sowie die Zielgenauigkeit des Zuweisungsverfahrens deutlich verbessern. Für die Anpassung des Risikostrukturausgleichs wäre • die Bildung versichertenbezogener Risikomerkmale (§ 266 SGB V, § 2 RSAV) • sowie die Meldung, Verarbeitung und Prüfung der notwendigen Informationen (§ 267 SGB, §§ 7 und 20 RSAV) zu regeln. Im Zuge dieser notwendigen Anpassung ließen sich weitere wettbewerbliche Schieflagen im Risikostrukturausgleich ebenfalls synergetisch lösen. Für die Notwendigkeit der Ergänzung um weitere sozioökonomische und soziodemographische Merkmale, • wie der Bezug von Bürgergeld nach dem SGB II,

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		• einer Erwerbsminderungsrente nach dem SGB VI • oder für die Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI liegen ebenfalls wissenschaftlich fundierte Belege vor. Auch für diese Versichertengruppen können im bestehenden RSA mit direkter Morbiditätsorientierung die Ursachen und Zusammenhänge für eine höhere Leistungsanspruchnahme erklärt werden, die gerade nicht durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen greifbar sind.
24	§ 63 Grundsätze Modellvorhaben	Die Regelung ist sachgerecht. Durch die Änderung wird die Klarstellung aufgehoben, dass Modellvorhaben und damit verbundene Mehraufwendungen nicht gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität verstoßen im Fall kompensatorischer Einsparungen durch Maßnahmen des jeweiligen Vorhabens. Allgemein ist mit dieser Regelung jedoch ein Hemmnis für künftige Modellvorhaben verbunden.
25	§ 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel	Die Regelung ist sachgerecht. Allerdings sollte an die Stelle der bisherigen retrospektiv ermittelten Grundlohnsummenentwicklung gem. § 71 Abs. 3 SGB V die prospektive Schätzung der Einnahmenentwicklung des Gesundheitsfonds bereinigt um zweckgebundene Sonderzuweisungen treten. Zu Buchstabe a) Elementarer Bestandteil einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ist auch nach dem ersten Bericht der FKG die konsequente Umsetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Daher ist die Preisentwicklung in den Leistungsbereichen wieder ohne Ausnahmen auf die festgestellte Einnahmenentwicklung zu begrenzen. Bisherige Ausnahmeregelung wie in Absatz 2 Satz 2 liefen dem Ziel der Beitragssatzstabilität zuwider. Zu Buchstabe b)

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Es ist sachgerecht, die Regelung zur einmaligen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 4 Satz 1 bei der Berechnung der Grundlohnrate nicht zu berücksichtigen. Ergänzend sind in Abs. 1 für einen besseren Einnahmenbezug die rechtlichen Grundlagen der Vertragspartner so zu schärfen, dass die gesetzliche Einschränkung „es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten“ nicht wie bisher dauerhaft für die Durchsetzung zu hoher Vergütungssteigerungen genutzt werden kann (auch durch Schiedsämter). Dies verhindert den notwendigen Strukturwandel. Daher müssten die Voraussetzungen für die Darlegung von Versorgungsrisiken und Wirtschaftlichkeitsreserven schiedsams- und gerichtsfest angepasst werden. Maßstab für die Vergütung muss die effizienteste Form der Leistungserbringung sein, als Anreiz für alle Beteiligten zur permanenten Förderung der Effizienz. Vergütungsanpassungen (Preiskomponente) müssen so kalkuliert werden, dass alle erwartbaren Mengen- und Struktureffekte bei der Ausgabenwirkung ebenfalls mitberücksichtigt werden müssen, wenn sie die Einnahmenentwicklung überschreiten, dies muss auch für durch Schiedsamt getroffene Preisregelungen gelten.
26	§ 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung	Diese Regelung ist sachgerecht. Sie bildet sowohl die Streichung der Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathika) als auch die Einführung des Vertragskatalogs (kassenindividuelle Rabattverträge zu Patentarzneimitteln) ab. Darüber hinaus wäre es sachgerecht, insbesondere vor dem Hintergrund der geltenden Regelungen von §§ 2, 12 SGB V grundsätzlich wirkstoffübergreifend die wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln zu unterstützen. Hierfür sind in den Ordnungsprogrammen der Ärztinnen und Ärzte die Jahrestherapiekosten eines Arzneimittels in der Standarddosierung der Erhaltungstherapie verpflichtend auszuweisen. Zudem ist die wirkstoffübergreifende Anzeige von Arzneimitteln auch

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		mit Rabattvertrag im Anwendungsgebiet, sortiert nach absteigender Wirtschaftlichkeit, verpflichtend einzuführen.
27	§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung	Die Regelung ist sachgerecht. Die darüberhinausgehende regulatorische Vorgabe, dass für zusätzliche Leistungen ein Abschlag bei den Preisen zu vereinbaren ist und dies in Verbindung mit einem quartalsweisen Vergleich der Teilnehmerzahlen gesetzt wird, wird allerdings als konzeptionell nicht schlüssig und stark interpretationsfähig eingeschätzt. Die praktische Umsetzung, insbesondere auf Ebene des einzelnen Arztes, wird deshalb mit erheblichen Friktionen und Dissonanzen verbunden sein. Zwar ist das Argument einer Kostendegression bei einem Anstieg der Teilnehmerzahlen grundsätzlich zutreffend, jedoch berücksichtigt die globale Vorgabe weder die verschiedenen Vertragstypen („Vollversorgungs- vs. Add-on-Verträge“) noch die unterschiedliche Betroffenheit einer Arztpraxis bei Veränderung der Gesamtteilnehmerzahl. Zu bedenken ist auch, dass es sich in der Mehrzahl um durch Schiedspersonen festgesetzte Verträge handelt. Bei einer Nichteinigung zur Abschlagsregelung würde dies zu einem erneuten Schiedsverfahren führen. Änderungsbedarf: Es wird deshalb vorgeschlagen, die allgemeine Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität beizubehalten („§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“). Darüber hinaus sollte aber der Kontrahierungszwang für HzV-Verträge aufgehoben und in eine freiwillige Möglichkeit zur Vereinbarung solcher Verträge überführt werden. So können partnerschaftlich praxis- und bedarfsgerechte regionale Regelungen zur Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gefunden werden. Die aufgeführten Kosteneinsparungen sind nicht nachvollziehbar und weiter zu konkretisieren.
28	§ 74 Stufenweise Wiedereingliederung	Diese Regelung ist sachgerecht. Jedoch ist zu klären, ob und inwieweit die Regelungen nach § 44c SGB V und § 74 SGB V parallel Bestand haben sollen oder zu harmonisieren sind.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
30	§ 85 Punktwert und Gesamtvergütung für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz	Der Regelungsvorschlag ist sachgerecht. Mit der Regelungsänderung wird klargestellt, dass für die Veränderung der Punktwerte und für die Gesamtvergütung für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz die Veränderungsrate der Grundlohnsumme gilt. Ausgenommen von dieser Regelung sind weiterhin die Präventionsleistungen sowie die Parodontitistherapie für Versicherte, die einem Pflegegrad zugeordnet oder in der Eingliederungshilfe leistungsberechtigt sind. Gleichwohl sollte im Sinne des Grundsatzes, dass gleiche Leistungen gleich vergütet werden, der zweite Halbsatz („<i>dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22,22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind.</i>“) gestrichen werden. Die Leistungen des zweiten Halbsatzes werden historisch gewollt mit einem höheren Punktwert (Individualprophylaxe-Punktwert) als alle anderen BEMA-Leistungen vergütet. Selbst bei einer gleichmäßigen prozentualen Steigerung wird der Abstand in jedem Jahr größer. Durch den Verzicht auf die zeitlich befristete geringere Grundlohnrate wird der Unterschied zwischen den Punktwerten überproportional vergrößert.
31	§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	zu a) Diese Regelung ist sachgerecht. Die gesetzliche Vorgabe, wonach für Vertragszahnärztinnen und -ärzte eine gesonderte Vergütung für die erstmalige sowie für weitere Befüllungen der ePA vorzusehen sind, wird gestrichen. Die Nutzung der ePA ist Teil der ärztlichen Dokumentation. Die Befüllung wird durch die technische Integration in die Praxisverwaltungssysteme unterstützt und führt zu keinen Mehraufwänden in Praxen. Zudem profitieren Zahnarztpraxen durch eine verbesserte Transparenz über den Behand-

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		lungsstand der Patientinnen und Patienten. Zeitaufwändige administrative Aufwände für das Anfordern vergessener oder das Digitalisieren ausschließlich in Papierform vorliegender Befunde entfallen, wodurch Effizienzvorteile in den Zahnarztpraxen entstehen. zu b) Die Regelung ist zu begrüßen. Bis spätestens zum 31. Dezember 2027 sollen alle Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung zu insgesamt vier Leistungskomplexen zusammengefasst werden. Mit dieser Regelung sollen Fehlanreize zur Überversorgung vermieden werden. zu c) Die Streichung von Satz 25, der die Vergütung der Aktualisierung der ePA regelt, ist sachgerecht und zwingend geboten. Der bestehende Vergütungsrahmen ist mit hohen Kosten für die GKV verbunden. Positive Effekte auf das Praxisgeschehen (geringere Verwaltungsarbeiten etwa durch das unmittelbare Einsehen von Befunden) werden gänzlich ausgeblendet. Stattdessen werden Mehraufwände für die Aktualisierung der ePA in der Praxis vergütet, die mit der fortschreitenden Verbesserung bei der technischen Umsetzung und Automatisierung in den Praxisverwaltungssystemen sinken werden. umso mehr ist es angezeigt, dass zusätzliche Vergütungen zeitnah abgeschafft werden. Es ist davon auszugehen, dass bei einem sehr hohen Prozentsatz von Behandlungsfällen die Aktualisierung der ePA abgerechnet werden kann. Bei 600 Mio. Behandlungsfällen und einer Vergütung von nahezu 2 EUR würden bei Nichtabschaffung Kosten nahe an der Milliardenschwelle (Schätzung RefE nur 770 Mio. Euro) drohen. Die Streichung von Satz 26, der die Vergütung der Erstbefüllung der ePA vorsieht, ist sachgerecht.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Zwei Jahre nach der flächendeckenden Einführung der ePA, dem Wechsel vom Opt-In zum Opt-Out-Verfahren, der verpflichtenden Nutzung seitens der Leistungserbringer und der Annahme, dass die ePA-Erstbefüllung für einen Großteil der GKV-Versicherte im Jahr 2026 abgeschlossen sein wird, bedarf es keiner Fortführung einer gesonderten Vergütung für die Erstbefüllung der ePA. Auch im Hinblick auf die Effizienzgewinne, die den hierfür notwendigen Zeitaufwand übersteigen. Auch hier ist aufgrund des zunehmend verbesserten technischen Fortschritts der PVS mit einer künftigen Reduzierung der Arbeitsaufwände für die Erstbefüllung der ePA zu rechnen. zu d) aa) Die Regelung ist sachgerecht. Mit dieser Änderung werden die TSVG-Zuschläge für Hausärztinnen und Hausärzte gestrichen. Sie ist Teil der Reformvorschläge der FKG. Eine Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses hatte keine spürbare Versorgungsverbesserung durch diese Regelung festgestellt. Auch der Bundesrechnungshof hatte eine sofortige Streichung der Maßnahmen gefordert. zu d) bb) Die Streichung einer gesonderten Vergütung der Organspendeberatung ist sachgerecht, da eine Erhöhung der Organspendebereitschaft durch die Beratung nicht festgestellt werden kann und diese Maßnahme zu keiner Verschlechterung der Versorgung führt. Zudem erschließt sich vor dem Hintergrund des allgemeinen, hausärztlichen Versorgungsauftrages und der Vergütung über Versichertenpauschalen, die eine Beratung bis zu 10 Minuten beinhaltet, eine gesonderte Vergütung nicht. Das Thema Organspende kann zudem als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden, so dass die Informationspflicht durch weitere Akteure und den Staat erfüllt werden kann. Der Einspareffekt mit rund 90 Millionen Euro für das Jahr 2027 und bis zu 170 Millionen. Euro für 2030 weicht ab von der Prognose der FKG von jährlich 60 Millionen Euro.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		zu e) aa) Die Regelung ist sachgerecht. Mit dieser Änderung werden die TSVG-Zuschläge für Fachärztinnen und Fachärzte gestrichen. Sie ist Teil der Reformvorschläge der FKG. Eine Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses hatte keine spürbare Versorgungsverbesserung durch diese Regelung festgestellt. Auch der Bundesrechnungshof hatte eine sofortige Streichung der Maßnahmen gefordert. zu e) bb) Streichung der Zuschläge für psychotherapeutische Leistungen im Rahmen des ersten Therapieblocks einer Kurzzeittherapie ab Januar 2027: Die Neuregelung kann dazu beitragen, Fehlanreize zu reduzieren und ist somit sachgerecht und begrüßenswert. Die in der Gesetzesbegründung adressierte Notwendigkeit von Patientensteuerung bei gleichzeitig vorliegender Leistungsausweitung, hoher Versorgungsdichte und Nachfrage verdeutlicht weiteren Änderungsbedarf. Um Wirksamkeit und Effizienz der psychotherapeutischen Behandlung zu fördern, ist § 92 Abs. 6a SGB V wie folgt zu ergänzen. Neuer Satz 2: <i>„Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bis zum XX.XX.XXXX die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie zur psychotherapeutischen Behandlung auf Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse.“</i> zu f) Bei der jährlichen Anpassung des Orientierungspunktwertes soll der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gelten. D. h. die Vergütungsanpassungen aufgrund gestiegener Kosten in ärztlichen Praxen dürfen die Entwicklung der Grundlohnsumme nicht übersteigen. Die Regelung ist sachgerecht.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Die Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität auch bei der Anpassung des Orientierungspunktwertes ist Teil der Reformvorschläge der FKG. zu g) Im Bereich der kieferorthopädischen Behandlung ist vorgesehen, Leistungskomplexe einzuführen, die eine Bewertung unabhängig von der Behandlungsdauer vorsehen. Die Regelung ist zu begrüßen, denn sie bedeutet eine Abkehr von der Einzelleistungsvergütung hin zur Pauschalvergütung. Ziel ist es, die Behandlungsdauer eines kieferorthopädischen Behandlungsfalls zeitlich zu begrenzen. Dies soll durch die Bildung von vier Leistungskomplexen in Abhängigkeit des Schweregrades erfolgen. Mit der zu ermittelnden Gesamtpunktzahl sind dann aber auch alle Leistungen abgegolten, unabhängig von der Gesamtbehandlungsdauer.
32	§ 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	zu a) Die Regelung ist sachgerecht. Die Einhaltung des Grundsatzes der Beitragsstabilität bei der Anpassung der Orientierungspunktwerte ist Teil der Reformvorschläge der FKG. In den Verhandlungen ist abzusichern, dass die Anpassung des Orientierungspunktwertes so kalkuliert wird, dass alle erwartbaren Mengen- und Struktureffekte bei der Ausgabenwirkung ebenfalls mitberücksichtigt werden. (siehe auch Hinweis zu § 71 SGB V) zu b) Die Regelung ist sachgerecht.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Eine Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses hatte keine spürbare Versorgungsverbesserung durch diese Regelung festgestellt. Auch der Bundesrechnungshof hatte eine sofortige Streichung der Maßnahmen gefordert. Zukünftig soll die Grundlohnrate als feste Obergrenze für die Ausgabenentwicklung dienen. Laut Satz 4 sind die Krankenkassen weiterhin im Falle eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zu unbegrenzten Nachzahlungen verpflichtet. Um dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu genügen, sollte Satz 4 gestrichen werden. <u>Änderungsbedarf:</u> Nr. 32 b) wird wie folgt geändert: „Absatz 3 Satz 4 bis 20 werden durch die folgenden Sätze ersetzt [...]“. zu c) Der Vorschlag ist sachgerecht, da der technische Fehler in der gesetzlichen Regelung zur Entbudgetierung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin korrigiert wird. Bei der erstmaligen Festsetzung der Kinderarzt-MGV wurde das 2. Quartal 2022 als Referenzquartal herangezogen anstatt des jeweiligen Vorjahresquartals. Außerdem blieb bei der erstmaligen Festsetzung der Kinderarzt-MGV die Fortentwicklung des Behandlungsbedarfs von 2022 auf 2023 unberücksichtigt. Dadurch wird die festgesetzte Kinderarzt-MGV zu niedrig angesetzt. Das führt zu Doppelzahlungen und damit zu dauerhaft überhöhten Ausgleichszahlungen von jährlich etwa 140 Millionen Euro. Über die Verwendung dieser zusätzlichen Ausgaben besteht keine Transparenz. Die Behebung dieses Fehlers ist daher zwingend erforderlich und erfolgt durch Angleichung an die bestehenden Regelungen zur Entbudgetierung bei den Hausarzt/-innen. Die Bestimmung des jeweiligen prozentualen Anteils und Multiplikation mit der für das jeweilige Quartal vereinbarten und bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung muss für die quartalsweise

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Festsetzung, aber nicht wie im Referentenentwurf vorgesehen für die jährliche Fortschreibung erfolgen. Mit der Korrektur wird die vollständige Vergütung kinderärztlicher Leistungen weiterhin gewährleistet. Die Verlängerung des bestehenden Evaluationsauftrags des Bewertungsausschusses an das BMG um quartalsweise Berichte bis zum 31. Dezember 2027 wird begrüßt, um eine sachgerechte Bewertung dazu zu ermöglichen, ob die Mehrausgaben tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Allerdings ist diese Maßnahme nicht ausreichend, denn die Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte sollte grundsätzlich zurückgenommen werden. Durch die Entbudgetierung hat sich keine Versorgungsverbesserung für die Kinder und Jugendlichen ergeben, dafür aber deutliche Honorarzuwächse. Diese Honorarzuwächse sind v. a. in den KV-Regionen zu beobachten, wo vor der Entbudgetierung eine niedrige Auszahlungsquote vorlag. Dies deutet darauf hin, dass den Honorarzuwächsen keine Versorgungsverbesserung gegenübersteht. <u>Änderungsbedarf:</u> Aufgrund der mit diesem Gesetz vorgenommenen Änderungen ist im neuen Absatz 3b Satz 1 der Verweis wie folgt zu korrigieren: "[...] <i>mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 6 vollständig zu vergüten.</i>" Im neuen Absatz 3b Satz 4 ist die Streichung der folgenden Textierung erforderlich: „<i>sowie für deren jährlichen Fortschreibung ab dem ..[einsetzen: Datum des ersten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Quartals]</i>“ Der Verweis auf § 87a Abs. 3 Satz 5 Nummer 8 im Rahmen des Evaluationsauftrags ist wegen der Streichung dieses Satzes durch Nr. 32 lit. b) durch einen Zusatz „<i>in der bis zum ... geltenden Fassung</i>“ zu ergänzen. zu d)

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Regelung ist sachgerecht Sollten die gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin bzw. der hausärztlichen Versorgung Ausgleichszahlungen leisten müssen, sind diese um einen Abschlag zu mindern, um der allgemeinen Kostendegression aufgrund von Fallzahlsteigerungen gerecht zu werden. Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, diesen prozentualen Abschlag festzulegen. Die Vertragspartner auf Landesebene werden verpflichtet, diesen Abschlag auf die Kinderarzt- bzw. Hausarzt-MGV anzuwenden. <u>Änderungsbedarf:</u> Folgende redaktionelle Anpassungen bzgl. der Verweise sind notwendig: Satz 2: "[...] Kinder- und Jugendmedizin und der hausärztliche Leistungsbedarf aus der nach Absatz 3b Satz 9 [...]" Satz 3: "Sofern die Krankenkassen nach Absatz 3b Satz 12 [...]" und "[...] Abschlag auf die vereinbarten Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 6 [...]" Satz 4: "[...] Abschlag auf die Preise der regionalen Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 6 [...]" Satz 7: "[...] nach Absatz 3b Satz 12 [...]"
33	§ 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)	Die Folgeänderung ist sachgerecht.
34	§ 87d Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (neu)	Die Regelung ist sachgerecht. Die neue Regelungssystematik in § 87d macht gesetzliche Folgeänderungen notwendig. Beispielsweise ersetzt § 87d die bisherige Vorgabe in § 87a Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 (Auftrag an den Bewertungsausschuss, Vergütungen für extrabudgetäre Leistungen zu bestimmen, die besonders gefördert werden sollen), weswegen diese zu streichen ist. In Absatz 4 Satz 1 wird auf § 87a Absatz 2 Satz 5 verwiesen. Aufgrund der mit diesem Gesetz vorgenommenen Änderungen muss nun auf § 87a Absatz 2 Satz 6 verwiesen werden.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Änderungsbedarf: § 87a Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 wird gestrichen. § 87d Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert: <i>"Abweichend von Absatz 1 Satz 1 sind ausschließlich folgende Leistungen von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 6 vollständig zu vergüten [...]".</i>
36	§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	Die Regelung ist sachgerecht. Es soll eine Überprüfung der Kieferorthopädie-Richtlinien bezüglich der kieferorthopädischen Indikationsgruppen-Einstufungen einschließlich des zugrundeliegenden Behandlungsbedarfsgrades erfolgen. Ferner soll eine evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste zur Durchführung der Röntgenleistungen aufgebaut werden. Ziel ist es, eine Überprüfung des patientenrelevanten Nutzens bezüglich der kieferorthopädischen Leistungen durchzuführen um den Hinweisen, wonach Kinder und Jugendliche zu häufig geröntgt werden, nachzugehen. Darüber hinaus ist zu begrüßen, dass Kriterien zur Sicherung der Ergebnisqualität der kieferorthopädischen Behandlung erarbeitet werden sollen.
37	§ 92a Innovationsfonds	Regelung ist sachgerecht.
38	§ 92b Durchführung der Förderung neuer Versorgungsformen und Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	Regelung ist sachgerecht.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
39	§ 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen	Regelung ist sachgerecht.
40	§ 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	Regelung ist sachgerecht. Buchstabe a und b: Durch die vorgeschlagene Regelung kann das vorgegebene Sparziel erreicht werden. Nach überschlägiger Berechnung kann sogar ein höheres Einsparpotenzial von ca. 300 Mio. Euro ab 2027 und kumuliert bis 2030 bis 1,45 Mrd. Euro erreicht werden. <u>Änderungsbedarf:</u> Es wird empfohlen, bei Reformen der DRV eine analoge Regelung zur Preisentwicklung vorzusehen, weil es ansonsten zu Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten von GKV-Versicherten kommt.
41	§ 111c Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen	Die Regelung ist sachgerecht.
42	§ 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung	Wenn das BMG an der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen festhält, ist diese Regelung sachgerecht. Allerdings wird die vorgeschlagene Ausgestaltung der Kurzzeitfallpauschalen abgelehnt (siehe dazu die Kommentierung unter Artikel 4 Nr. 2 zu den Kurzzeitfallpauschalen).

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		<u>Änderungsbedarf:</u> Es wird empfohlen, die Hybrid-DRGs ersatzlos zu streichen und die Vergütung für diese Leistungen auf EBM-Niveau zu überführen, um die massive Übervergütung im vertragsärztlichen Bereich abzuschaftern. Dies ist erklärtes Ziel des Referentenentwurfs.
43	§ 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	zu a) Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht. zu b) Die Berücksichtigung der Entwicklung beitragspflichtiger Einnahmen bei der Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen ist angesichts der Mengendynamik sachgerecht und folgt der Logik einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Zudem wird damit eine gewisse Parallelität zur vertragsärztlichen Vergütung erreicht. Allerdings bleibt das Problem der Mengendynamik weiterhin nicht gelöst.
44	§ 125 Verträge zur Heilmittelversorgung	Den Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch im Heilmittelbereich als verbindliche Obergrenze zu verankern, ist sachgerecht. Ohne Umsetzung des von der FKG vorgeschlagenen Preismoratorium für 2027 wird sich der Ausgabenanstieg allerdings auch im nächsten Jahr allenfalls leicht abgemildert fortsetzen.
45	§ 125a Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung	Die Streichung der gesonderten Pauschale zur Steuerung von Blankoverordnungen ist sachgerecht.
46	§ 127 Verträge	Zu a) Die Ergänzungen bzw. Änderungen zu den Hilfsmittelverträgen sind sachgerecht, eine Reaktivierung der Ausschreibungsoption, wie von der FKG vorgeschlagen, hätte aber einen deutlicheren Beitrag zur Begrenzung der Ausgaben bewirkt.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Zu b) Beim angedachten befristeten Sicherungsabschlag von 3 Prozent auf den Vertragspreis drohen ohne ergänzende Sofortmaßnahmen Vorzieheffekte, die das Einsparziel konterkarieren könnten. Ein sofortiges Vertragspreismoratorium ist nötig um zu verhindern, dass im laufenden Jahr unter den noch aktuellen Rahmenbedingungen Preiserhöhungen durchgesetzt werden, die die angedachten Einsparungen einkalkulieren. <u>Änderungsbedarf:</u> Nachgeschärft werden sollte auch die Regelung, wie der befristete 3 Prozent Abschlag umgesetzt wird. Der „Versorgungsbeginn“ ist kein eindeutiges, im Rahmen der Abrechnung angeliefertes und damit klar operationalisierbares Datum. Besser wäre auf das „Verordnungsdatum“ oder das „Genehmigungsdatum“ Bezug zu nehmen. Unklar ist auch wie mit laufenden Versorgungen, die mit einer z.B. monatlichen Pauschale vergütet werden, umzugehen ist. Auch hier sollte in den nächsten beiden Jahren der 3 Prozent-Abzug greifen. Um alle Vertragskonstellationen abzubilden, sollte der GKV-SV beauftragt werden eine entsprechende Umsetzungshilfe zu erstellen. Zu c) Dass die Festbeträge in den Verträgen nicht nur wie bisher unterschritten, sondern in einem gewissen Korridor auch überschritten werden können, ist nachvollziehbar, wenngleich dies den Ausgabensenkenden Effekt mindert. Sachgerecht ist, dass den bisher bestehenden Festbeträgen weiter Steuerungswirkung zukommen soll. Das für diese, teilweise seit vielen Jahren unveränderten Festbeträge ein erweiterter Verhandlungskorridor von bis zu 15 Prozent eingeräumt wird, ist nachvollziehbar.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
47	§ 130 Rabatt	Die Erhöhung des Apothekenabschlags von 1,77 Euro auf 2,07 Euro ist sachgerecht. Nach Schätzungen des Referentenentwurfes wird mit Einsparungen von 200 Millionen Euro pro Jahr für die gesetzlichen Krankenkassen kalkuliert. Allerdings wird dieser Einspareffekt voraussichtlich durch die Mehrausgaben durch das geplante erhöhte Apothekenfixum, welches etwa 1 Mrd. Euro an Mehrausgaben verursachen wird, vollständig aufgelöst und überkompensiert.
48	§ 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer	<u>Einführung dynamischer Herstellerabschlag für Patentarzneimittel</u> Grundsätzlich ist die vorgesehene dynamische Erhöhung des Herstellerabschlags ab 2027 zu sachgerecht. Dabei wird der Abschlag für Patentarzneimittel zunächst für das 1. Halbjahr 2027 um 3,5 Prozent erhöht und nachfolgend jährlich dynamisiert im Sinne einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik angepasst. Gleichwohl wird das Ziel mit der bestehenden Methodik jedoch nicht erreicht: Denn der Herstellerabschlag mindert nicht die nachfolgenden Handelsaufschläge und Umsatzsteuer. Damit ist auch ein dynamisierter Herstellerabschlag nicht in der Lage, die der GKV entstehenden Mehrausgaben aufgrund steigender Preise abzulösen. Dies gilt insbesondere angesichts des Umstands, dass mit dem vorliegenden RefE preisdämpfende Instrumente wie die Leitplankenregelung und der Kombinationsabschlag alternativlos gestrichen werden. Es stellt sich zudem die Frage, warum Biosimilars vom neuen Abschlag ausgenommen werden. <u>Änderungsbedarf:</u> Damit dieser und die weiteren Herstellerabschläge wirksamer die steigenden GKV-Ausgaben dämpfen, ist es erforderlich, dass sie den Preis <u>vor</u> Aufschlag der Handelsmargen und Umsatzsteuer reduzieren. Entsprechende gesetzliche Anpassungen sollten zeitnah umgesetzt werden. Zur Umsetzung des Soll-Ist-Vergleichs der Ausgaben erscheint es zudem sinnvoll, die Arzneimittel, die zur Berechnung dienen, kongruent zu den Arzneimitteln auszugestalten, auf die der dynamische Herstellerabschlag angewendet wird.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Gleichwohl bleibt die Finanzwirkung der Neuregelung deutlich hinter den Vorschlägen der FKG zurück: Denn eine basiswirksame Anhebung des Herstellerabschlags um 7 Prozentpunkte, auf die die Dynamisierung aufsetzt, erfolgt nicht. Damit ist die ökonomische Wirkung deutlich geringer als von der FKG angeregt. Entsprechend sind auch die Minderausgaben reduziert. Dies ist angesichts der gravierenden Finanzlücke der GKV und erst recht angesichts der vorgesehenen Streichung preisdämpfender Regelungen nicht sachgerecht und daher anzupassen. <u>Anpassung Herstellerabschlag für Impfstoffe</u> Für Impfstoffe mit Patent- oder Unterlagenschutz soll künftig generell ein Abschlag von 7 Prozent zusätzlich zum Referenzpreisabschlag gelten. Wenn letzterer nicht anfällt, soll zusätzlich ein Abschlag von 7 Prozent für diese Impfstoffe greifen. Auch wenn die Anpassung sachgerecht ist, sind die vorliegenden Preisregulierungs- und Herstellerabschlagsregelungen für Impfstoffe weiterhin als völlig unzureichend anzusehen. Denn sie können die fehlenden effektiven Preisregulierungsinstrumente nicht ersetzen. Weiterhin werden die Preise für Impfstoffe von den pharmazeutischen Herstellern selbst festgelegt; auch Erhöhungen sind durch die fehlende Geltung eines Preismoratoriums nicht ausgeschlossen. Im Ergebnis gilt damit weiterhin für eine Teilgruppe von Impfstoffen ggf. kein Herstellerabschlag, zudem sind die Regelungen angesichts fehlender Preisregulierungsinstrumente problemlos durch die pharmazeutischen Hersteller (über-)kompensierbar. Damit dürfte die vorliegende Regelung anstatt preisdämpfend sogar preisanheizend wirken und die Ausgaben der GKV deutlich nach oben treiben. Anstelle von Einsparungen für die GKV ist tatsächlich die Fortsetzung von Mehrausgaben nicht ausgeschlossen. Damit werden die dringend notwendigen Maßnahmen für eine Finanzierbarkeit von Schutzimpfungen nicht ergriffen.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Die FKG hatte für Schutzimpfungen angesichts der dramatischen Ausgabensteigerungen im Segment ein Preismoratorium, die Verhandlung von Erstattungsbeträgen mit Preis-Mengen-Vereinbarungen, die Wiedereinführung der Möglichkeit von Rabattverträgen sowie die generelle Geltung des Herstellerabschlags nach § 130a Absatz 1 SGB V eingefordert. Von diesen fünf Regelungen werden die ersten vier gar nicht und die letzte unzureichend umgesetzt. <u>Änderungsbedarf:</u> Um zu einer sachgerechten Begrenzung der Ausgaben im Bereich der Impfstoffe zu kommen, müssen die Maßnahmen der FKG dringend zeitnah zur Anwendung kommen: • Die Anwendung des Preismoratoriums nach § 130a Absatz 3a. Dabei ist für die aktuell im Markt befindlichen Impfstoffe ein Preismoratorium mit Stichtag 01.01.2022 einzuführen. • Die Anwendung des Abschlags nach § 130a Absatz 1 Satz 1 sowie Absatz 1b [neu] für alle Impfstoffe. • Preisverhandlungen für neu auf den Markt kommende Impfstoffe. • Preis-Mengen-Regelungen für Impfstoffe. • Ausschreibungsmöglichkeiten für Krankenkassen in Bezug auf Impfstoffe. <u>Verlängerung Preismoratorium</u> Das Preismoratorium für Arzneimittel des sog. Bestandsmarktes, die bereits vor dem 01.08.2009 im Markt waren, wird bis 31.12.2030 verlängert. Dies ist angesichts der fortgesetzten Marktbedeutung der Arzneimittel sachgerecht. Ebenso sachgerecht ist die Fortsetzung des erweiterten Preismoratoriums für Wirkstoffe mit vergleichbaren Darreichungsformen, die zuvor im Markt waren, für die das Preismoratorium künftig auch dann gilt, wenn der Zulassungsinhaber wechselt. Dies ist eine bislang bestehende Gesetzeslücke.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		<u>Preismoratorium für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung.</u> Die nunmehr befristet vorgesehene Einführung eines Preismoratoriums für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung für die Jahre 2027 bis 2030 ist sachgerecht - wenngleich der gewählte Bezugszeitpunkt zu korrigieren ist. Denn mit einer solchen Regelung können die zuletzt zweistelligen prozentualen Ausgabenzuwächse künftig zumindest befristet abgemildert werden. Da der vorgesehene Preisstichtag zur Berechnung nicht die von der FKG identifizierten hohen Kostenzuwächse der vergangenen Jahre adressiert, ist er unbedingt vom 01.01.2026 auf den 01.01.2022 vorzuverlegen. Zudem ist für diese Produkte ein Inflationsausgleich nicht sachgerecht. <u>Änderungsbedarf:</u> Um Regelungslücken bei z. B. Umbenennungen und vermeintlicher Neueinführung von Bestandsprodukten zu vermeiden, ist hier im Sinne des erweiterten Preismoratoriums für Produkte mit dem gleichen Wirkstoff ein Abschlag einzuführen, der sich auf den Preis je Wundflächeneinheit bezieht.
49	§ 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel	<u>Konkretisierung Preis-Mengen-Regelungen</u> Die -Regelungen zum Erstattungsbetrag für neue Arzneimittel sind sachgerecht. Aufgrund von Auslegungsfragen war bisher keine effiziente Umsetzung der Regelung zur Beteiligung der GKV an den Skalen-Effekten mit zunehmenden Marktanteilen möglich. Nunmehr ist ein transparentes und zielgerichtetes Verfahren beschrieben, dass regelmäßig in Abhängigkeit von der Entwicklung des jährlichen Gesamtausgabenvolumens zu Preissenkungen für neue Arzneimittel beiträgt. Es bleibt abzuwarten, ob die Beschränkung solcher Regelungen auf Arzneimittel oberhalb einer Umsatzschwelle sachgerecht ist. <u>Streichung bundesweite Praxisbesonderheiten</u> Die Regelung ist sachgerecht.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		<u>Streichung der sog. Leitplankenregelungen zur Verhandlung eines angemessenen Erstattungsbetrags</u> Die Streichung der sog. Leitplankenregelung, mit denen detailliert in Abhängigkeit vom Ergebnis der frühen Nutzenbewertung klare Vorgaben zur Höhe eines angemessenen Erstattungsbetrags formuliert wurden, ist kontraproduktiv und nicht sachgerecht. Damit wird der zwingend erforderliche Fortschritt bei der Aushandlung angemessener Erstattungsbeträge durch Rückfall auf die vor-maligen bekanntermaßen unzureichenden Regelungen aufgegeben. Im Ergebnis sind unzu-reichende Preisregulierungen mit überhöhten Erstattungsbeträgen zu erwarten. Diese können nicht durch andere Maßnahmen wie eine Dynamisierung des Herstellerabschlags oder durch eine ohne-hin erst bei hohen Umsätzen greifende Preis-Mengen-Regelung kompensiert werden. Damit wird die klare Regelung zur Durchsetzung des AMNOG-Prinzips, dass der Preis in seiner Höhe auch den Mehrnutzen einer Therapie abbildet, empfindlich geschwächt. Die Rechtslage ohne die „Leitplanken“ bietet zudem zu wenig Anreiz für die Unternehmen, eine unreife Datenlage zu verbessern und einen Zusatznutzen für die Patienten nachzuweisen. Bei schneller Aktualisierung der zweckmäßigen Vergleichstherapie hin zu Arzneimitteln mit Zusatznutzen profitieren Arzneimittel ohne Zusatznutzen vom zusatznutzengetragenen Preisniveau des Vorgän-gers, ohne selbst Evidenz generieren zu müssen. Dies führt zu einer Verstetigung bzw. weiteren Steigerung des hohen Preisniveaus innerhalb eines Clusters (Binnenreferenzierung), ohne dass eine Aussage zur Verbesserung der Versorgung für die Patienten innerhalb eines Indikationsgebiets ge-troffen werden kann. Das Instrument der Leitplanken ist geeignet, um den „Turmtreppeneffekt“ durch die zunehmende Benennung hochpreisiger patentgeschützter zweckmäßiger Vergleichsthe- rapien einzudämmen. Für die zur Streichung vorgesehenen Leitplanken ist kein funktionaläquivalenter Schutzmechanis-mus vorgesehen. Das Preisniveau patentgeschützter Arzneimittel bei nur geringer Innovationskraft

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		(gering, nicht quantifizierbar) wurde bereits vom Gesetzgeber des GKV-Finanzstabilisierungsgesetz als auskömmlich angesehen (BT-Drs. 20/3448). <u>Änderungsbedarf:</u> Alternativ ist die „Soll“-Vorgabe in eine zwingende Pflichtvorgabe, die Jahrestherapiekosten für Arzneimittel ohne Zusatznutzen nicht zu übersteigen, zu ändern. <u>Streichung zur Ausnahme von den sog. Leitplanken aufgrund von in Dtl. stattfindender klinischer Prüfungen</u> Die Streichung der Ausnahmeregelung ist folgerichtig, auch wenn die hier zugrundeliegende Streichung der sog. Leitplankenregelung nicht sachgerecht ist. <u>Geltung eines Erstattungsbetrags für wirkstoffgleiche Arzneimittel</u> Die vorgesehene Regelung zur Geltung des Erstattungsbetrags für alle nach dem 01.01.2011 ausgetobenen wirkstoffgleichen Arzneimittel ist sachgerecht. Damit werden bestehende Regelungslücken geschlossen. <u>Sonderkündigung von Erstattungsbetragsvereinbarungen</u> Die Änderungen zur Einräumung von Sonderkündigungsrechten aufgrund der neuen Preis-Mengen-Regelungen, der Streichung der sog. Leitplanken oder auch für Erstattungsbetragsvereinbarungen zu Arzneimitteln, die nicht im Handel sind, sind grundsätzlich nachvollziehbar, wenngleich zum Teil abzulehnen: Mit der vorgesehenen Streichung der Leitplanken werden aufgrund des Sonderkündigungsrechts bereits kurzfristig angemessene Erstattungsbeträge obsolet. Dies ist erwartbar mit deutlichen Mehrkosten für die GKV verbunden.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
50	§ 130e Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung	Die Regelung ist sachgerecht. Jedoch bedarf es weiterer Klarstellungen und Anpassungen, damit das Potenzial der Regelung umfassend adressiert wird. <u>Änderungsbedarf:</u> Die Beschränkung des neuen Instruments auf die fünf aufgeführten Wirkstoffgruppen ist viel zu eng gefasst. Dies ist unverständlich, wird doch mit dem neuen Instrument das Wirtschaftlichkeitsgebot nach §§ 2, 12 SGB V für die ärztliche Verordnung lediglich konkretisiert. Denn auch die wirkstoffübergreifende Ausschreibung von Rabattverträgen ist bereits heute möglich und wurde schon erfolgreich umgesetzt. Insofern ist die nach § 130e neu vorgesehene Reduzierung auf fünf Wirkstoffgruppen nicht sachgerecht und ignoriert die bereits in der Versorgung vorliegenden Verträge in dieser Konstellation. Gerade angesichts der bereits bestehenden breiten Erfahrung mit diesem Ansatz durch vereinbarte Selektivverträge zu weitaus mehr Wirkstoffen im Markt sollte von einer Begrenzung abgesehen werden. Wirkstoffübergreifende Rabattverträge auch nach dieser Regelung sollten weiterhin grundsätzlich für alle Wirkstoffgruppen offen sein. Entsprechend ist dringend anzuregen, Absatz 3 ersatzlos zu streichen, alternativ wäre die Liste der dort vorgeschlagenen Wirkstoffe als eine beispielhafte Liste durch ein „insbesondere“ einzuführen. Dies ist allein schon deshalb sachgerecht, weil ansonsten die zahlreichen bestehenden Verträge im Markt ggf. durch die Neuregelung in ihrer Umsetzung tangiert würden. Damit könnte die Neuregelung anstatt zu Einsparungen sogar zu Mehrausgaben führen.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Um dies in jedem Fall zu verhindern, sollte unbedingt - soweit auf eine Streichung des Absatzes 3 oder eine beispielhafte Aufzählung nicht verzichtet wird - eine Ausweitung der genannten Wirkstoffe auf die in Anhang 1 dieser Kommentierung aufgeführten Wirkstoffgruppen abgestellt werden. Angesichts der bestehenden Erfahrungen in der Versorgung bedarf es zudem keiner Evaluation, so dass die entsprechenden Bürokratieaufwände entbehrlich sind. Entsprechend ist der vorgeschlagene Absatz 4 zu streichen. Sachlogisch sollte ergänzend auch die angeführte zeitliche Begrenzung gestrichen werden. Kritisch ist auch die aus der Gesetzesformulierung abzuleitende Beschränkung des Instruments auf lediglich patentgeschützte Arzneimittel anzumerken: Denn auch das Wirtschaftlichkeitsgebot für die ärztliche Verordnung findet keine entsprechende Grenze: Die Zweckmäßigkeit definiert die infrage kommenden Therapien, deren Wirtschaftlichkeit leitend für die Auswahl zur Verordnung sein sollte. Eine gezielte Stärkung des Wettbewerbs im Patentmarkt kann auch erreicht werden, indem klarstellend in Absatz 1 darauf verwiesen wird, dass mindestens einer der auszuschreibenden Wirkstoffe im Anwendungsgebiet noch patentgeschützt ist. Andernfalls würden ggf. wettbewerbswesentliche Wirkstoffe, die aber bereits generisch bzw. biosimilaren verfügbar sind, systematisch ausgenommen und wesentliche Wirtschaftlichkeitsreserven könnten ggf. nicht gehoben werden. Dass dies nicht gemeint sein kann, kann auch aus der Listung bspw. der JAK-Inhibitoren abgeleitet werden, bei denen sich bereits entsprechende Biosimilars im Zulassungsverfahren befinden. Auch für weitere Wirkstoffgruppen ist absehbar ein Patentablauf zu erwarten. Eine für Jahre abschließend formulierten Liste an Wirkstoffgruppen, bei denen bereits kurz nach Geltung der Regelungen eine Umsetzung nicht mehr möglich ist, würde das Regelungsziel verfehlen.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Dringend erforderlich ist in jedem Fall eine Anpassung der Verordnungsprogramme, so dass wirtschaftliche Arzneimittel im Anwendungsgebiet künftig bevorzugt zur Verordnung angeboten werden. Dies betrifft nicht nur die hier vorgesehenen wirkstoffübergreifenden Rabattverträge, für die ein entsprechendes Rabattmeldeverfahren etabliert werden muss, sondern auch unabhängig davon die Frage der Wirtschaftlichkeit einer Therapie im Anwendungsgebiet. Entsprechend sind Vorgaben zur regelhaften Listung der Jahrestherapiekosten von Arzneimitteln aufzunehmen. Zudem sollte die wirkstoffübergreifende Abbildung wirtschaftlicher Alternativen mit Rabattvertrag, aber darüber hinausgehend auch ohne, in den Verordnungsprogrammen geregelt werden. Entsprechende Vorgaben wären in der EAMIV zu implementieren. Die Streichung des vormaligen § 130e Kombinationsabschlag (alt) verbundene Abschaffung des Kombinationsabschlags durch den vorliegenden Regelungsvorschlag wird abgelehnt, da somit der GKV dadurch jährlich mindestens ca. 130 Mio. Euro entgehen. Der Regelungsvorschlag für „Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung“ sollte daher zusätzlich zum Kombinationsabschlag umgesetzt werden.
51	§ 132 Versorgung mit Haushaltshilfe	Die Regelung ist sachgerecht. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen durch Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung anzupassen und zur finanziellen Stabilisierung beizutragen.
52	§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	Die Regelung ist sachgerecht. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen durch Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung an die

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung anzupassen und zur finanziellen Stabilisierung beizutragen. Gleichzeitig sind die mittelbaren Auswirkungen auf die soziale Pflegeversicherung im SGB XI zu berücksichtigen. Die unterschiedlichen vergütungsrechtlichen Vorgaben im SGB V und SGB XI führen zu einer deutlich höheren Komplexität der Vergütungsverhandlungen in der ambulanten Pflege, da Leistungen bislang häufig gemeinsam verhandelt werden. <u>Änderungsbedarf:</u> Vor diesem Hintergrund sollte eine Harmonisierung der vergütungsrechtlichen Rahmenbedingungen geprüft werden. Insbesondere ist eine Weiterentwicklung des § 82c SGB XI angezeigt, um eine stärkere Orientierung an wirtschaftlichen Obergrenzen zu ermöglichen. Dies würde sich positiv auf die Stabilisierung der Eigenanteile sowie der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung auswirken.
53	§ 132l Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege	Die Regelung ist sachgerecht. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen durch Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung anzupassen und zur finanziellen Stabilisierung beizutragen. Gleichzeitig sind die mittelbaren Auswirkungen auf die soziale Pflegeversicherung im SGB XI zu berücksichtigen. Die unterschiedlichen vergütungsrechtlichen Vorgaben im SGB V und SGB XI führen zu einer deutlich höheren Komplexität der Vergütungsverhandlungen in der ambulanten Pflege, da Leistungen bislang häufig gemeinsam verhandelt werden. <u>Änderungsbedarf:</u>

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Vor diesem Hintergrund sollte eine Harmonisierung der vergütungsrechtlichen Rahmenbedingungen geprüft werden. Insbesondere ist eine Weiterentwicklung des § 82c SGB XI angezeigt, um eine stärkere Orientierung an wirtschaftlichen Obergrenzen zu ermöglichen. Dies würde sich positiv auf die Stabilisierung der Eigenanteile sowie der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung auswirken.
54	§ 133 Versorgung mit Krankentransportleistungen (neu)	Die verbindliche Hinterlegung des Grundsatzes der Beitragsstabilität auch für die Vergütungen im Rettungsdienst, unabhängig ob diese auf Verträgen oder Satzungen basieren, ist sachgerecht. Die nunmehr verpflichtende Vorgabe an die Krankenkassen, bei Nichtbeachtung des § 71 Festbeträge festsetzen zu müssen, stellt das für die GKV geltende Primat klar.
55	§ 134 Vereinbarungen zu digitalen Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung	Die Regelung ist nicht sachgerecht. Die Vorschläge zu Preisbildung- und Vergütung greifen zu kurz. Die Stärkung von Schwellenwerten und Höchstbeträgen (Umstellung auf Muss-Regelung statt `Kann`) sowie die Einführung mengenbezogener Abschläge auf Vergütungsbeträge von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind nur eingeschränkt geeignet, da sie nicht an den strukturellen Ursachen ansetzen. Diesbezüglich sollten, wie von der FKG vorgeschlagen, die freie Preisbildung sowie auch die Erprobungsregelung abgeschafft werden. Allgemein sind die mengenbezogenen Abschläge in einem Range von mindestens 3 Prozent (3.000 Verordnungen/Jahr) bis mindestens 30 Prozent (100.000 Verordnungen/Jahr) sehr niedrig angesetzt (beim einem hoch skalierbaren Produkt) und bieten so nur eine begrenzte Steuerungswirkung. Auch die bisherige Kann-Regelung zu Schwellenwerten und Höchstbeträgen auf eine Muss-Regelung umzustellen, wird für die GKV nicht finanzwirksam sein, da diese bereits in der DiGA-Rahmenvereinbarung festgelegt wurden. Aus Sicht der GKV hat sich eine Berechnung der Höchstbeträge auf Basis der Herstellerpreise nicht bewährt. <u>Änderungsbedarf:</u>

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Sofern das BMG an dieser Regelung festhält, sollte der Vorschlag dahingehend weiterentwickelt werden, dass Höchstbeträge ohne Ausnahme für <i>alle</i> DiGA auf Basis der Vergütungsbeträge ermittelt werden. Ergänzend sollten, wie von der FKG vorgeschlagen, Zuzahlungen für DiGA eingeführt werden (vgl. ergänzender Änderungsbedarf).
56	§ 134a Versorgung mit Hebammenhilfe	Die Regelung ist sachgerecht. Mit der Regelung wird angepasst, dass die Vorgaben zur Beitragssatzstabilität nicht nur zu berücksichtigen, sondern anzuwenden sind.
57	§ 140a Besondere Versorgung	Die Regelung ist sachgerecht. Durch die Änderung werden die nun verschärften Vorgaben zur Beitragssatzstabilität auch auf die selektivvertraglich organisierte „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V ausgedehnt. Somit unterliegt auch die „Besondere Versorgung“ in den Jahren 2027 bis 2029 der Anwendung einer um einen Prozentpunkt geminderten Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 sowie der Streichung der Möglichkeit, Mehrausgaben durch Einsparungen in anderen Bereichen auszugleichen gemäß § 71 Abs. 2 S. 2 SGB V. Da die Verträge nach § 140a SGB V nur auf freiwilliger Basis geschlossen werden, ist eine Anbindung an die Vorgaben der Beitragssatzstabilität in diesem Kontext eigentlich nicht erforderlich und schränkt die Flexibilität ein.
58	§ 175 Ausübung des Wahlrechts	Die Regelung ist sachgerecht. Die gesetzliche Änderung unterteilt sich in zwei Unterpunkte. Während die erste Anpassung lediglich redaktioneller Art ist, betrifft die zweite Anpassung das Verfahren zur Information der Versicherten bei Änderungen des krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes. Sofern Krankenkassen bisher ihren Zusatzbeitragssatz anpassen mussten, war jedes Mitglied der Krankenkasse in einem gesonderten postalischen Schreiben auf die Beitragsanpassung und das

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		damit einhergehende Sonderkündigungsrecht sowie dessen Ausübung hinzuweisen. Ergänzend dazu ist der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz zu benennen und auf die beim GKV-Spitzenverband geführte Übersicht der Zusatzbeitragssätze hinzuweisen. Sollte der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz überschreiten, ist zudem auf die Möglichkeit des Wechsels in eine günstigere Krankenkasse hinzuweisen. Der Gesetzgeber ermöglicht mit der Gesetzesanpassung nun, dass diese Schreiben nicht nur allein postalisch, sondern auch auf dem elektronischen Wege an die Versicherten gesandt werden können, wenn die Krankenkasse entsprechende Onlineportale zur Kommunikation mit dem Versicherten vorhält, bei denen der Versicherte auf den Eingang eines solchen Schreibens per E-Mail hingewiesen wird und dieses nach der Authentifizierung für sein Onlinekonto empfangen kann. <u>Änderungsbedarf:</u> In der Regelung sollte die Möglichkeit der allgemeinen Information der Versicherten geschaffen werden. Persönliche Schreiben, wenn auch auf dem elektronischen Weg, führen zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand. Durch allgemeine Hinweise zur Anpassung des Zusatzbeitragssatzes der Krankenkasse auf ihren Internetportalen/-auftritten und in den Mitgliederzeitschriften der Krankenkassen bzw. der allgemeinen Presse kann noch aufwandsärmer kommuniziert werden.
60	§ 221 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	Die Regelung wird abgelehnt. Die Rückzahlung der Bundesdarlehen in Höhe von 5,6 Mrd. EUR stellt für die Zukunft eine große finanzielle Belastung für die GKV und die Beitragszahlenden dar. Die vorübergehende „Entlastung“ der GKV-Finzen durch Darlehen ist prinzipiell keine nachhaltige Maßnahme zur Stabilisierung, sondern eine Verschiebung von finanziellen Belastungen in die Zukunft. Daran ändert sich auch dann nichts, wenn der Rückzahlungstermin in die noch fernere Zukunft geschoben wird.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Die Darstellung der Regelung in Artikel 1 Nr. 60 als „Beitrag des Bundes“ wird daher nicht geteilt. Ein wirkungsvoller Beitrag des Bundes zur finanziellen Stabilisierung der GKV wäre die von der FKG vorgeschlagene auskömmliche Refinanzierung der Ausgaben von Bürgergeldbeziehenden oder allenfalls eine Umwandlung der Darlehen in einen zusätzlichen Bundeszuschuss nachträglich für die jeweiligen Jahre. <u>Änderungsbedarf:</u> Nach § 221a Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt: „Die dem Gesundheitsfonds mit § 12 Absatz 4 Satz 1 des Haushaltsgesetzes 2023, § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2025 und § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2026 gewährten zinslosen Darlehen in Höhe von insgesamt 5,6 Milliarden Euro verbleiben abweichend von § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2025 und § 13 Absatz 4 und 5 des Haushaltsgesetzes 2026 als ergänzende Bundeszuschüsse im Gesundheitsfonds und sind nicht an den Bund zurückzuzahlen.“
61	§ 223 Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze	Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt. Die einmalige Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze für das Kalenderjahr 2027 wirkt sich zwar positiv auf die Einnahmeseite der Krankenversicherung aus, allerdings führt die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze um 300 Euro pro Monat zu einer ungerechtfertigt hohen Belastung der Beitragszahlenden. Der durchschnittlich erhobene Zusatzbeitragssatz in der GKV stieg von 1,51 Prozent im Jahr 2023 auf 2,9 Prozent im Jahr 2026 an und hat sich damit innerhalb von nur drei Jahren fast verdoppelt. Die Abgabenlast der Beschäftigten und die Lohnnebenkosten der Unternehmen stellen bereits heute ein gravierendes wirtschaftliches Problem dar, das die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		schmäkelt und wirtschaftliches Wachstum hemmt. Hinzu kommt, dass die Beitragsbemessungsgrenze 2027 ohnehin bereits regulär auf ein sehr hohes Niveau anwachsen wird. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sind die Beitragszahlenden daher bereits in Vorleistung getreten. Die finanzielle Belastungsgrenze der Beitragszahlenden ist erreicht. Diese unverhältnismäßige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze setzt zudem für junge, gut-verdienende Versicherte weitere Anreize in das System der privaten Krankenversicherung zu wechseln, da hier mit extrem niedrigen Beiträgen geworben wird. Der Verlust dieser Mitglieder wirkt sich langfristig betrachtet nachteiliger auf die gesetzliche Krankenversicherung aus als eine breitere Lastenverteilung. Diese Wirkung bleibt bei der Bewertung völlig unberücksichtigt. Die FKG hat in ihrem ersten Bericht das Gewicht der Maßnahmen eindeutig auf die Ausgabenseite gelegt. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen auf der Ausgabenseite allein würde bereits ausreichen, um den Beitragssatz 2027 zu stabilisieren. Der nach der Kommission von den Beitragszahlenden zu tragende Anteil 2027 macht lediglich 11 Prozent des Einsparvolumens aus, während die in der Anpassung des § 223 vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze Versicherte und Arbeitgeber wesentlich stärker belastet. Eine gerechte Lastenverteilung im Sinne des Kommissionsberichts findet dadurch nicht statt. Deutschland besitzt bereits eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt mit nur durchschnittlicher Leistungsfähigkeit. Bevor nicht nachhaltige Strukturreformen auf der Ausgabenseite umgesetzt sind, ist eine Anhebung der Beitragslast ineffizient. Zu berücksichtigen ist auch, dass die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze zu höheren Krankengeldausgaben führt.
62	§ 242b Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner (neu)	Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 3 Satz 3) und Nr. 5 (§ 10) wird verwiesen. Der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner wird abgelehnt.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Sollte das BMG dennoch an der Regelung festhalten, sind die in § 242b geregelten Ausnahmetatbestände grundsätzlich sachgerecht. Allerdings sind die beschriebenen Erfüllungsaufwände viel zu gering bemessen. In der Bewertung zur Artikel 1 Nr. 5 (§ 10) ist bereits beschrieben, dass das Mitglied eine elementare Rolle bei der Mitwirkung innehat, so dass die notwendigen Informationen an die relevanten Verfahrensbeteiligten erst zeitverzögert weitergeleitet werden können. Die Verfahrensbeteiligten sind zumindest für die Arbeitnehmenden der Beschreibung der Erfüllungsaufwände zu entnehmen; hier heißt es, die Arbeitgeber bzw. deren Dienstleister haben geringfügige Aufwände bei der Anpassung der Entgeltabrechnungsprogramme. Aus dieser Beschreibung kann geschlussfolgert werden, dass die Zahlung der Beitragszuschläge für familienversicherte Ehepartner über die beitragsabführenden Stellen erfolgen soll, die die Beiträge für das Mitglied zahlen. Da die Krankenkassen die Informationen in der Regel zeitversetzt erhalten, können in der Folge die Informationen zum Beitragszuschlag auch nur zeitversetzt an die beitragsabführenden Stellen übermittelt werden, was regelhaft zu einem rückwirkenden Eingriff in die Abrechnungen bei den beitragsabführenden Stellen und damit zu Nachzahlungen und rückwirkenden Korrekturen führen wird. Auch wenn die Beitragszuschläge im Beitragsnachweis nachgewiesen werden und nach den gängigen Vorschriften auch verrechnet werden können. Fraglich bleibt, wie in diesem Zusammenhang mit beendeten „Kundenbeziehungen“ umgegangen werden soll, wenn die beitragsabführende Stelle keine Abrechnung mehr für diesen „Kunden“ durchführen muss/kann. In diesen Fällen bleibt sie der Beitragsschuldner gegenüber der Krankenkasse und die Kosten werden auf sie abgewälzt. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass ein Verweis auf das angestrebte Verfahren zur Erhebung und zur Zahlung des Beitragszuschusses für familienversicherte Ehepartner ausschließlich in der Beschreibung der Verwaltungsaufwände sehr fragwürdig anmutet, zumal auch nur auf

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		die Beteiligung der Arbeitgeber und Zahlstellen eingegangen wurde. Die Umsetzung bei den übrigen beitragsabführenden Stellen, wie z. B. der Deutschen Rentenversicherung (für Rentenbeziehende unterhalb der Regelaltersgrenze), der Bundesagentur für Arbeit (für Arbeitslosengeldbeziehende) und die Umsetzung des Beitragszuschlags für Bürgergeldbeziehende wurde nicht eingegangen. Für die genannten Personenkreise sind die Vorgehaltenen Fachverfahren ebenfalls von allen beteiligten, also auch von den Krankenkassen entsprechend anzupassen. Sofern für diese zuvor genannten beitragsabführenden Stellen Ausnahmeregelungen geschaffen werden sollten, sind die Beitragszuschläge von den Krankenkassen zu erheben und einzuziehen. In welcher Form das erfolgen soll, kann dem Gesetzentwurf ebenfalls nicht entnommen werden. Auch die Frage der Prüfung der ordnungsgemäßen Berechnung und Abführung der Beitragszuschläge bei den beitragsabführenden Stellen ist weder im Erfüllungsaufwand adressiert noch im Gesetzentwurf verankert. Im Falle der Beitragsabführung über den Arbeitgeber z. B. käme eine Prüfung im Rahmen der Betriebsprüfung, die die Deutsche Rentenversicherung durchführt, in Betracht. Die entstehenden Kosten sind wiederum durch die Einzugsstellen/Krankenkassen über die Einzugskostenvergütung auszugleichen. Auch dieser Aufwand minimiert den erwarteten Einnahmezuwachs für die Krankenversicherung. Bei selbstzahlenden Versicherten (hier in der Regel freiwillig Versicherte, Stundeten in der KVdS, usw.) wird der Beitragszuschlag künftig im Rahmen der originären Beitragsfestsetzung berücksichtigt. Dies lässt sich mit kasseninternen Softwareanpassungen der Bestandssysteme mit überschaubarem Aufwand umsetzen. Auch der Zeitraum bis zum beabsichtigten Inkrafttreten zum 01.01.2028 ist hierfür ausreichend. Nicht berücksichtigt im Erfüllungsaufwand und im Ertrag sind allerdings die Aufwände und Rückstände, die infolge der Nichtzahlung des Beitragszuschlags anfallen. Zudem werden die Beitragsrückstände infolge der Nichtzahlung des Beitragszuschlags weiter ansteigen, was sich in der Rückstandstatistik widerspiegeln wird.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Auch aufgrund der Ausnahmeregelungen für pflegende Angehörige (Pflege mind. Pflegegrad 2 wenigstens 10 Stunden/Woche) entstehen erhöhte Prüfaufwände bei den Krankenkassen, da in einer Vielzahl der Fälle die Nachweise über die Pflege erst eingeholt und manuell geprüft und verarbeitet werden müssen. Die entstehenden neuen Verwaltungsaufwände der Beteiligten sind im Erfüllungsaufwand gar nicht oder nur sehr unzureichend berücksichtigt Betrachtet man die mit dem Beitragszuschlag einhergehenden Kosten und den Bürokratieaufwand jedoch vollumfänglich und über alle am Verfahren Beteiligten hinweg, schmälern letztendlich alle diese im Erfüllungsaufwand nicht berücksichtigten Aufwände/Kosten den prognostizierten Einnahmenzuwachs von 2,2 Milliarden Euro erheblich.
63	§ 249b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung	Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt. Wenn das BMG dennoch an der Regelung festhält, fehlt jedoch die dazugehörige Anpassung des festgelegten Prozentsatzes im § 168 Absatz 1 Nummer 1b des SGB VI, die mit der geplanten Anpassung des § 249b SGB V einhergehen müsste.
64	§ 250 Tragung der Beiträge durch das Mitglied	Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr.3 (3 Satz 3), Nr. 5 (§ 10) und Nr. 58 (§ 242b) wird verwiesen. Der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner wird abgelehnt, daher wird auch die alleinige Tragung des Beitragszuschlags durch die Mitglieder abgelehnt. <u>Änderungsbedarf:</u> Sofern das BMG an der Regelung festhält, ist die Ergänzung folgerichtig zur Neuregelung Artikel 1 Nr. 62 (§ 242b SGB V).
65	§ 271 Gesundheitsfonds	Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 92a Absatz 4 (Aufbringung der Mittel für den Innovationsfonds). Die Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird begrüßt. Auch die Rückführung nicht im Haushaltsjahr bewilligter und bewilligter Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, in den Gesundheitsfonds ist sachgerecht. In dem Umfang der rückgeführten Beträge wird das Risiko zukünftiger Zuweisungskürzungen bei unterschreiten der Mindestreserve des Gesundheitsfonds minimiert.
66	§ 275c Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst	Die Regelung ist sachgerecht. Der Vorschlag 29 der FKG (gänzlicher Entfall der Quotierung) wurde jedoch nur teilweise umgesetzt, in dem Sinne, dass die Prüfquoten lediglich erhöht wurden. Der bürokratische Aufwand der quartalsweisen Auswertung und Einordnung in zulässige Höchstprüfquoten bleibt weiterhin bestehen. Das von der FKG geschätzte Einsparvolumen wird aufgrund der weiterhin bestehenden Quotierung vermutlich nicht erreicht. <u>Ergänzende Hinweise:</u> Vorschlag 35 (Retaxierbarkeit des Vorhalteanteils ohne anschließende Ausgleichsmöglichkeit) muss ab 2028 umgesetzt werden, da ansonsten die Anreizwirkung zu korrekter Abrechnung geschwächt wird. Weiterhin ist die Aufwandspauschale zu streichen, um die Stringenz der Regelung abzusichern (§ 275c Absatz 3 Satz 5 SGB V).

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		§ 275c Absatz 3 Satz 1 SGB V ist um einen Halbsatz zu ergänzen: „[...] ab dem Jahr 2027 haben die Krankenhäuser bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 80 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag gemäß Satz 4 an die Krankenkassen zu zahlen.“ Weiterhin ist es zur Sicherung der Einsparungen notwendig, das Verrechnungsverbot gemäß § 109 Absatz 6 SGB V aufzuheben. Prüfergebnisse können aufgrund des Aufrechnungsverbotes nur dann monetär umgesetzt werden, wenn diese seitens der Krankenhäuser nicht bestritten wurden oder rechtskräftig entschieden sind. Das Aufrechnungsverbot schafft also einen Anreiz, möglichst viele Fälle in ein Erörterungs- und anschließend in ein Klageverfahren zu überführen. Die Bestreitensquoten und Klagequoten steigen kontinuierlich an. Bei einigen Trägern sind strategische Bestreitungsquoten von über 90 Prozent bekannt. Die langen Laufzeiten bei Sozialgerichten führen dazu, dass eine monetäre Umsetzung der Rechnungsprüfungsergebnisse oft erst Jahre nach der leistungsrechtlichen Entscheidung erfolgen kann.
68	§ 295 Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen	Die Regelung ist sachgerecht.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
69	§ 346 Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte	Die Regelung ist sachgerecht. Die FKG hatte als Maßnahme Nr. 14 die Rücknahme der Vergütung vorgeschlagen, nicht jedoch die Verpflichtung der Leistungserbringer. Begründet wird dies mit umfassenden Effizienzsteigerungen durch die ePA. <u>Änderungsbedarf:</u> Ergänzend sollte in Abs. 1 Satz 1 die Verpflichtung zur Unterstützung auch bei der Erstbefüllung für GKV-Neuzugänge ergänzt werden. In Absatz 1 Satz 1 werden nach „§§ 347 bis 349 bei der“ <i>die Wörter „erstmaligen Befüllung und bei der“</i> ergänzt. Neben der Streichung der Absätze 3 und 5 ist auch eine Streichung der Vergütungsregelung bei den Apotheken vorzunehmen (Abs. 4). Gerade für die noch nicht zu Ende verhandelten Unterstützungsleistungen der Versicherten bei der Verarbeitung arzneimittelbezogener Daten in der elektronischen Patientenakte durch Apotheken ist die Forderung der Apotheken nach einer zusätzlichen Vergütung nach Abs. 4 angesichts der knappen Finanzreserven der GKV nicht vertretbar. Zudem sollte aufgrund der hohen Verbreitung der ePA der zur Arzneimittelabgabe notwendige Dokumentationsaufwand in der ePA (§ 346 Abs 2.) beim Packungsfixum als verpflichtende Leistung inkludiert, eingepreist und damit abgegolten sein. Der Absatz 4 ist danach ebenso zu streichen. Schließlich ist es sodann folgerichtig, den § 129 Abs. 5h Nr. 4 SGB V ersatzlos zu streichen.
71	§ 411 Vergütungsregelungen für Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene (neu)	Die Regelung ist zu streichen.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Sie ist ohne erkennbaren Bezug und ohne jeden Nachweis einer Wirtschaftlichkeit aufgenommen worden. Durch die Regelung wird • die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenkassen im Wettbewerb um Führungskräfte massiv beeinträchtigt. Führungskräfte können am Markt deutlich bessere Bedingungen erzielen: - Abwanderung von Leistungsträgern - erhebliche Probleme bei Rekrutierung qualifizierten Personals • eine flexibel an den gesetzlichen Aufgaben orientierte Unternehmensausrichtung erschwert: - Ausschluss einer Vergütungserhöhung selbst bei Aufgabenerweiterung aufgrund von Marktveränderungen oder Änderung der Unternehmenssituation/-organisation • keine Entlastung der GKV-Financen erzielt: - Bei aktuell geschätzt 220 von 60.000 Mitarbeitenden der AOKs (also 0,36 Prozent der Mitarbeitenden) würde das Vergütungserhöhungsverbot bezogen auf diesen Bestand ein Einsparvolumen von unter 1 Mio. Euro p.a. bewirken • es in der Praxis sogar gegenteilig zu höheren Vergütungen kommen: - Bei zukünftigen Vertragsabschlüssen wird das Vergütungserhöhungsverbot zu erheblich höheren Vergütungsvereinbarungen führen, um das Inflationsrisiko abzufedern Darüber hinaus ist das Vergütungserhöhungsverbot über die Dauer von sechs Jahren und der anschließenden Erhöhungsmöglichkeit gemäß der § 71 Absatz 3 SGB V des laufenden Kalenderjahres sachfremd und erscheint willkürlich. Warum nur jede siebte jährliche Veränderungsrate heranzuziehen sein soll und die jährlichen Veränderungsraten in der Zwischenzeit nicht berücksichtigt werden sollen, ist logisch nicht nachvollziehbar. Es beeinträchtigt diese willkürlich ausgewählte Personengruppe einseitig und unzumutbar.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Die Regelung stellt einen ungerechtfertigten Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen dar. Zum Kernbereich der Selbstverwaltung gehört die interne Organisation der Verwaltung einschließlich der personalwirtschaftlichen Kompetenzen. Die Regelung ist zudem offenkundig verfassungswidrig: • Die Regelung greift in die Berufsausübungsfreiheit der von ihr betroffenen Personen ein, da sie mit der Beeinflussung der arbeitsvertraglichen Vergütungsregelungen objektiv eine berufsregelnde Tendenz aufweist. • Sie behandelt die direkt unterhalb des Vorstandes tätigen AT-Führungskräfte und die entsprechenden Führungskräfte, welche tariflich eingruppiert sind oder der Dienstordnung unterfallen, ungleich. Auch behandelt sie Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene und Führungskräfte, die sich organisatorisch mehrere Stufen unterhalb der Vorstandsebene befinden, ungleich. • Sie greift in die durch die allgemeine Handlungsfreiheit geschützte Privatautonomie ein, indem sie in bestehende Arbeitsverträge eingreift und beispielsweise vertraglich vorgesehene Überprüfungen ausschließt. • Die mit der Regelung verbundenen Grundrechtseingriffe sind ungerechtfertigt. Nach der Begründung des Referentenentwurfs verfolgt die Regelung den Zweck, einen weiteren Anstieg der Vergütungen in den Spitzenpositionen zu verhindern, was zu einer dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen soll. Die Regelung ist bereits nicht geeignet, einen ernstzunehmenden Beitrag zu einer dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV zu leisten, da die mit ihr erzielten Finanzwirkungen für den Bereich der GKV verschwindend ge-

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		ring sind (s.o). Sie ist jedenfalls zur Erreichung des vorgesehen Zwecks nicht erforderlich. Angesichts des gravierenden Eingriffs durch die Vergütungsregelung ist sie für den betroffenen Personenkreis zudem unzumutbar und damit auch unverhältnismäßig im verfassungsrechtlichen Sinne.
72	§ 429 Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag (neu)	Die Regelung wird abgelehnt. Die Streichung des Kombinationsabschlags für neue Arzneimittel wird zu erheblichen Mehrausgaben für die GKV führen. Auch wenn der Kombinationsabschlag noch unzureichend breit angelegt und zudem als nachgelagerte bilaterale Abrechnung in dieser Form transaktionsaufwändig für die Krankenkassen ausgestaltet ist, so führt er zu deutlichen Erlösen von mehr als 130 Mio. Euro pro Jahr, perspektivisch weiter steigend. Das Grundproblem, nach dem Arzneimittelkombinationen erhebliche Mehrkosten verursachen, denen kein adäquater Mehrwert beim Therapieerfolg gegenübersteht, wird damit künftig nicht mehr adressiert. <u>Änderungsbedarf:</u> Beibehaltung des bestehenden § 130e SGB V.

Art. 2: Änderungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
1	§ 20 Aufbringung der Mittel, Übergangsbereich	Die Regelung ist sachgerecht. Sie ist im Rahmen der Neuregelung in Artikel 1 Nr. 63 (§ 249b SGB V) erforderlich. <u>Änderungsbedarf:</u> Allerdings fehlt im Gesetzentwurf die dazugehörige Anpassung des festgelegten Prozentsatzes im § 168 Absatz 1 Nummer 1b des SGB VI, auf welchen im § 20 Absatz 2a Satz 2 verwiesen wird. Diese Änderung muss mit der geplanten Anpassung des § 249b SGB V einhergehen.
2	§ 35a Vorstand bei Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen	Die beabsichtigte Regelung widerspricht den Feststellungen der FKG: <i>„Die Vorstandsvergütungen werden jährlich im Bundesanzeiger veröffentlicht und betrugen im Jahr 2024 GKV-weit insgesamt rund 17 Mio. Euro. Dies entspricht einem Anteil von 0,14 Prozent an den Nettoverwaltungs Ausgaben und von 0,005 Prozent an den Gesamtausgaben. Demnach kann über eine Reduktion der Vorstandssitze oder eine Begrenzung von deren Vergütungen keine beitragsrelevante Einsparung erreicht werden.“ FinanzKommission Gesundheit Erster Bericht 30.03.2026</i> Im Übrigen wird zum Verbot der Vergütungserhöhung auf die Ausführungen zu Nr. 71 § 411 SGB V (neu) verwiesen, die hier entsprechend gelten. Die vorgesehene auf Verlangen vorzulegende unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge greift in die Kompetenzverteilung zwischen Krankenkassen und den zuständigen Aufsichtsbehörden ein. Es ist Aufgabe der Rechtsaufsicht die rechtliche Bewertung dessen vorzunehmen, was die Selbstverwaltung mit Vorstandsmitgliedern verhandelt.

Art. 3: Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
1	§ 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen	Die Regelung ist sachgerecht.
2	§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte	Die Regelung ist sachgerecht.
3	§ 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets	Die Regelungen zum Pflegebudget werden kritisch gesehen. Die untenstehenden Regelungen sehen im Gegensatz zur Empfehlung der FKG (vollständige Rückgliederung) die Beibehaltung Pflegebudgets unter geänderten Finanzierungsbedingungen vor. Die von der FKG empfohlene vollständige Rückgliederung in die DRG-Fallpauschalen wird weiterhin favorisiert, da sie die Verhandlungen auf Ortsebene entlastet und gleichzeitig ökonomische Anreize setzt, die wertvolle Ressource Pflegefachpersonal effizient einzusetzen. Ebenso denkbar wäre auch eine teilweise Rückgliederung des Pflegebudgets. Dabei werden die Personalressourcen der Pflegepersonaluntergrenzen mit einem Wert oberhalb von eins multipliziert für eine bedarfsgerechte Mengenkomponeute sowie beispielsweise der durchschnittliche Tariflohn als Preiskomponeute gesetzt werden könnten. Dabei ist gleichzeitig zu regeln, dass der Aufwuchs des Pflegebudgets nicht den Wert der Veränderungsrate übersteigen darf. <u>Ergänzende Hinweise:</u> Für den Fall, dass die Vorschläge dieses Referentenentwurfs Gesetzeskraft erlangen, ist anzumerken, dass damit ein Fehlanreiz zur Ausweitung des Pflegebudgets 2026 gesetzt wird, um für 2027 eine aus Sicht der Krankenhäuser finanziell günstigere Ausgangsbasis zu schaffen. An dieser Stelle muss der Gesetzgeber Regelungen treffen, die einer bedarfsfremden Ausweitung der Basis in 2026 entgegenwirken (Beispiele: Anwerbeprämien, vorzeitige Höherstufung etc.).

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Es ist zudem klarzustellen, dass Ausgleiche nicht in die Fortschreibung des Pflegebudgets 2027 überführt werden, um deren Basiswirksamkeit zu vermeiden. Dementsprechend ist § 6a Absatz 2a Satz 1 KHEntgG zu ergänzen: Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 ist das für das Jahr 2026 vereinbarte Pflegebudget [neu:] <u>abzüglich der Ausgleiche und den Betrag für pflegeentlastende Maßnahmen gemäß Absatz 2 Satz 10.</u> <u>Buchstabe a</u> Es handelt sich hier um eine notwendige formale Anpassung, damit die im Folgenden angeführten Regelungen zum geänderten Pflegebudget (Obergrenze) und dem Auslaufen der pflegeentlastenden Maßnahmen zum Jahr 2027 umgesetzt werden können. Außerdem erfolgt eine Klarstellung, dass die mit dem KHAG eingefügte gesetzliche Vorgabe, dass Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen, insbesondere hauswirtschaftliche Tätigkeiten, unabhängig von der dienstlichen Zuordnung im Krankenhaus nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen sind, für das Jahr 2026 und Vorjahre anzuwenden ist. <u>Buchstabe b</u> Der Vorschlag 27 der FKG (vollständige Rückgliederung des Pflegebudgets) wird nicht umgesetzt. Stattdessen sieht der Regelungsvorschlag einen Fortbestand des Pflegebudgets vor. Dabei sollen Ausgabensteigerungen durch das Einziehen einer Obergrenze (maximal Veränderungswert) gedämpft werden. Wirkliche Einsparungen ergeben sich einzig aus dem Auslaufen der pflegenden Maßnahmen. Diese wurden von der FKG nachvollziehbar kalkuliert (0,7 Mrd. Euro für 2027, siehe Vorschlag 28). Eine betragsmäßige Einschätzung des Kostendämpfungsvolumen (keine Einsparung!), das mit dem Einziehen einer Obergrenze im Pflegebudget verbunden ist, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		<u>Buchstabe c</u> Die Begrenzung der Refinanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb der Veränderungsrate liegen, wird aufgehoben. Dies entspricht dem Grundtenor des BStabG, das eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik vorsieht. <u>Buchstabe d</u> Die Regelung sieht vor, dass für den Ausgleich weiterhin keine Begrenzung durch den Veränderungswert gilt, auch wenn der Anstieg des Pflegebudgets zukünftig grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt wird. Die Regelung gewährleistet, dass das Pflegebudget auch zukünftig in der vereinbarten Höhe an das Krankenhaus ausgezahlt wird. Eine basiswirksame Anhebung oder Absenkung des Pflegebudgets zum Zweck des Ausgleichs erfolgt nicht.
4	§ 6c Vergütung von Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen	<u>Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa</u> Die Regelung ist sachgerecht. Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Begrenzung der Pflegepersonalkosten, wie er auch im Art. 3 Nr. 3 für das Pflegebudget vorgesehen ist. <u>Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb</u> Die Regelung ist sachgerecht und folgt der Änderung im § 6a zum Pflegebudget. Es erfolgt auch hier die Abkehr von der Ist-Kosten-Deckung. Überschreiten die Ist-Kosten die vereinbarten Pflegepersonalkosten, erfolgt kein Ausgleich. Eine Unterschreitung wird zurückgezahlt. <u>Buchstabe b</u> Die Regelung ist sachgerecht, da das Gesamtvolumen für SüV in seiner Steigerung auf den Veränderungswert begrenzt wird.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Redaktioneller Hinweis: „§ 9 Absatz 1b Satz 1, 2 oder 3“, der Verweis auf Satz 1 muss gestrichen werden, bezieht sich auf den Landesbasisfallwert. Kritisch wird die Möglichkeit zur Durchbrechung der Obergrenze aufgrund von Leistungsveränderungen gesehen. Es besteht das Risiko, dass die SüV zur Umgehung der Obergrenze in die Menge gehen. Hier sollte konkretisiert werden, dass diese Mehrleitungen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten nur zu variablen Kosten eingestellt werden dürfen.
5	§ 8 Berechnung der Entgelte	Die Regelung ist sachgerecht (s. auch Bewertung zu Art. 4 Nr. 2).
6	§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene	<u>Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa</u> Die Regelung wird abgelehnt. Der Vorschlag Nr. 30 der FKG wird zu einem Prüfauftrag abgeschwächt. Es erscheint unwahrscheinlich, dass sich die Partner der Selbstverwaltung auf neue Regelungen zur Fallzusammenführung einigen werden können. <u>Änderungsbedarf:</u> Es wird deswegen vorgeschlagen, dass der Gesetzgeber konkretere Vorgaben zur Fallzusammenführung macht, die verpflichtend umzusetzen sind. Sofern die Vertragsparteien nicht übereinkommen, sollte zudem eine Schiedsstellenmechanismus (§ 18a Absatz 6 KHG) gesetzlich geregelt werden. <u>Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb</u> Die Regelung ist sachgerecht. Es bedarf zukünftig keiner Vereinbarung der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und der anteiligen Erhöhungsrates auf Bundesebene.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Die Einsparvolumina sind in jedem Jahr unterschiedlich hoch und abhängig von der Höhe des Veränderungswertes und der Tarifsteigerungen und damit nicht wirklich im Vorhinein abschätzbar. Es bleibt zu betonen, dass mit der Maßnahme keine Kürzung der bisherigen Ausgaben einhergeht, sondern lediglich künftige Ausgabensteigerungen begrenzt werden. <u>Buchstabe a, Doppelbuchstabe cc</u> Die Regelung ist sachgerecht., es handelt sich um eine Folgeänderung. <u>Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd</u> Die Regelung wird abgelehnt. (Siehe auch Bewertung zu Art. 4 Nr. 2). <u>Buchstabe b</u> Die Regelung ist sachgerecht. Es handelt sich um die Abschaffung der Meistbegünstigungsklausel. Damit die Ausgabenentwicklung auf die Grundlohnrate begrenzt wird, darf die Basiskorrektur aus dem Jahr 2026 in Höhe von 1,14 Prozent nicht umgesetzt werden. <u>Buchstabe c</u> Die Regelung ist sachgerecht. Es handelt sich um eine Folgeänderung. <u>Ergänzende Hinweise:</u> Die Empfehlung der FKG zur Fallzusammenführung (innerhalb von 30 Tagen, unabhängig von Krankenhausstandort und MDC-Kategorie, ist eine ökonomisch getriebene Anreizsetzung zur Hebung von Effizienzreserven in der Behandlung sowie zur Entlastung des Krankenhauspersonals. Sie trägt darüber hinaus zur Vereinfachung von administrativen (Prüf-)Prozessen bei.
7	§ 10 Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung	<u>Buchstabe a</u> Redaktionelle Änderung.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		<u>Buchstabe b</u> Folgeänderung zur Änderung § 9 Abs. 1b. <u>Buchstabe c</u> Umsetzung der FKG Empfehlung Nr. 26: Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung. <u>Buchstabe d</u> Die Regelung ist vor dem Hintergrund der Begrenzung der Zuwächse des Pflegebudgets auf den Veränderungswert sachgerecht.
8	§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Art. 4: Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
1	§ 17a Finanzierung von Ausbildungskosten	Die Regelung wird abgelehnt. Es handelt sich um eine Folgeänderung. Ausbildungsbudgets nach § 17a KHG sind weiterhin nicht durch den Veränderungswert begrenzt. <u>Änderungsbedarf:</u> Kosten der Schulen für Gesundheitsberufe (Pflege, Berufe nach §2 KHG) sollen aus Steuermitteln finanziert werden. Einsparpotenzial: 1,46 Mrd. Euro p.a. (Erforderliche Anpassung in §§26, 33 PflBG, § 17a KHG).
2	§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung	<u>Buchstabe a bis c</u> Die Regelung wird abgelehnt. Die Einführung von Kurzliegerfallpauschalen führt aufgrund des gleichzeitigen Wegfalls der Abschläge für das Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer im ersten Schritt zu Mehrausgaben. Die Annahme, dass sich im Zuge der jährlichen Neukalkulation der Kurzliegerfallpauschalen deren Bewertungsrelation zeitnah erheblich absenkt, wird bei dieser Vorgehensweise nicht geteilt, da in den ersten Tagen einer Krankenhausbehandlung gewöhnlicherweise ein Gutteil der Kosten (Diagnostik, Labor, Operation etc.) der Kosten anfällt - unabhängig von der Vergütungslogik. Außerdem ist der Anreiz für eine Kostensenkung zu gering ausgeprägt, weil die Anpassung der Relativgewichte erst mit zwei Jahren Zeitverzug erfolgt. Um den Anreiz für die Ambulantisierung deutlich zu steigern, wäre ein Abschlag auf Kurzliegerfallpauschalen ein wichtiges Instrument, bis in den Kalkulationsdaten die Absenkung der Relativgewichte durch eine deutliche Verkürzung der Liegezeit nachvollzogen werden kann. Bei Beleg-DRGs wurde in der Vergangenheit auch mit pauschalen Abschlägen auf die Hauptabteilungs-DRGs gearbeitet, weil es zu wenige Fälle für eine Kalkulation aller Beleg-DRGs gegeben hat. Mit dieser Vorgehensweise kann die Finanzwirkung deutlich vor 2030 erfolgen.

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		Zudem wird neben den Hybrid-Fallpauschalen und den DRG-Fallpauschalen ein drittes DRG-Vergütungssystem eingeführt, was die Komplexität weiter erhöht. Die ersatzlose Streichung der Hybrid-DRGs wäre hingegen folgerichtig. <u>Änderungsbedarf:</u> Für den Fall, dass das BMG an der Regelung festhält, ist dafür Sorge zu tragen, dass die Effekte sinkender Bewertungsrelationen nicht über den Umweg der Landesbasisfallwerte wieder aufgehoben werden. In § 10 Absatz 1 KHEntgG wird Satz 7 klarstellend ergänzt: Eine Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die aus § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6a, aus § 17b Absatz 4b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6b, aus § 6c oder aus § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch V [neu:] <u>sowie aus § 17b Abs. 2a KHG</u> entsteht, ist im Erlösvolumen entsprechend verändernd zu berücksichtigen, so dass hieraus keine Veränderung des zu vereinbarenden Landesbasisfallwerts entsteht. In § 10 Absatz 4 wird Satz 4 klarstellend ergänzt: Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung und Weiterentwicklung des Pflegebudgets nach § 6a, des Vorhaltebudgets nach § 6b, der Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 6c, [neu:] <u>Veränderungen gemäß §17b Abs. 2a KHG</u> und der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Anwendung.
3	§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik	<u>Buchstabe b</u> Die Regelung ist sachgerecht. Es bleibt jedoch fraglich, ob sich die Vertragsparteien auf Bundesebene auf Regelungen einigen werden können, die zu einer vermehrten Inanspruchnahme des Falldialogs führen.

Art. 5: Änderungen der Bundespflegesatzverordnung

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
1	§ 3 Vereinbarung eines Gesamtbetrags	<u>Buchstabe a bis c</u> Die Regelung ist sachgerecht. Abs. 3 Satz 5: Es handelt sich um eine Folgeänderung, da die Norm von § 9 Abs. 1 Nr. 5 hierher verschoben wurde. Die Regelung ist bereits geltendes Gesetz. Abs. 3 Sätze 8 bis 10: Die Regelung ist sachgerecht. Es fehlt lediglich ein Hinweis, dass der bestehende nicht geänderte Satz 11 nunmehr Satz 12 ist. Abs. 4: Die Regelung ist sachgerecht. Abs. 5 Sätze 4 und 5: Die Regelung ist sachgerecht.
2	§ 4 Leistungsbezogener Vergleich	Der Regelung ist sachgerecht.
3	§ 5 Vereinbarung von Zu- und Abschlägen	Die Regelung ist sachgerecht.
4	§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene	<u>Buchstabe a und b:</u> Abs. 1 Nr. 5: Die Regelung ist sachgerecht, die Streichung eines gesonderten Veränderungswerts für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird als Maßnahme zum Bürokratieabbau begrüßt. Abs. 2 Satz 2: Die Regelung ist sachgerecht, es handelt sich um eine Folgeänderung.
5	§ 15 Laufzeit	Die Regelung ist sachgerecht, es handelt sich um eine redaktionelle Änderung eines Fehlers.

Art. 6: Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
	§ 23 Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds	Die Streichung des § 23 RSAV ist eine sachgerechte Folgeänderungen aus der geänderten Finanzierung des Innovationsfonds in § 92a SGB V. Auf unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 37 wird verwiesen.

Ergänzender Änderungsbedarf

	Thema	Beschreibung
	Mengenbegrenzung bei der stationären Versorgung im Zusammenhang mit der einkaufsorientierten Ausgabenpolitik	Stationäre Versorgung Im Kontext einkaufsorientierte Ausgabenentwicklung ist die Mengenentwicklung nicht ausreichend berücksichtigt. Bis heute haben die Krankenhäuser die Fallmengen nicht auf das Niveau von 2019 angehoben. Die Differenz gegenüber 2019 beträgt nach wie vor 7 bis 8 Prozent. Ob eine Mengensteigerung erfolgen wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab: • Mit der Einführung des Pflegebudgets wurden bis heute rund 50 Tsd. Pflegekräfte eingestellt, gleichzeitig werden die PpUG nach wie vor nicht besser eingehalten. • Zudem haben die Krankenhäuser keine Verminderung beim ärztlichen Personal vorgenommen, sodass grundsätzlich ausreichend personelle Ressourcen vorhanden sein müssten, um mehr Krankenhausleistungen zu erbringen. • Gegen eine Mengensteigerung könnten die „PatientInnenpräferenzen“ wirken, weil mit Covid-19 eine gewisse Zurückhaltung von Patientinnen und Patienten gegenüber elektiven Leistungen zu beobachten ist. Auf der anderen Seite sind die Anreizmechanismen für Mengensteigerungen zu bewerten. Eine Beschränkung der Preiskomponente (Abschaffung Meistbegünstigungsklausel) und eine Absenkung des Pflegebudgets reizen die Mengensteigerung an. Die Regelungen zur Vorhaltefinanzierung im

	Thema	Beschreibung
		KHAG stellen ebenso einen Mengenanreiz da, weil die Fallmenge bzw. der Casemix für die Höhe des Vorhaltebudgets der Absprungpunkt für die Berechnung sind. In der Summe kann ein Mengenanstieg nicht ausgeschlossen werden. Um eine Begrenzung des Mengenanstiegs wirkungsvoll zu einzuführen, eignen sich verschiedenen Maßnahmen: • Ab dem Überschreiten der Leistungsmenge des Vorjahres wird krankenhausbefugten eine prozentuale Degression der DRG-Vergütung gesetzlich festgelegt, sofern der Mengenanstieg nicht auf eine Erweiterung des Versorgungsauftrags durch die Landesregierung zurückgeführt werden kann. Die Degression muss dabei spürbar höher sein als die geltenden Mehrerlösausgleiche oder der Fixkostendegressionsabschlag (FDA), z.B. 50 bis 60 Prozent. Dabei darf es keine weiteren breiten Ausnahmeregelungen geben, die die Wirkung des FDA erheblich eingeschränkt haben. Diese Mechanik ist grundsätzlich geeignet, den Anreiz für einen Mengenanstieg zu senken. • Die konsequentere Variante wäre, eine Vergütung oberhalb der Menge des Vorjahres dadurch zu erschweren, dass bei der Festlegung der Preiskomponente des einzelnen Krankenhauses im nächsten Jahr der rechnerische Differenzbetrag als technischer Effekt vom Basisfallwert des Krankenhäuser abgezogen wird. Auch andere Prozentsätze wären vorstellbar.
	Streichung der nicht kriterien-gestützten Förderung ausge-wählter Versorgungsstruktu-ren	In den einschlägigen Vorschriften des KHG und des KHEntgG ist klarzustellen, dass die Finanzierung struktureller Vorhaltekosten ausschließlich über die Vorhaltebudgets gemäß den gesetzli-chen Regelungen zur Vorhaltefinanzierung erfolgt und zusätzliche, nicht kriteriengestützte Förder-tatbestände außerhalb dieses Systems ausgeschlossen sind.

	Thema	Beschreibung
		Über die Empfehlungen der FKG hinaus spricht sich der AOK-Bundesverband zudem für die Streichung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG aus. Diese Aufgaben gehen über die in der Regelversorgung vorgesehene Zusammenarbeit der Krankenhäuser hinaus, lassen jedoch keine eindeutige Abgrenzung zu den bestehenden Zentrumsregelungen des G-BA erkennen. Darüber hinaus sieht auch der Referentenentwurf zur Notfallreform die Übertragung überregionaler Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben auf Rettungsleitstellen vor. Eine zentrale Bündelung landesweiter Koordinierungsaufgaben bei Rettungsleitstellen ist sachgerecht, um eine effiziente Steuerung von Versorgungsprozessen und Kapazitäten sicherzustellen und Doppelstrukturen zu vermeiden. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben sollte daher ausschließlich bei den Rettungsleitstellen liegen, da sie die zentrale Steuerungsfunktion in der Notfallversorgung innehaben (vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes für eine ausführliche Kommentierung).
	Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM	Die FKG hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von bis zu 225 Mio. Euro bei der kurzfristigen Absenkung der Bewertung des technischen Anteils (TL-Anteils) im EBM für technische Facharztgruppen mit besonders hohen Reinerträgen identifiziert. Dadurch kann u. a. die Finanzlast des Maßnahmenpakets gleichmäßiger und gerechter verteilt werden. Der AOK-Bundesverband stimmt der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung. Wie die FKG ausführt, können die Bewertungen des technischen Leistungsanteils in der EBM Kalkulation höher ausfallen als tatsächliche Kosten entstanden sind. Bedingt ist dies durch eine unzureichende Berücksichtigung bestimmter Faktoren, wie der tatsächlichen Geräteauslastung aufgrund veränderter Praxisstrukturen, der effektiven Nutzungsdauer des Geräts über die kalkulatorische Abschreibungszeit hinaus sowie durch Effizienzgewinne, etwa durch verkürzte Untersuchungszeiten oder automatisierte Abläufe bei der Kalkulation der Leistungen. Die Kommission empfiehlt eine Absenkung des TL bis zu 30 Prozent für die technischen Fachgruppen der Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin zu prüfen.

	Thema	Beschreibung
		Grundsätzlich scheint die Höhe der Anpassung noch nicht ausreichend. Perspektivisch wäre angezeigt, für alle Fachgruppen die beschriebenen Effekte (z. B. Praxisgröße, Auslastung, Art der Leistungserbringung) in der Kalkulationsgrundlage zu berücksichtigen und in der Vergütungssystematik anzupassen. Für die Umsetzung ist ein gesetzlicher Auftrag an den Bewertungsausschuss erforderlich, der die Bewertungen der Leistungen mit medizinisch-technischen Geräten entsprechend absenkt. Hierbei ist die MGV um das reduzierte Vergütungsvolumen zu bereinigen. Die Absenkung der Vergütung hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung. Sie führt zu einer Korrektur der zuvor genannten Faktoren und reduziert Fehlanreize in der Versorgung. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden. <u>Änderungsvorschlag:</u> § 87 Absatz 2 SGB V Satz 2 wird folgender Satz angefügt: <i>„Der Bewertungsausschuss hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit Wirkung zum 1. Januar 2027 dahingehend anzupassen, dass die Bewertungen der Leistungen berücksichtigten Kosten für medizinisch-technische Geräte pauschal um 30 Prozent abgesenkt werden.“</i>
	Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-OPs	Die FKG hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von 150 Mio. Euro bei einer Absenkung der Bewertung der augenärztlichen Operationen bei grauem Star um 30 Prozent identifiziert. Der AOK-Bundesverband stimmt der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung. Die Kalkulation der Katarakt-OPs ist aufgrund des technischen Fortschritts und der nicht mehr bestehenden Notwendigkeit zur weiteren Ambulantisierung nicht mehr sachgerecht. Aufgrund der

	Thema	Beschreibung
		zu hohen Vergütung lassen sich starke Fehlentwicklungen beobachten, die negative Auswirkungen auf die Versorgung und die Versorgungsstrukturen haben. Wie die Kommission ausführt, betrifft dies sowohl das Auseinanderdriften der Honorare von konservativ tätigen Augenärzten gegenüber ihren operativ tätigen Kollegen als auch die zunehmende Attraktivität für Finanzinvestoren, was bereits zu gebietsweise monopolartigen Strukturen führt. Diese Fehlentwicklungen führen zu einer starken Mengenausweitung. Hierfür ist ein gesetzlicher Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Absenkung der Bewertung in diesem Bereich erforderlich. Um zu einer sachgerechten Vergütung zu finden, bedarf es eines konkreten Zielwertes, der im oberen Bereich des von der Kommission gesetzten Rahmens bei 40 Prozent liegen sollte. Die Absenkung der Vergütung hat keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung und führt zu einer Korrektur der historisch bedingten Schieflage in Bezug auf die Relation verschiedener Leistungsbewertungen und korrigiert Fehlanreize in der Versorgung. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden. In dem Zusammenhang ist im EBM eine Vergütung für die in der OP verwendeten Linsen in Form einer Sachkostenpauschale in geeigneter Höhe entsprechend der tatsächlich realisierten Preise anzustreben. <u>Änderungsvorschlag:</u> § 87 Abs. 2a werden folgende Sätze angefügt: <i>„Der Bewertungsausschuss hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit Wirkung zum 1. Januar 2027 dahingehend anzupassen, dass die Bewertungen der intraocularen Eingriffe bei Katarakt sowie die zugehörigen Leistungen für Anästhesie und Narkosemanagement pauschal um 40 Prozent abgesenkt werden.“</i>
	Rücknahme der Hygienezuschläge	Die FKG hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von 120 Mio. Euro durch Streichung der gesonderten Hygienezuschläge identifiziert.

	Thema	Beschreibung
		Der AOK-Bundesverband stimmt der Kommission in der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung. Die Zuschläge wurden ohne gesetzlichen Auftrag vor dem Hintergrund der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes beschlossen. Die Hygienezuschläge sind nicht sachgerecht, da die Kosten in den Vergütungen der ärztlichen Leistungen enthalten sind. Die übliche Refinanzierung der Praxiskosten inkl. Hygieneaufwänden basiert auf Daten des Statistischen Bundesamts (Kostenstrukturerhebung). Durch die jährliche Fortschreibung der ärztlichen Vergütung mit dem Orientierungswert auf Basis der Kostenstrukturerhebungen werden Hygieneaufwände automatisch in den Praxiskosten erfasst. Somit ist gewährleistet, dass die Kosten durch die Fortschreibung der ärztlichen Vergütung vollständig und basierend auf tatsächlichen Kostendaten refinanziert werden. Durch die zusätzliche Vergütung über die sogenannten „Hygienezuschläge“ entsteht eine Doppelfinanzierung der Hygienekosten, die zu beenden ist. Mit der Streichung gehen keine Leistungseinschränkungen für die Versicherten einher und aufgrund der bereits berücksichtigten Gegenfinanzierung der Hygienekosten über die Fortschreibung des OW sind auch keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten zu erwarten. Vor diesem Hintergrund sollten die Hygienezuschläge gestrichen werden. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden. Es ist darauf hinzuweisen, dass im Bereich des ambulanten Operierens (AOP) gleichfalls Hygienezuschläge bestehen. Diese müssten ebenfalls entfallen, da die Vergütungen der AOP-Leistungen grundsätzlich überproportional hoch sind (siehe Katarakt-OPs). <u>Änderungsvorschlag:</u> § 87 Abs. 2a werden folgende Sätze angefügt: <i>„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Hygienezuschläge enthalten.“</i>

	Thema	Beschreibung
	Wiedereinführung von Ausschreibungen für Hilfsmittel	Die FKG hat in ihrem Bericht die Wiedereinführung von Ausschreibungen mit einer hohen Gewichtung der Mindestqualität empfohlen. Der auf diese Weise reaktivierte Preiswettbewerb würde zusätzliche Einsparungen in Höhe von 350 Mio. Euro bewirken.
	Einführung von Zuzahlungen bei Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)	Die FKG hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von 7 – 12 Millionen jährlich durch Einführung von Zuzahlungen für DiGA identifiziert. Der AOK-Bundesverband stimmt dem Vorschlag der Kommission zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung, Option 2: Einführung einer Zuzahlung für DiGA ähnlich wie für Heil und medizinische Behandlungspflege (10 Prozent des Preises zzgl. 15 Euro/(Folge-) Verordnung). Derzeit sind DiGA zuzahlungsfrei und werden vollständig von der GKV erstattet – unabhängig von Art, Dauer oder Intensität der Nutzung, bei zumeist bestehenden alternativen Versorgungsangeboten. Dies führt in der Praxis immer wieder zu einer stark durch Werbung initiierten Inanspruchnahme, geringer Therapietreue und hohen Abbruchraten. Mit Einführung einer Zuzahlung ist daher das Ziel verbunden, einen verantwortungsvollen Umgang mit DiGA und die Adhärenz zu fördern. Auch würde so eine Gleichbehandlung mit anderen Leistungsbereichen in Anlehnung an die Regelungen des § 61 SGB V vollzogen werden. Änderungsvorschlag: § 33a wird um einen neuen Absatz 1a ergänzt: <i>„Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten digitaler Gesundheitsanwendungen eine Zuzahlung zu leisten. Für digitale Gesundheitsanwendungen beträgt die Zuzahlung je Nutzungszeitraum 10 vom Hundert des zum Zeitpunkt der Abgabe geltenden Preises sowie 15 Euro je Verordnung bzw. Genehmigung.“</i>

Anhang 1

	Vertragskataloge	Wirkstoffe
Rheumatoide Arthritis	TNF-alpha-Inhibitoren	Adalimumab, Certolizumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab
	JAK-Inhibitoren	Baricitinib, Filgotinib, Tofacitinib, Upadacitinib
	CD-80/-86-Inhibitoren	Abatacept
	Interleukin-6-Inhibitoren	Sarilumab, Tocilizumab
	CD-20-Inhibitoren	Rituximab
Ophthalmologie	VEGF-Hemmer	Aflibecept, Bevacizumab, Brolucizumab, Faricimab, Ranibizumab
	Glucocorticoide	Dexamethason, Fluocinolon
Migräneprophylaxe	Gepante	Atogepant, Rimegepant
	CGRP-Antikörper	Eptinezumab, Erenumab, Fremanezumab, Galcanezumab
Schubförmig-remittierende Multiple Sklerose	Immunsuppressiva, Fumate	Dimethylfumarat, Diroximelfumarat, Tegomilfumarat
	Immunstimulanzien	Glatirameracetat
	Immunstimulanzien, Interferone	Interferon-beta-1a, Interferon-beta-1b, Peginterferon-beta-1a
	Immunsuppressiva, Dihydroorotat-Dehydrogenase (DHODH)-Inhibitoren	Teriflunomid

	Vertragskataloge	Wirkstoffe
	Immunsuppressiva	Cladribin
	Sphingosin-1-phosphat-Rezeptor-Modulatoren	Fingolimod, Ozanimod, Ponesimod
	CD52-Antikörper	Alemtuzumab
	Alpha4-Antikörper	Natalizumab
	CD20-Antikörper	Ocrelizumab, Ofatumumab, Ublituximab
Morbus Crohn	TNF-alpha-Inhibitoren	Adalimumab, Infliximab
	JAK-Inhibitoren	Upadacitinib
	Interleukin-23-Inhibitoren	Guselkumab, Mirikizumab, Risankizumab
	Interleukin-12, 23-Inhibitoren	Ustekinumab
	Integrin-Antagonist	Vedolizumab
Plaque-Psoriasis	Fumarsäure/-ester	Dimethylfumarat
	TNF-alpha-Inhibitoren	Adalimumab, Certolizumab, Etanercept, Infliximab
	Interleukin-17-Inhibitoren	Bimekizumab, Brodalumab, Ixekizumab, Secukinumab
	Interleukin-12, 23-Inhibitoren	Ustekinumab
	Interleukin-23-Inhibitoren	Guselkumab, Risankizumab, Tildrakizumab
	TYK-2-Inhibitoren	Deucravacitinib
	PDE-IV-Hemmer	Apremilast
Diabetes	SGLT-2-Hemmer	Dapagliflozin, Empagliflozin, Ertugliflozin
	GLP-1-Rezeptor-Agonisten	Dulaglutid, Exenatid, Liraglutid, Semaglutid, Tirzepatid
	IgE-Antikörper	Omalizumab

	Vertragskataloge	Wirkstoffe
Asthma	Interleukin-5-Inhibitoren	Reslizumab, Mepolizumab, Benralizumab
	Interleukin-4, 13-Inhibitoren	Dupilumab
	TSLP-Antikörper	Tezepelumab
Prophylaxe atherothrombotischer Ereignisse	Direkte orale Antikoagulantien (Faktor Xa-Hemmer)	Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban
Mammakarzinom	CDK4, 6-Inhibitoren	Palbociclib, Ribociclib, Abemaciclib
Hypercholesterinämie	PCSK-9-Inhibitoren	Evolocumab, Alirocumab
Hämophilie	Plasmatischer und rekombinanter Blutgerinnungsfaktor-VIII sowie monoklonaler Antikörper bei Hämophilie A	Faktor-VIII, Octocog alfa, Moroctocog alfa, Efmoroctocog alfa, Lonoctocog alfa, Rurioctocog alfa pegol, Damoctocog alfa pegol, Turoctocog alfa pegol, Turoctocog alfa, Simoctocog alfa, Efanesoctocog alfa Emicizumab
	Plasmatischer und rekombinanter Blutgerinnungsfaktor-IX bei Hämophilie B	Faktor-IX, Nonacog alfa, Albutrepenonacog alfa, Eftrenonacog alfa, Nonacog beta pegol
	Anti-Tissue-Factor-Antikörper	Marstacimab, Concizumab