



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

KURZKOMMENTIERUNG DER KBV ZUM ÄNDERUNGSANTRAG DER
FRAKTIONEN CDU/CSU UND SPD, AUSSCHUSSDRUCKSACHE 21(14)97
VOM 6. JULI 2026

7. JULI 2026

INHALT

ZUR KURZBEWERTUNG	3
--------------------------	----------

KURZBEWERTUNG	3
§ 87 Abs. 2a S. 25 SGB V - Rücknahme der Hygienezuschläge und entsprechende Absenkung der MGV	3
§ 87 Abs. 2a S. 26 SGB V - Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-OPs und entsprechende Absenkung der MGV	3
§ 87 Abs. 2a S. 26 SGB V - Absenkung des technischen Leistungsanteils im EBM und entsprechende Absenkung der MGV	3
§ 87a Abs. 3 SGB V - Regelungen zur Überführung der bisher extrabudgetär vergüteten Leistungen in die MGV	3
§ 87 Abs. 2c S. 8 SGB V - Angemessenheitsprüfung für psychotherapeutische Leistungen	3
§ 87b Abs. 2 S. 4 SGB V - Verbindliche Vorgaben für den Honorarverteilungsmaßstab durch den Bewertungsausschuss	4
§ 87a Abs. 3b u. 3c SGB V - Klarstellung Fixkostendegressionsabschlag	4
§ 87d SGB V - „Echte“ EGV	4
§ 8 Abs. 5 KHENTGG - Aufnahme von Kurzzeitfallpauschalen für Krankenhäuser	4
§ 28 Abs. 3 SGB V - Konsiliarbericht vor ambulanter Psychotherapie	4
§ 31 Abs. 6 SGB V - Cannabishaltige Arzneimittel	4
§ 44c Abs. 4 SGB V - Teilarbeitsunfähigkeit	4
§ 27b SGB V - Zweitmeinung	5

ZUR KURZBEWERTUNG

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.

KURZBEWERTUNG

§ 87 ABS. 2A S. 25 SGB V - RÜCKNAHME DER HYGIENEZUSCHLÄGE UND ENTSPRECHENDE ABSENKUNG DER MGVS

Die Hygienezuschläge wurden aufgrund der erhöhten Hygienekosten eingeführt. Die Systematik der Weiterentwicklung des Orientierungswertes erfasst neu entstandene Kostenelemente nicht. Insofern werden die Absenkung und Verringerung der MGVS strikt abgelehnt.

§ 87 ABS. 2A S. 26 SGB V - ABSENKUNG DER EBM-ZIFFERN IM ZUSAMMENHANG MIT KATARAKT-OPS UND ENTSPRECHENDE ABSENKUNG DER MGVS

Diese Regelung bedeutet einen Eingriff in die Verhandlungsautonomie des Bewertungsausschusses, insbesondere durch die Vorgabe der Höhe der Absenkung in der Gesetzesbegründung. Daher lehnt die KBV diese Regelung entschieden ab.

§ 87 ABS. 2A S. 26 SGB V - ABSENKUNG DES TECHNISCHEN LEISTUNGSANTEILS IM EBM UND ENTSPRECHENDE ABSENKUNG DER MGVS

Diese Regelung bedeutet einen Eingriff in die Verhandlungsautonomie des Bewertungsausschusses, insbesondere durch die Vorgabe der Höhe der Absenkung in der Gesetzesbegründung. Daher lehnt die KBV diese Regelung entschieden ab.

§ 87A ABS. 3 SGB V - REGELUNGEN ZUR ÜBERFÜHRUNG DER BISHER EXTRABUDGETÄR VERGÜTETEN LEISTUNGEN IN DIE MGVS

Der Kabinettsentwurf sah vor, dass die bisher EGV vergüteten Leistungen in ein neues Budget nach § 87d überführt werden. Nunmehr werden die EGV-Leistungen in die MGVS überführt. Relevant ist, dass die Leistungen unquotiert in die MGVS überführt werden.

Aufgrund des allgemein gehaltenen Gesetzeswortlautes bleibt unklar, ob z. B. die Onkologie-Vereinbarung oder anderen regionalen Kostenvereinbarungen ebenfalls in die MGVS überführt werden sollen. Die KBV geht davon aus, dass dies nicht der Fall ist, wünscht sich aber eine diesbezügliche Klarstellung.

§ 87 ABS. 2C S. 8 SGB V - ANGEMESSENHEITSPRÜFUNG FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN

Die KBV lehnt diese Regelung ab. Die Vergütung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten muss weiterhin abweichend zu den übrigen Arztgruppen kalkuliert werden. Wenn die Leistungen wie „normale“ Gesprächsleistungen bewertet werden würden, hätten die Psychotherapeutinnen und -therapeuten selbst bei einer Vollauslastung nur einen Überschuss von 96.898 Euro. Dieser Betrag liegt deutlich unter dem im Standardbewertungssystem für das Jahr 2023 berücksichtigten Arztlohn in Höhe von 124.295 Euro.

Zudem ist es zwar richtig, dass die übrigen Facharztgruppen nicht zu einer Honorarstützung verpflichtet werden sollen. Eine eindeutige gesetzliche Regelung, die Stützungsmaßnahmen ausschließt, fehlt

allerdings. Der Wegfall der „Angemessenheitsprüfung“ löst das Problem jedenfalls nicht, da die KBV davon ausgeht, dass das Honorar der Psychotherapeuten auch in Zukunft im Sinne der Rechtsprechung des BSG angemessen sein muss. Die einzige sachgerechte Lösung wäre gewesen, eine Nachschussverpflichtung der Krankenkassen für den Fall aufzunehmen, dass das Finanzvolumen der Psychotherapeuten nicht ausreicht, um die Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie angemessen zu vergüten.

§ 87B ABS. 2 S. 4 SGB V - VERBINDLICHE VORGABEN FÜR DEN HONORARVERTEILUNGSMAßSTAB DURCH DEN BEWERTUNGSAUSSCHUSS

Diese Regelung führt zu bürokratischem Aufwand und ist nicht notwendig. Zudem wird hierdurch ein generelles Misstrauen gegenüber dem KV-System deutlich. Darüber hinaus war der Bewertungsausschuss bereits im Jahr 2009 mit der Vielfalt der Systematiken zur Honorarverteilung überfordert. Damals wurde die Zuständigkeit des Bewertungsausschusses für die Honorarverteilungen zurückgenommen.

§ 87A ABS. 3B U. 3C SGB V - KLARSTELLUNG FIXKOSTENDEGRESSIONSABSCHLAG

Die KBV weist daraufhin, dass es Umsetzungsprobleme in Bezug auf das Abstellen der Fixkostendegression auf die Steigerung der Anzahl der Leistungen geben kann.

§ 87D SGB V - „ECHTE“ EGV

Die Möglichkeit, eine echte EGV zu vereinbaren, wird trotz der Überführung in die Beschlusskompetenz des Bewertungsausschusses weiter erschwert. Die Regelung ist weiterhin nicht schiedsfähig. Folglich können - wenn der GKV-Spitzenverband sich weigert, entsprechende Beschlüsse zu fassen - keine weiteren Leistungen (außer den im Gesetz genannten) in der EGV vergütet werden.

§ 8 ABS. 5 KHENTGG - AUFNAHME VON KURZZEITFALLPAUSCHALEN FÜR KRANKENHÄUSER

Den Vertragspartnern auf Bundesebene (DKG und GKV-Spitzenverband) wird ermöglicht, für begründete Einzelfälle die Abrechnung von Kurzzeitfallpauschalen bei Leistungen des ambulanten Operierens zu vereinbaren. Damit wird Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben, das ambulante Operieren im Vergleich zu Vertragsärzten mutmaßlich deutlich besser vergütet zu bekommen. Diese Regelung und die damit einhergehende Ungleichbehandlung der Sektoren lehnt die KBV entschieden ab.

§ 28 ABS. 3 SGB V - KONSILIARBERICHT VOR AMBULANTER PSYCHOTHERAPIE

Zukünftig soll der Konsiliarbericht vor einer ambulanten Psychotherapie entfallen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes erfolgt oder wenn im Anschluss an eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Entlassbrief empfohlen wird. Die Änderung wird begrüßt.

§ 31 ABS. 6 SGB V - CANNABISHALTIGE ARZNEIMITTEL

Durch die Änderung müssen neue Therapien zunächst für sechs Monate mit Fertigarzneimitteln erfolgen. Dies wird grundsätzlich begrüßt, insbesondere wegen der dafür – im Gegensatz zu Extrakten und Rezepturen – nachgewiesenen Qualität und Unbedenklichkeit. Problematisch ist aber, dass von der 6-Monatsfrist auch aus medizinischen Gründen (z.B. Unverträglichkeit) nicht abgewichen werden kann.

§ 44C ABS. 4 SGB V - TEILARBEITSUNFÄHIGKEIT

An der Regelung zur Teil-AU bei einer Erkrankung von voraussichtlich mehr als 4 Wochen wird festgehalten.

Die KBV lehnt die Regelung aus dem BStabG wie die geplanten Änderungen ab. Der Gesetzgeber hält an der Einführung der Regelung zur Teil-AU fest und trifft darüber hinaus viele prozessuale Detailregelungen. Für Ärzte, die eine Arbeitsunfähigkeit feststellen müssen, bleibt es dabei, dass die Einführung einer Teil-AU zu einem erheblichen zusätzlichen Prüf-, Dokumentations- und Abstimmungsaufwand führen wird. Sie müssen

neben der bisherigen AU-Feststellung künftig auch den Umfang einer noch bestehenden Teilarbeitsfähigkeit, deren medizinische Voraussetzungen, zeitliche Begrenzung sowie den weiteren Verlauf beurteilen und dokumentieren. Damit gehen höhere Anforderungen an die einzelne Bescheinigung, größere Abgrenzungs- und Haftungsrisiken bei der Bewertung teilweiser Leistungsfähigkeit sowie ein erhöhtes Konflikt- und Verantwortungsrisiko einher. Zudem steigt der Aufwand in den Arztpraxen, den Patienten das Verfahren zur Teil-AU zu erklären.

§ 27B SGB V - ZWEITMEINUNG

Die Änderungen am Regelungsvorhaben zu Zweitmeinungsverfahren sehen wie folgt aus:

1. Es muss bis zum 31. März 2027 ein und danach müssen jährlich zwei Eingriffe für die Pflichtberatung festgelegt werden. Ursprünglich war von einem weiteren Eingriff pro Jahr die Rede.
2. Die Aufklärungspflichten des Arztes sind nochmals ausgeweitet worden und umfassen nunmehr: Hinweis auf fehlende Kostenübernahme durch die Krankenkasse bei fehlender Zweitmeinung, verpflichtende Aushändigung von Patienteninformationen zum Eingriff und (neu!) auf Behandlungsalternativen in Textform.

Die KBV lehnt die Regelungen ab. Durch den Änderungsantrag wird das Zweitmeinungsverfahren auf weitere Eingriffe ausgeweitet. Die Regelungen führen zu einem bürokratischen Mehraufwand. Es fehlen ausreichende Zweitgutachter, so dass es zu langen Wartezeiten kommen wird. Dies wird insbesondere dann geschehen, wenn in kürzerer Zeit weitere Eingriffe in das Zweitmeinungsverfahren einbezogen werden.

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.