



ENTWURF EINES GESETZES ZUR STABILISIERUNG DER BEITRAGSSÄTZE IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV-BEITRAGSSATZ- STABILISIERUNGSGESETZ)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REGIERUNGSENTWURF DER
BUNDESREGIERUNG VOM 29. APRIL 2026

4. MAI 2026

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG	5
ZUSAMMENFASSUNG	5
KOMMENTIERUNG	7
ART. 1 NR. 1 (§ 2 ABS. 1 SGB V – LEISTUNGEN KRANKENKASSEN GEGENÜBER VERSICHERTEN)	7
ART. 1 NR. 8 (§ 11 ABS. 6 SGB V - SATZUNGSLEISTUNGEN)	7
ART. 1 NR. 9 (§ 25 SGB V – FRÜHERKENNUNG/ HAUTKREBSSCREENING)	7
ART. 1 NR. 10 (§ 27B SGB V – ZWEITMEINUNG)	8
ART. 1 NR. 12B (§ 31 ABS. 1A SGB V – VERBANDMITTEL/SONSTIGE PRODUKTE ZUR WUNDBEHANDLUNG)	8
ART. 1 NR. 12C (§ 31 ABS. 6 SGB V – ANSPRUCH AUF CANNABIS-ARZNEIMITTEL)	9
ART. 1 NR. 13A (§ 34 ABS. 1 SGB V – OTC-ARZNEIMITTEL)	9
ART. 1 NR. 17 (§ 44C SGB V – TEILARBEITSUNFÄHIGKEIT)	10
ART. 1 NR. 25 (§ 71 ABS. 2 S. 2 ABS. 3 SGB V – BEITRAGSSATZSTABILITÄT)	10
ART. 1 NR. 26 (§ 73 ABS. 9 SGB V – PVS-SYSTEME / VERORDNUNGSSOFTWARE)	11
ART. 1 NR. 29 (§ 79 ABS. 6 SGB V I. V. M. § 35A ABS. 6A SGB IV – VERGÜTUNG VORSTÄNDE KVEN/KBV)	11
ART. 1 NR. 31 (§ 87 SGB V - BUNDESMANTELVERTRAG, EINHEITLICHER BEWERTUNGSMAßSTAB, BUNDESEINHEITLICHE ORIENTIERUNGSWERTE)	12
ART. 1 NR. 31 C) (ABSATZ 2A - STREICHUNG SATZ 25 – EPA VERGÜTUNG)	12
ART. 1 NR. 31 D) AA) UND E) AA) (ABSATZ 2B UND 2C – WEGFALL DER TSVG-ZUSCHLÄGE)	12

ART. 1 NR. 31 D) BB) (ABSATZ 2B – WEGFALL DER BERATUNG ORGAN- UND GEWEBESPENDE)	13
ART. 1 NR. 31 E) BB) (ABSATZ 2C – WEGFALL DER ZUSCHLÄGE FÜR KURZZEITTHERAPIE)	13
ART. 1 NR. 31 F) (ABSATZ 2G – AUFNAHME VERWEIS ZUR BEITRAGSSATZSTABILITÄT BEI ANPASSUNGEN DES ORIENTIERUNGSWERTS)	14
ART. 1 NR. 32 (§ 87A SGB V – REGIONALE EURO-GEBÜHRENORDNUNG, MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG, BEHANDLUNGSBEDARF DER VERSICHERTEN)	14
ART. 1 NR. 32 A) (ABSATZ 2 – AUFNAHME VERWEIS ZUR BEITRAGSSATZSTABILITÄT BEI REGIONALEN PUNKTWERTEN)	14
ART. 1 NR. 32 B) UND 32 D) (ABSATZ 3 UND ABSATZ 5 – WEGFALL DER EXTRABUDGETÄREN VERGÜTUNG VON TSVG-KONSTELLATIONEN)	15
ART. 1 NR. 32 C) (ABSATZ 3B UND ABSATZ 3C – KORREKTUR KINDERARZT-MGV UND HAUSARZT-MGV)	15
ART. 1 NR. 34 (§ 87D SGB V – VERGÜTUNG VERTRAGSÄRZTLICHER LEISTUNGEN AUßERHALB DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNG)	16
ART. 1 NR. 37 (§ 92A SGB V – INNOVATIONSFONDS)	17
ART. 1 NR. 39 (§ 106B SGB V) UND NR. 50 (§ 130E SGB V) (RABATTVERTRÄGE FÜR ARZNEIMITTEL MIT PATENTGESCHÜTZTEN WIRKSTOFFEN MIT THERAPEUTISCH VERGLEICHBARER WIRKUNG)	18
ART. 1 NR. 42 (§ 115F SGB V) I. V. M. ART. 3 NR. 5 (§ 8 KHENTGG) UND ART. 4 NR. 2 (§ 17B KHG – EINFÜHRUNG VON KURZZEITFALL-PAUSCHALEN FÜR KRANKENHÄUSER)	19
ART. 1 NR. 48B (§ 130A ABS. 2 SGB V – ABSCHLAG BEI IMPFSTOFFEN)	20
ART. 1 NR. 49 (§ 130B SGB V – PREIS-MENGEN-REGELUNGEN, STREICHUNG DER BUNDESWEITE PRAXISBESONDERHEITEN)	20
ART. 1 NR. 55 (§ 134 SGB V – KOSTENREGULIERUNG IM BEREICH DIGA)	21
ART. 1 NR. 65 (§ 271 SGB V – INNOVATIONSFONDS)	21
ART. 1 NR. 69 (§ 346 SGB V – ERSTBEFÜLLUNG BEI EPA) I. V. M. ART.1 NR. 31. C) (§ 87 ABSATZ 2A)	21

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

Den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-BStabG) hält die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für verfehlt, da er vor allem dort mit den Einsparungen ansetzt, wo ärztliche und psychotherapeutische Versorgung stattfindet. Dass insbesondere die vertragsärztliche- und psychotherapeutische Versorgung sowie die Krankenhäuser die größten Beiträge zu den angestrebten Finanzwirkungen leisten sollen, lehnt die KBV entschieden ab. Dieser Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen ist eine Rückentwicklung des qualitativ hochwertigen ärztlich und psychotherapeutisch getragenen Versorgungssystems und wird sich massiv auf die Behandlungen der Patientinnen und Patienten auswirken.

Zusätzlich zieht sich der Staat maßgeblich und dauerhaft aus seiner Verantwortung zurück. Insbesondere bei der Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen erfolgt keine ausreichende Gegenfinanzierung aus Steuermitteln. Allein zur Deckung der Beiträge für Bürgergeldempfänger wären 12 Milliarden Euro notwendig. Stattdessen wird der Gesundheitsfonds noch stärker belastet; die Bundesregierung kürzt ab dem Jahr 2027 dauerhaft den Bundeszuschuss aus Steuermitteln zur Gegenfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen um jährlich 2 Milliarden Euro. Im Jahr 2027 finanziert die Bundesregierung die bisher nicht ausgeglichenen Kosten für Bürgergeldempfänger in Höhe von jährlich 12 Milliarden Euro mit lediglich 250 Millionen Euro (welche bis ins Jahr 2030 auf 2 Milliarden Euro anwachsen). Der Staat nutzt damit faktisch die Beitragsmittel zur Deckung von Haushaltslücken im Bundeshaushalt und als Ersatzfinanzierung für versicherungsfremde Leistungen, die nicht durch die Versichertengemeinschaft über die gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren sind: ein insgesamt gesundheitspolitisch falscher Ansatz, der das Gesundheitssystem zusätzlich unter Druck setzt.

Die mit dem Regierungsentwurf geplante Umsetzung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik wird dazu führen, dass sich das Angebot von Gesundheitsleistungen qualitativ und quantitativ anpassen muss und dementsprechend zurückentwickeln wird. Die besondere Belastung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung wird dazu führen, dass sich das ärztliche und psychotherapeutische Leistungsvolumen für die unmittelbaren Untersuchungen und Behandlungen von Patientinnen und Patienten reduzieren wird und damit für die Versorgung fehlt. Wartezeiten auf ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen werden sich auch in dringenden Fällen und Behandlungsanlässen verlängern.

In Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung wird dieser Aspekt durch die geplante Streichung der sogenannten TSVG-Regelungen verstärkt. Die mit den TSVG-Regelungen incentivierten Maßnahmen der Arztpraxen für Terminvermittlung und offene Sprechstunden, um zeitnah mehr Termine anzubieten, werden aufgrund der Abschaffung der Finanzierung wieder zurückgefahren. Die ohnehin durch den Fachkräftemangel auch bei Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angespannte Situation zur Befriedigung des Bedarfs an Untersuchungen und Behandlungen wird mit dem Entwurf verschärft. Angesichts der derzeit laufenden Vorbereitungen zur Entwicklung eines Gesetzes für ein primärärztliches Steuerungssystem gemäß Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD, sollte das Finanzvolumen in Steuerungsinstrumente gestärkt statt gekürzt werden, so dass eine zukünftige Patientensteuerung darauf aufsetzen kann.

Die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland wird sich durch die geplante Begrenzung von Ausgabenvolumen von bisher außerhalb der Budgetierung gezahlter Untersuchungen in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung verschlechtern. Beispielhaft ist auf die Begrenzung der Vergütung für Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen hinzuweisen.

Das angekündigte Gesetzgebungsverfahren zur Einführung einer Abgabe auf zuckergesüßte Getränke, deren Aufkommen der GKV zugutekommen soll, begrüßt die KBV ausdrücklich. Diese Abgabe könnte Präventionsangeboten – und besonders hervorzuheben den in den letzten Jahren eingeführten Disease-Management-Programmen (DMPs) Adipositas für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche – zugutekommen. Allerdings ist die zuvor genannte Begrenzung der Vergütung gerade dieser präventiven Maßnahme diametral entgegengesetzt.

Auch die bisher politisch gewollte Ambulantisierung wird mit dem vorliegenden Regierungsentwurf zurückgeworfen. Das Angebot und damit die Strukturen für ambulante Operationen werden durch die Quotierungen nicht mehr wirtschaftlich aufrechtzuerhalten sein, so dass bisher ambulant durchgeführte Operationen in Krankenhäuser verlagert oder gar nicht stattfinden werden. Es ist demzufolge mit entsprechenden Folgen wie höheren GKV-Ausgaben und längeren Warte- und Behandlungszeiten der Patientinnen und Patienten zu rechnen.

Der Regierungsentwurf eines GKV-BStabG wird zusammenfassend von der KBV abgelehnt. Nachstehend finden Sie eine differenzierte Stellungnahme zu den einzelnen geplanten Regelungsinhalten.

KOMMENTIERUNG

ART. 1 NR. 1 (§ 2 ABS. 1 SGB V – LEISTUNGEN KRANKENKASSEN GEGENÜBER VERSICHERTEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Satz 2 in § 2, wonach „Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen sind“, wird gestrichen.

Bewertung

Die KBV kann die Intention des Gesetzgebers für diese Änderungen nachvollziehen und geht davon aus, dass entsprechende Ausnahmeregelungen in der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), u. a. in der OTC-Ausnahmeliste, entsprechend angepasst werden müssen.

ART. 1 NR. 8 (§ 11 ABS. 6 SGB V - SATZUNGSLEISTUNGEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird in § 11 klargestellt, dass homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Leistungen als zusätzliche Satzungsleistungen ausgeschlossen sind.

Bewertung

Dies ist zu begrüßen und führt den Leistungskatalog aus Sicht der KBV auf nachweislich wirksame Behandlungsmethoden zurück.

ART. 1 NR. 9 (§ 25 SGB V – FRÜHERKENNUNG/HAUTKREBSSCREENING)

Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA prüft die Richtlinien zur Früherkennung von Krankheiten auf Grundlage des aktuellen medizinischen Kenntnisstandes bis zum 31. Dezember 2027 und entwickelt sie ggf. weiter.

1. Gesundheitsuntersuchungen

Prüfung bezüglich:

- Altersgrenzen, Zielgruppen und Untersuchungshäufigkeit,
- Untersuchungsinhalte,
- geschlechtsspezifische Besonderheiten,
- Zielerkrankungen unter Berücksichtigung einer möglichen Fokussierung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken, Begleit- und Folgeerkrankungen.

2. Krebsfrüherkennungsrichtlinie – Hautkrebsscreening

Zu prüfende Fragen insbesondere:

- Ob ein risikobasiertes, opportunistisches Screening für definierte Risikogruppen möglich ist.
- Ob eine mögliche Anpassung der Untersuchungshäufigkeit angezeigt ist.

Bewertung

Aus fachlicher Sicht ist eine Überprüfung der beiden Richtlinien und eine mögliche Weiterentwicklung hin zu einem risikobasierten Screening nachvollziehbar. Vor diesem Hintergrund erscheint jedoch die durch das Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetz vorgesehene Einführung von anlasslosen und nicht evidenzbasierten Tests in Apotheken und der Ausbau pharmazeutischer Dienstleistungen umso unsinniger.

Die Überprüfungsfrist für den G-BA ist zu kurz bemessen, dies lässt eine fachlich fundierte Überprüfung unter Einbeziehung des IQWiG nicht zu.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Verlängerung der Überprüfungsfrist für den G-BA bis zum 31. Dezember 2028

ART. 1 NR. 10 (§ 27B SGB V – ZWEITMEINUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Ein Anspruch auf Zweitmeinung besteht weiterhin bei den vom G-BA festgelegten Indikationen. Neu ist, dass der G-BA nach Absatz 3 Leistungen festlegen soll, bei denen eine Zweitmeinung Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der Leistung ist. Über die Notwendigkeit einer Zweitmeinung hat der Arzt nach Absatz 6 aufzuklären und den Versicherten Informationsmaterial auszuhändigen.

Bewertung

Gemeint ist, dass die Leistung nicht ohne Zweitmeinung erbracht werden darf. Fraglich ist, warum dies nicht so geregelt, sondern an die Abrechenbarkeit der Leistung angeknüpft wurde. Nicht geklärt ist, was passiert, wenn der Versicherte keine Zweitmeinung einholt oder einholen will und von der Ärztin oder dem Arzt verlangt, die Leistung durchzuführen. Die Regelung belastet so unnötigerweise das Arzt-Patienten-Verhältnis. Sinnvoller wäre es daher, dass die Erbringung der Leistung zu Lasten der GKV an das Vorliegen einer Zweitmeinung geknüpft würde (so wie es auch in der Gesetzesbegründung steht).

Mit dem Ziel der Leistungs- und Mengenreduktion sollen durch den G-BA einzelfallgerechte, bürokratische Verfahren etabliert werden, deren Einsparvolumen unklar sind. Neben der Vermittlungs- und Erklärungslast, die weitestgehend Vertragsärztinnen und Vertragsärzten aufgebürdet wird, müssen u. a. Formulare und Meldewege etabliert werden. Darüber hinaus haben die Vertragsärzte Informationsmaterialien vorzuhalten, die sie den Versicherten aushändigen müssen. Dies führt zu einem höheren bürokratischen Aufwand vor allem bei den Vertragsärzten, der etwaige Einsparungen egalisiert.

ART. 1 NR. 12B (§ 31 ABS. 1A SGB V – VERBANDMITTEL/SONSTIGE PRODUKTE ZUR WUNDBEHANDLUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine neue erweiterte Definition der Verbandmittel eingeführt. Zusätzlich zu den bisherigen Eigenschaften wie das Bedecken oberflächengeschädigter Körperteile und/oder das Aufsaugen von Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen werden weitere Eigenschaften aufgenommen. Als Verbandmittel gilt zukünftig auch ein Gegenstand der:

1. Wunden feucht hält oder Wunden reinigt,
2. Wundexsudat oder Gerüche bindet,

3. ein Verkleben mit der Wunde verhindert oder atraumatisch wechselbar ist oder
4. Proteasemodulierend oder antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkt.

Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln und „Sonstigen Produkten zur Wundbehandlung“ regelt der G-BA in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2. Für weitere „Sonstige Produkte zur Wundbehandlung“ berät der G-BA den Hersteller (Antragsverfahren; hier dann Regelungen in der AM-RL zur Verordnungsfähigkeit). Die Übergangsfrist zur Verordnungsfähigkeit läuft Ende 2026 aus.

Bewertung

Durch die vorgesehene Regelung sind künftig auch kostenintensive, beispielsweise silberhaltige Verbandmittel ohne belegten Nutznachweis zulasten der GKV verordnungsfähig. Bislang war dies ausschließlich im Rahmen einer Übergangsregelung möglich. Diese – mehrfach verlängerte – Übergangsregelung wurde von den Herstellern jedoch nicht wie vorgesehen genutzt, um einen belastbaren Nutznachweis für ihre Produkte zu erbringen.

Durch die Erweiterung der Definition von Verbandmitteln unterliegt künftig nur noch ein sehr begrenzter Kreis sogenannter „Sonstiger Produkte“ einer Bewertung durch den G-BA. Damit wird der Grundsatz der evidenzbasierten Medizin faktisch aufgegeben und zugleich den Empfehlungen der Finanzkommission widersprochen.

Eine Zunahme von Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die GKV ist nicht auszuschließen. Das Regressrisiko für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte steigt entsprechend. Darüber hinaus sind Mehrkosten für die GKV zu erwarten, und zwar trotz der vorgesehenen Regelungen wie eines Preismoratoriums für Verbandmittel.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Es wird vorgeschlagen, die bisherige Regelung zu belassen ggf. eine weitere Verlängerung der Übergangsfrist vorzusehen.

ART. 1 NR. 12C (§ 31 ABS. 6 SGB V – ANSPRUCH AUF CANNABIS-ARZNEIMITTEL)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch wird begrenzt auf Cannabisextrakte und Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon. Cannabisblüten sind damit nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Bewertung

Die Regelung ist nachvollziehbar.

ART. 1 NR. 13A (§ 34 ABS. 1 SGB V – OTC-ARZNEIMITTEL)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Satz „dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen“ wird gestrichen.

Bewertung

Konsequent aufgrund der vorgesehenen Änderungen in § 2 und § 11 SGB V (Homöopathika, Anthroposophika).

ART. 1 NR. 17 (§ 44C SGB V – TEILARBEITSUNFÄHIGKEIT)

Beabsichtigte Neuregelung

Erstmalig wird eine gesetzliche Einführung einer abgestuften Teilarbeitsunfähigkeit vorgenommen. Versicherte mit voraussichtlich länger als vier Wochen andauernder Arbeitsunfähigkeit können freiwillig zu 25/50/75 Prozent weiterarbeiten, wenn Arzt und Arbeitgeber zustimmen. Die Ausgestaltung wird auf dem G-BA übertragen.

Bewertung

- › Paradigmenwechsel im Arbeitsunfähigkeitsrecht (bisher nur binär arbeitsfähig/arbeitsunfähig) mit zahlreichen ungeklärten Folgefragen.
- › Stufenfeststellung (25/50/75 Prozent) suggeriert eine medizinische Präzision, die bei den typischen Krankheitsbildern kaum objektivierbar ist; Haftungsfragen für den Arzt bleiben offen, bürokratischer Aufwand in Praxen wird erheblich steigen.
- › Regelhaft werden hierzu detaillierte Kenntnisse zu den Umständen am Arbeitsplatz notwendig werden, die die Praxis nicht hat bzw. nur unter höchstem Aufwand recherchieren und validieren kann.
- › Zustimmungsfiktion (Absatz 2 Satz 3) bei Schweigen des Arbeitgebers ist dogmatisch bedenklich und verfassungsrechtlich angreifbar (Art. 12, 14 GG).
- › eAU-Anpassung in Absatz 6 setzt rechtzeitige technische Umsetzung voraus – zusätzliche Kosten und Aufwände im Zusammenhang mit Teilarbeitsunfähigkeit dürfen nicht zu Lasten der Praxen gehen.

ART. 1 NR. 25 (§ 71 ABS. 2 S. 2 ABS. 3 SGB V – BEITRAGSSATZSTABILITÄT)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht eine Streichung der Möglichkeit der Überschreitung der Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen bei vertraglich abgesicherten oder Einsparungen in anderen Leistungsbereichen vor. Der Grundsatz der Beitragsatzstabilität gilt grundsätzlich für alle Vergütungsbereiche. Bei der Ermittlung der Veränderungsrate für die Jahre 2027 und 2028 bleibt die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze außer Betracht. Die Veränderungsrate wird für die Jahre 2027 bis 2029 um einen Prozentpunkt reduziert.

Bewertung

Die Regelung wird abgelehnt. Sie entspricht nicht den medizinischen Versorgungsbedarfen. Insbesondere wird nicht berücksichtigt, dass es in der Vergangenheit bereits negative Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen gab, die durch die weitere Absenkung um einen Prozentpunkt und die fehlende Berücksichtigung der Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze weiter verschärft würden. Eine negative Anpassung der Vergütung ist in jedem Fall zu vermeiden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung der Regelung.

ART. 1 NR. 26 (§ 73 ABS. 9 SGB V – PVS-SYSTEME / VERORDNUNGS-SOFTWARE)

Beabsichtigte Neuregelung

Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130e SGB V müssen enthalten sein.

Bewertung

Eine entsprechende Information der Vertragsärzte direkt im PVS über diese Rabattverträge ist – bei der vorgesehenen Verbindlichkeit – unabdingbar. Die Anpassung der PVS darf nicht zu Mehrkosten für die Vertragsärzte führen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Im PVS sollte auch die Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln mit intransparenten Preisen, insbesondere bei vertraulichen Erstattungsbeträgen, nachvollziehbar und prüfsicher abgebildet werden, um eine sachgerechte und rechtssichere Verordnungsentscheidung zu ermöglichen.

ART. 1 NR. 29 (§ 79 ABS. 6 SGB V I. V. M. § 35A ABS. 6A SGB IV – VERGÜTUNG VORSTÄNDE KVEN/KBV)

Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass eine Erhöhung der Grundvergütung der Vorstandsgehälter der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) (wie bereits jetzt beim Vorstand der KBV) während der Amtsperiode nicht zulässig ist. Nur zu Beginn einer Amtszeit soll ein Zuschlag auf die Grundvergütung der letzten Amtsperiode nach Maßgabe der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ausschließlich aus dem laufenden Kalenderjahr, in dem die Amtszeit beginnt, möglich sein. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eine niedrigere Vorstandsvergütung anordnen. Sonstige Vergütungsbestandteile (z. B. Altersvorsorge) können überhaupt nicht mehr erhöht werden. Regelungen gelten auch für bereits laufende Vorstandsdiensverträge, soweit nicht bereits eine Zusage über eine konkrete Vergütungserhöhung geregelt ist. Vereinbarungen über die Zukunftssicherung sind nur aufgrund beitragsorientierter Zusagen zulässig.

Bewertung

Die Regelung ist abzulehnen, denn

- › die Vergütungen der Vorstände der KVen und der KBV werden nicht aus Beitragsmitteln der GKV, sondern von den KV-Mitgliedern aufgebracht. Die Regelung führt somit zu keiner Beitragssatzstabilität der GKV.
- › die Regelung stellt einen gravierenden, verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigten Eingriff in die Berufsfreiheit der Vorstandsmitglieder dar, da sie zur Erreichung des Ziels der Sicherung der Beitragssatzstabilität nicht geeignet ist und im Übrigen mangels Beitragsrelevanz nicht dem Gemeinwohl der Funktionsfähigkeit der GKV dient.
- › sie bedeutet einen erheblichen Eingriff in die Selbstverwaltungsautonomie der Vertreterversammlungen.
- › die Personalgewinnung für Vorstände erfordert einen Verhandlungsspielraum, der durch eine nur einmalige Anpassung innerhalb von sechs Jahren auf der Grundlage der Veränderungsrate nur eines Jahres in unverhältnismäßiger Weise eingeschränkt wird.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung der Regelung.

ART. 1 NR. 31 (§ 87 SGB V - BUNDESMANTELVERTRAG, EINHEITLICHER BEWERTUNGSMAßSTAB, BUNDESEINHEITLICHE ORIENTIERUNGSWERTE)

ART. 1 NR. 31 C) (ABSATZ 2A - STREICHUNG SATZ 25 – EPA VERGÜTUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist die Streichung der Vergütung für die Unterstützung der Versicherten bei der Verarbeitung medizinischer Daten in der elektronischen Patientenakte (ePA) vorgesehen.

Bewertung

- › Der Umfang an Aufwänden und der Nutzen ePA für Vertragsärzte steht im direkten Zusammenhang mit den angebotenen Funktionalitäten und der Umsetzungsqualität der Praxisverwaltungssysteme (PVS). Bislang unterstützt ein zu geringer Anteil an PVSen die Vertragsärzte angemessen und ermöglicht dadurch den Vertragsärzten eine effiziente Nutzung der ePA. Hinzu kommt die nach wie vor bestehende Instabilität der Telematikinfrastruktur (TI), die einer reibungslosen und aufwandsarmen Nutzung der ePA entgegensteht.
- › Es ist daher zwingend erforderlich, im Gesetzgebungsvorhaben, in dem der gesetzliche Rahmen für die Digitalisierung weiterentwickelt werden soll, Regelungen zu treffen, die gewährleisten, dass die Befüllung der ePA durch die PVS nachweisbar besser und aufwandsärmer unterstützt werden. Eine erhebliche Verbesserung der Betriebsstabilität der TI ist ebenfalls herzustellen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Die Vergütung entsprechend der Regelungen des § 87 Absatz 2a Satz 25 SGB V sollte erhalten bleiben, bis die Funktionalitäten und Umsetzungsqualität der PVS sowie die Betriebsstabilität der TI in ausreichendem Umfang gegeben sind

ART. 1 NR. 31 D) AA) UND E) AA) (ABSATZ 2B UND 2C – WEGFALL DER TSVG-ZUSCHLÄGE)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Regelungsvorschlägen werden die sog. „TSVG-Zuschläge“ aus § 87 SGB V entfernt.

Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassungen ab:

- › Die sog. „TSVG-Regelungen“ stellen das zentrale Steuerungselement der ambulanten Versorgung dar. Durch sie wird die zeitnahe Vergabe bestimmter Termine incentiviert. Gleichzeitig stellten sie das zentrale Versprechen für die fachärztliche Versorgung in der vorvergangenen Legislaturperiode dar.
- › Bei einer Umsetzung dieser Gesetzesänderung zum Wegfall der extrabudgetären Zuschläge ohne jede Kompensation mit den entsprechenden Auswirkungen auf die etablierten Wege der Terminvermittlung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich käme es zu gravierenden Auswirkungen auf den fachärztlichen Versorgungsbereich, da die TSVG-Konstellationen überwiegend für Fachärzte definiert sind. Es wird ein negativer Anreiz für die Terminvermittlung gesetzt. Wartezeiten auf Termine in der fachärztlichen Versorgung werden steigen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 31 D) BB) (ABSATZ 2B – WEGFALL DER BERATUNG ORGAN- UND GEWEBESPENDE)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Regelungsvorschlägen wird die Leistung für die ergebnisoffene Beratung zur Organ- und Gewebespende aus § 87 SGB V entfernt.

Bewertung

- › Durch eine ergebnisoffene Information wird den Patienten im Beratungsgespräch über eine Organ- und Gewebespende eine persönliche Entscheidung für oder gegen eine Spende ermöglicht. Die Abrechnungshäufigkeiten zeigen, dass die Beratungsleistung von Hausärzten und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zunehmend in Anspruch genommen wird.
- › Die Rücknahme des gesetzlichen Auftrags für eine gesonderte Vergütung kann zur Reduktion einer diesbezüglichen Beratungszeit führen, da sie in den kurativen Behandlungskontext integriert werden muss. Welchen Einfluss dies zur Entscheidungsbereitschaft bei einer Organ- und Gewebespende haben wird, lässt sich nicht abschätzen.

ART. 1 NR. 31 E) BB) (ABSATZ 2C – WEGFALL DER ZUSCHLÄGE FÜR KURZZEITTHERAPIE)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht den Wegfall der Zuschläge zu den psychotherapeutischen Leistungen für den ersten Therapieblock der Kurzzeittherapie im EBM vor.

Bewertung

- › Der Anteil der Kurzzeittherapien könnte aufgrund der Streichung der Zuschläge abnehmen. Dadurch ist einerseits eine Steigerung der Ausgaben für die Langzeittherapien zu erwarten und zum anderen eine erhöhte Frequenz der Inanspruchnahme somatischer Fachgruppen, da der zeitnahe Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen weiter erschwert wird.

- › Die Förderung der Kurzzeittherapie wird anteilig bei der Berechnung der angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen berücksichtigt, sodass ein Wegfall der Förderzuschläge nicht vollständig zu Einsparungen der derzeitigen Ausgaben führen würde.

ART. 1 NR. 31 F) (ABSATZ 2G – AUFNAHME VERWEIS ZUR BEITRAGSSATZSTABILITÄT BEI ANPASSUNGEN DES ORIENTIERUNGSWERTS)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wird für die Fortschreibung des Orientierungswertes explizit festgeschrieben.

Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassung ab. Die Festschreibung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei der Fortentwicklung der Gesamtvergütung durch die Anpassung des Orientierungswertes stellt eine Abkehr von einer an betriebswirtschaftlichen Maßstäben orientierten Vergütungsentwicklung der ambulanten Versorgung dar.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 32 (§ 87A SGB V – REGIONALE EURO-GEBÜHRENORDNUNG, MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG, BEHANDLUNGSBEDARF DER VERSICHERTEN)

ART. 1 NR. 32 A) (ABSATZ 2 – AUFNAHME VERWEIS ZUR BEITRAGSSATZSTABILITÄT BEI REGIONALEN PUNKTWERTEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auch für die regionalen Verhandlungen explizit festgelegt.

Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassung ab. Die Festschreibung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei der Fortentwicklung der regionalen Gesamtvergütung durch die Anpassung des Punktwertes für regionale Besonderheiten in der Kosten- und Versorgungsstruktur stellt eine Abkehr von einer an betriebswirtschaftlichen Maßstäben orientierten Vergütungsentwicklung der ambulanten Versorgung dar.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 32 B) UND 32 D) (ABSATZ 3 UND ABSATZ 5 – WEGFALL DER EXTRABUDGETÄREN VERGÜTUNG VON TSVG-KONSTELLATIONEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Die extrabudgetäre Vergütung für die sog. TSVG-Fälle wird zurückgenommen.

Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassungen ab:

- › Durch die Regelungen wird das zentrale Steuerungselement für die Vergabe von Terminen abgeschafft.
- › Bei einer Umsetzung dieser Gesetzesänderung zum Wegfall der extrabudgetären Vergütung der Leistungen in vermittelten Behandlungsfällen ohne jede Kompensation mit den entsprechenden Auswirkungen auf die etablierten Wege der Terminvermittlung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich käme es zu gravierenden Auswirkungen auf den fachärztlichen Versorgungsbereich. Es wird ein negativer Anreiz für fachärztliche vertragsärztliche Versorgung gesetzt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 32 C) (ABSATZ 3B UND ABSATZ 3C – KORREKTUR KINDERARZT-MGV UND HAUSARZT-MGV)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung ändert den Aufsatz der Berechnung der Kinderarzt-MGV, die nicht mit befreiender Wirkung von der GKV gezahlt wird. Durch die Änderung wird i. d. R. eine höhere Kinderarzt-MGV ermittelt. Zudem werden Abschläge für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen auf Ausgleichszahlungen bei Überschreitung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) in den Versorgungsbereichen der Kinder- und Jugendmedizin und der allgemeinen hausärztlichen Versorgung neu aufgenommen.

Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassungen ab:

- › Die Änderung der Regelung zur MGV-Plus für Kinder- und Jugendärzte stellt einen Bruch der den Kinder- und Jugendärzten gegebenen Versprechen dar.
- › Die isolierte Betrachtung der Kinderarzt-MGV übersieht die Interaktionen mit der Bestimmung der Hausarzt-MGV: Bei der Bestimmung der Hausarzt-MGV wird „zusätzlich ausgezahltes Honorar aufgrund von Finanzmitteln der Kinderarzt-MGV“ bei der Berechnung des Honoraranteils und damit als Teil der Hausarzt-MGV erhöhend berücksichtigt. Eine Anpassung im Bereich der Kinderarzt-MGV wird in den KVen, in denen Finanzmittel aus der Kinderarzt-MGV vorhanden waren, zu einer Absenkung der Hausarzt-MGV führen, da anderenfalls die Finanzmittel im durch die Trennung der Vergütungen vorgegebenen gesamten hausärztlichen Versorgungsbereich nicht ausreichen werden. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung muss in der Folge korrigiert werden, da die Berechnungsformel

nicht mehr korrekt ist. Eine Einsparung für die GKV erfolgt in Summe in der Regel nicht, da es zu höheren Nachzahlungen bei den Hausärzten kommen würde.

- › Die Verringerung der Leistungsvergütung bei Überschreiten der MGV für Kinder- und Jugendärzte und für Hausärzte stellt einen Bruch der den Kinder- und Jugendärzten und Hausärzten gegebenen Versprechen dar.
- › Eine Abschlagsregelung bei den Ausgleichszahlungen ist nicht sachgerecht. Kostendegressionen bei Fallzahlsteigerungen gemäß § 87 Abs. 2g sind bei der Festlegung des Orientierungswertes und damit bei der Weiterentwicklung der MGV, die die Kinderarzt-MGV sowie die Hausarzt-MGV umfasst, zu berücksichtigen. Es käme hier zu einer sachlich falschen Doppelberücksichtigung der Kostendegression.
- › Die Vorgabe einer quartalsweisen Evaluation ist durch eine jährliche Evaluation zu ersetzen, um unnötigen Verwaltungsaufwand, dem keine weitergehenden Erkenntnisse gegenüberstehen, zu vermeiden.
- › Eine über die in Bearbeitung befindliche Evaluation der extrabudgetären Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie hinausgehende Evaluation wird als nicht notwendig angesehen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 34 (§ 87D SGB V – VERGÜTUNG VERTRAGSÄRZTLICHER LEISTUNGEN AUßERHALB DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelungen werden im Ergebnis verschiedene Arten von gedeckelten Gesamtvergütungen geschaffen und insbesondere wesentliche Teile der extrabudgetären Vergütung gedeckelt.

Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassungen ab:

- › Durch die Regelung werden bisherige Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung im Bewertungsausschuss negiert und die Überprüfung dieser Regelungen durch den Bewertungsausschuss erschwert. Der Gesetzgeber greift mit der Regelung massiv in die Kompetenz der gemeinsamen Selbstverwaltung ein.
- › Durch die Regelung wird erheblich neue Bürokratie geschaffen.
- › Verschiedene nebeneinander bestehende Gesamtvergütungen und Honorarverteilungen werden die Selbstverwaltungsorgane erheblich belasten.
- › Die Regelung wird zu erheblichen Rechtsstreitigkeiten führen.
- › Sofern psychotherapeutische Leistungen als Teil der MGV oder der Gesamtvergütung mit begrenztem Ausgabenvolumen nach Absatz 1 durch die Krankenkassen vergütet werden, sind diese gemäß dieser Regelung an die Psychotherapeuten zu verteilen. Da die angemessene Höhe der Vergütung dieser Leistungen ihrer Höhe nach bereits im EBM festzulegen ist und gemäß der Regelung in § 87b Abs. 2 SGB V die Honorarverteilung diese Angemessenheit umzusetzen hat, ergibt sich an dieser Stelle kein Gestaltungsspielraum für eine Quotierung der Leistungsmengen oberhalb der Begrenzung des Ausgabenvolumens. Im Ergebnis muss die Finanzierung dieser zusätzlichen Leistungen aus der MGV durch Fachärzte

erfolgen. Dies führt zu erheblichen Verteilungskonflikten zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten und wird erhebliche Rechtsunsicherheit erzeugen.

- › Die Frist, neue Leistungen automatisch nach zwei Jahren in die MGV zu überführen, ist wesentlich zu kurz. Die Etablierung dieser neuen Leistungen hat zu diesem Zeitpunkt nach den bisherigen Erfahrungen im Bewertungsausschuss noch nicht im ausreichenden Maße stattgefunden.
- › Die Analyse der Auswirkungen sollte wie üblich durch den Bewertungsausschuss erfolgen. Eine Aufspaltung der Arbeiten auf Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und dem Institut des Bewertungsausschusses ist ineffizient.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 37 (§ 92A SGB V – INNOVATIONSFONDS)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht eine Vereinfachung des Verfahrens (i. d. R. nur noch einstufig) vor. Die explizite Förderung von Fehlermeldesystemen wird gestrichen. Das Fördervolumen auf 100 Mio. Euro abgesenkt. Eine Finanzierung erfolgt ausschließlich aus dem Gesundheitsfonds. Die Fördersumme für Leitlinien wird abgesenkt. Die Übertragbarkeit der nicht bewilligten/verbrauchten Mittel wird gestrichen. Es findet eine einmalige Rückführung sämtlicher bislang nicht verbrauchter Mittel statt.

Bewertung

Die Absenkung der Fördersumme für Leitlinien auf 2,5 Mio. Euro ist kritisch zu sehen, da dies auch zu Lasten möglicher Förderungen von Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) gehen wird.

Die jährliche Rückführung nicht bewilligter Mittel ist ebenfalls kritisch zu sehen, weil es einen Anreiz für die GKV im Innovationsausschuss liefert, möglichst wenig zu fördern. Dies bedeutet auch ein Abweichen von den Vorschlägen der FKG.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Eine Fördersumme für Nationale Versorgungsleitlinien sollte explizit verankert werden.

Die jährliche Rückführung sollte sich nur – wie von der FKG vorgeschlagen – auf bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, beziehen, und nicht auf nicht bewilligte Mittel.

ART. 1 NR. 39 (§ 106B SGB V) UND NR. 50 (§ 130E SGB V) (RABATT- VERTRÄGE FÜR ARZNEIMITTEL MIT PATENTGESCHÜTZTEN WIRK- STOFFEN MIT THERAPEUTISCH VERGLEICHBARER WIRKUNG)

Beabsichtigte Neuregelung:

Krankenkassen oder ihre Verbände erhalten die Möglichkeit innerhalb – zunächst vom Gesetzgeber, ab 2031 von der jeweiligen Krankenkasse oder ihres Verbandes – festgelegter Wirkstoffgruppen Arzneimittelgruppen mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in einem Therapiegebiet festzulegen. Für diese Gruppen von patentgeschützten Arzneimitteln besteht die Möglichkeit, wirkstoffübergreifende Rabattverträge gemäß § 130a Abs. 8 oder § 130c SGB V zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen zu schließen.

Vorrangige Verordnung von rabattierten Arzneimitteln; Verordnung nicht rabattierter Arzneimittel nur im medizinisch begründeten Einzelfall. In den regionalen Prüfvereinbarungen sollen arzneimittelbezogene Verordnungsquoten für die Gruppe rabattierter Arzneimittel geregelt werden. Verordnungen rabattierter Arzneimittel werden bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit anerkannt. Bei der Erreichung der Verordnungsquote kann die Verordnung nicht rabattierter Arzneimittel aus der Gruppe von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen werden.

Bewertung:

- › Die Verordnung erfolgt durch die Vertragsärzte, so dass die Ärzteseite aufgrund der Sachnähe Einfluss auf die Festlegung der Gruppen von Arzneimitteln haben muss, für die ein Rabattvertrag abgeschlossen werden kann. Die Festlegung der Arzneimittelgruppen sollte deshalb durch den G-BA und auf Grundlage der Ergebnisse der Frühen Nutzenbewertung neuer Arzneimittel erfolgen.
- › Krankenkassenspezifische sowie ausschließlich preisorientierte und nicht evidenzbasierte Arzneimittelgruppen werden abgelehnt, da sie zu einer Fragmentierung der Versorgung führen und einzelne Versicherungsträger potenziell benachteiligen.
- › Innerhalb der in § 130e Abs. 3 aufgeführten Wirkstoffgruppen unterscheiden sich die verfügbaren Arzneimittel teilweise deutlich hinsichtlich der zugelassenen Anwendungsgebiete und ihrer Nebenwirkungsprofile. Eine Abweichung von rabattierten Wirkstoffen wäre daher selbst in einem Therapiegebiet nicht nur in Einzelfällen notwendig und muss aus medizinischer und pharmakologischer Sicht zwingend berücksichtigt werden.
- › Unterschiedlich zugelassene Anwendungsgebiete sowie Nebenwirkungsprofile führen dazu, dass die zur Befreiung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderlichen Quoten auf individueller Arzteebene nur schwer erreichbar sind. Die zusätzlich geforderte ausführliche Begründung für eine Abweichung von einem rabattierten Arzneimittel verstärkt den Dokumentationsaufwand in Arztpraxen erheblich.
- › Die Regelung verstärkt die bereits bestehende Preisintransparenz und erhöht das Risiko von Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Vertragsärzte. Konsequenterweise müsste dies zu einer vollständigen Abschaffung preisbezogener Steuerungsinstrumente führen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Änderung der Regelung, wonach die Festlegung der Gruppen von Arzneimitteln mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in einem Therapiegebiet durch den G-BA erfolgt, wie von der Finanzkommission vorgeschlagen.

Keine kassenspezifischen Arzneimittelgruppen ohne Beteiligung der Ärzteschaft. Abweichungsmöglichkeiten von der Liste müssen die Vielfalt innerhalb der Gruppen sowie die unterschiedlichen zugelassenen Anwendungsgebiete medizinisch und zulassungsrechtlich angemessen berücksichtigen.

Um Missverständnissen bei der Auslegung vorzubeugen, sollte in § 130e Abs. 1 die Formulierung „in einem Therapiegebiet“ durch „in einem zugelassenen Anwendungsgebiet“ ersetzt werden.

Konsequente und vollständige Abschaffung von preisbezogenen Steuerungsinstrumenten sowie Einführung von Bagatellgrenzen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen, um unnötige Bürokratie zu vermeiden, wie im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vorgesehen.

ART. 1 NR. 42 (§ 115F SGB V) I. V. M. ART. 3 NR. 5 (§ 8 KHENTGG) UND ART. 4 NR. 2 (§ 17B KHG – EINFÜHRUNG VON KURZZEITFALL- PAUSCHALEN FÜR KRANKENHÄUSER)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung sollen die Fälle, die mit neu ausschließlich für Krankenhäuser einzuführenden Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, bei der Auswahl des Leistungskataloges für die spezielle sektorengleiche Vergütung gemäß § 115f SGB V angerechnet werden.

Bewertung

- › Mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen wird die nach § 115f SGB V eingeführte spezielle sektorengleiche Vergütung gehemmt.
- › Die Auswahl der Leistungen nach § 115f SGB V wird auf den AOP-Katalog beschränkt. Dies steht einer Erweiterung für neue Leistungsbereiche entgegen.
- › Eine solche Erweiterung ist ausschließlich für Krankenhäuser über die Kurzzeitfallpauschalen möglich. Kriterien für die Fälle, die mit den Hybrid-DRG nicht adäquat vergütet werden, sind nicht festgelegt. Diese Festlegung erfolgt zweiseitig ohne Beteiligung der vertragsärztlichen Expertise.
- › Dadurch werden Fälle, die in eine Hybrid-DRG eingeflossen wären, durch Kurzzeitfallpauschalen „ersetzt“ und Vertragsärzte von der Ergänzung zum Leistungskatalog nach § 115b/f SGB V ausgeschlossen.
- › Eine vollwertige Ambulantisierung muss auch Möglichkeiten der Verlagerung in die vertragsärztliche Versorgung mit den damit verbundenen Vorteilen, u. a. Patienten-Arzt-Bindung, Versorgung aus einer Hand und hohen Qualitätsstandards vorsehen.
- › Nicht tolerabel ist es, dass lediglich postoperative Weiterbehandlungen nach den Kurzzeitfallpauschalen in den vertragsärztlichen Bereich verlagert werden. Die Kurzzeitfallpauschalen setzen durch die verweildauerunabhängige Vergütung zusätzlich Anreize, Patienten vorzeitig zur poststationären Weiterbehandlung in den vertragsärztlichen Bereich abzugeben. Die hierzu notwendigen Leistungen belasten die vertragsärztliche morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 48B (§ 130A ABS. 2 SGB V – ABSCHLAG BEI IMPFSTOFFEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Für Impfstoffe, für die Patent- oder Unterlagenschutz besteht, erhalten die Krankenkassen zusätzlich zum Referenzabschlag nach Satz 1 einen Abschlag in Höhe von 7 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers. Der Abschlag in Höhe von 7 Prozent gilt für Impfstoffe unter Patent- und Unterlagenschutz auch, wenn aufgrund der Tatsache, dass der Listenpreis in Deutschland unter oder auf dem Referenzpreis liegt, kein Abschlag nach Satz 1 anfällt. Für Impfstoffe, für die ein Patent- oder Unterlagenschutz besteht und für die ein Referenzabschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden kann, gilt gemäß Satz 5 zusätzlich zum Abschlag nach Absatz 1 Satz 1 künftig ein zusätzlicher Abschlag in Höhe von 7 Prozent.

Bewertung

Es fehlen für den Abbau von Impfhürden dringend notwendige Regelungen zur Regress-Sicherheit der Vertragsärzte bei Impfstoffen.

ART. 1 NR. 49 (§ 130B SGB V – PREIS-MENGEN-REGELUNGEN, STREICHUNG DER BUNDESWEITE PRAXISBESONDERHEITEN)

Beabsichtigte Neuregelung zu Preis-Mengen-Regelungen

Es wird ein konkretes Rabattmodell vorgegeben, sofern sich GKV-SV und pharmazeutischer Hersteller nicht auf eine Preis-Mengen-Regelung einigen können.

Bewertung

Grundsätzlich Zustimmung. Allerdings tragen Preis-Mengen-Modelle zu einer weiteren Intransparenz der Preise bei. In diesem Zusammenhang ist erneut die Abkehr von preisbezogenen Steuerungsinstrumenten im Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu fordern.

Beabsichtigte Neuregelung zur Streichung der bundesweiten Praxisbesonderheiten

Die Regelung zur Vereinbarung der bundesweiten Praxisbesonderheiten im Rahmen der Erstattungsbeitragsverhandlungen (§ 130b Abs. 2 SGB V) soll ersatzlos gestrichen werden.

Bewertung

- › Der Wegfall bundesweiter Praxisbesonderheiten führt zu Rechtsunsicherheit und erhöhtem Regressrisiko für Vertragsärztinnen und -ärzte.
- › Es entsteht ein erheblicher zusätzlicher Bürokratieaufwand durch individuelle Begründungen in Prüfverfahren.
- › Eine regionale Ungleichbehandlung identischer medizinischer Leistungen ist zu erwarten.
- › Schwerpunkt- und spezialisierte Praxen werden wirtschaftlich benachteiligt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Rücknahme der Streichung der Regelung zur Vereinbarung der bundesweiten Praxisbesonderheiten im Rahmen der Erstattungsbeitragsverhandlungen (§ 130b Abs. 2 SGB V).

Abschaffung von preisbezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

ART. 1 NR. 55 (§ 134 SGB V – KOSTENREGULIERUNG IM BEREICH DIGA)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht eine Begrenzung der Preisfestsetzung im ersten Jahr auf Höchstbeträge vor. Zudem sind Vergütungsabschläge für DiGA je nach Abgabemenge vorgesehen: Es wird eine gestaffelte Absenkung vorgesehen, die mit zunehmender Menge stufenweise ansteigt und je nach Größenordnung zwischen 2 Prozent (zw. 3.001-10.000) und 30 Prozent (ab 100.000) beträgt.

Bewertung

Der Vorschlag ist nachvollziehbar und geht in die richtige Richtung. Es wird eine Regelung eingeführt, wonach alle DiGA bereits im ersten Jahr einer Preisfindung mit dem GKV-SV unterworfen werden und somit ihre Preise nicht selbst bestimmen können. Die pauschale Absenkung der Vergütung je nach Abgabemenge ist ebenfalls angemessen.

Folgende Vorschläge von der FKG wurden dabei nicht umgesetzt:

- › Die Streichung der bestehenden Erprobungsregelungen und Ersatz durch eine Nutzenbewertung analog zum AMNOG-Verfahren bei Arzneimitteln. Dies sollte aus Sicht der KBV erfolgen.
- › Vorgeschlagene Einbeziehung in Zuzahlungsregelungen für Versicherte.

ART. 1 NR. 65 (§ 271 SGB V – INNOVATIONSFONDS)

Beabsichtigte Neuregelung

Dauerhafte Absenkung der Fördersummen auf 100 Mio. Euro pro Jahr, Finanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Bislang nicht verausgabte Gelder werden zurückgeführt.

Bewertung

Die Regelung stellt eine nicht übermäßige Reduktion des Fördervolumens des Innovationsfonds dar. Die nicht verausgabten Mittel wären geeignet, die Finanzierung der KV-Aufwände für die 116117 zu stützen. Eine Mittelverwendung ohne Innovationsausschuss wäre dabei zu präferieren.

ART. 1 NR. 69 (§ 346 SGB V – ERSTBEFÜLLUNG BEI EPA) I. V. M. ART. 1 NR. 31. C) (§ 87 ABSATZ 2A)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung der ePA in Absatz 3 wird gestrichen. Damit verbunden ist auch die Streichung der in Absatz 5 geregelten gesonderten Vergütung für die Erstbefüllung. Die Befüllung erfolgt nur noch nach § 346 Abs. 1 SGB V.

Zudem wird die Vergütung für die Unterstützung der Versicherten bei der erstmaligen Befüllung der ePA in § 87 Abs. 2a S. 26 gestrichen.

Bewertung

Der besondere Aufwand bei der Erstbefüllung der ePA wird damit nicht mehr vergütet. (Kommentierung siehe oben)

ART. 1 NR. 70 (§ 411 SGB V (NEU) – ÜBERGANGSREGELUNGEN FÜR VERGÜTUNGSREGELUNGEN DER FÜHRUNGSKRÄFTE UNTERHALB DER VORSTANDSEBENE)

Beabsichtigte Neuregelung

Vergütungserhöhungen für außertarifliche Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene (Wortlaut: direkt unter Vorstand; nicht Führungskraft in weiteren Ebenen darunter) bei Krankenkassen, Medizinischer Dienst, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden auf einen 6-Jahres-Rhythmus beschränkt und auf die Grundlohnrate (§ 71 Abs. 3) gedeckelt. Die Regelung greift rückwirkend auf Bestandsverträge ab dem 30. März 2026 durch. Ausnahmen sind vorgesehen, sofern schon vertragliche Regelungen bestehen.

Bewertung

- › Da das alleinige Regelungsziel (Beitragssatzstabilisierung) auf KBV und KVen nicht zutrifft, fehlt ein legitimer Zweck für den Eingriff in die Vergütungsautonomie.
- › Die Gleichbehandlung mit beitragsatzrelevanten Körperschaften trotz grundlegend abweichender Finanzierungsstruktur verletzt das Gebot sachgerechter Differenzierung.
- › Die Erstreckung auf Bestandsverträge ab 30. März 2026 greift in geschützte Vertrauenstatbestände ein. Für KBV und KVen fehlt ein legitimes Vorwegnahme-Szenario.
- › Die Grundlohnrate hat keinen sachlichen Bezug zur Finanzierung der KBV/KVen.
- › Der Begriff „konkrete Zusagen“ in Satz 3 ist auslegungsbedürftig und streitanfällig.
- › Der Zeitraum von sechs Jahren ist nicht begründet. Es liegen keine nachvollziehbaren rechnerischen Grundlagen vor, die plausibel machen, warum bestimmte Gehälter sechs Jahre „eingefroren“ werden. Dieser Eingriff in die Vergütungsautonomie zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist willkürlich und arbeitsrechtlich abzulehnen.

Politische Bewertung

- › Das tragende Ziel – Beitragssatzstabilisierung – geht für die ärztliche Selbstverwaltung ins Leere, da sich KBV und KVen nicht aus Versichertenbeiträgen, sondern aus der Verwaltungskostenumlage der Vertragsärzte finanzieren. Die Einbeziehung ist sachlich unbegründet.
- › KBV und KVen werden ohne eigenständige Prüfung in den Adressatenkreis aufgenommen.
- › Die Vergütungsgestaltung für eigene Mitarbeiter ist Kernaufgabe der Selbstverwaltung. Der Gestaltungsspielraum wird ohne sachlichen Anlass entzogen.
- › Eine 6-Jahres-Sperre macht KBV und KVen gegenüber TVöD/TV-L, Kanzleien und Verbänden außerhalb des Bereichs von § 411 SGB V n. F. als Arbeitgeber für qualifizierte Führungskräfte erheblich unattraktiver und widerspricht außerdem modernen leistungsorientierten Managementstrukturen.
- › Darüber hinaus ist es bezeichnend für die Willkür der Regelung, dass sowohl gematik, G-BA als auch die zuständigen Beamten des Bundesministeriums von der Regelung nicht betroffen sind.

Ersatzlose Streichung der KVen und KBV aus dem Adressatenkreis.

Hilfsweise: Einführung eines an die Finanzierungsstruktur der ärztlichen Selbstverwaltung angepassten Maßstabs.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 192.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 75 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.