

**12.06.26**

## **Stellungnahme**

**des Bundesrates**

---

### **Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**

Der Bundesrat hat in seiner 1066. Sitzung am 12. Juni 2026 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 11 Absatz 6 Satz 5 – neu –, Satz 6 – neu – und Satz 7 – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 8 §11 Absatz 6 Satz 4 sind die folgenden Sätze einzufügen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft jährlich auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse die zusätzlichen Satzungsleistungen. Ist eine Leistung in den Satzungen mehrerer Krankenkassen veröffentlicht und repräsentieren diese Krankenkassen in der Summe mehr als die Hälfte aller Versicherten, hat der Gemeinsame Bundesausschuss für diese Leistung unverzüglich ein Verfahren nach § 135 durchzuführen. Die Sätze 5 und 6 gelten nicht für Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer.“

#### Begründung:

Im Rahmen der Genehmigungsverfahren von Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V hat sich gezeigt, dass sich für einen nicht unerheblichen Teil an Leistungen eine Art Standard etabliert hat. Es gibt also Leistungen, die bereits von vielen Krankenkassen in ihren Satzungen zusätzlich verankert worden sind.

Wenn auch § 11 Absatz 6 SGB V weiterhin als Wettbewerbs- und Gestaltungsinstrument zur Verfügung stehen sollte, sollte gleichzeitig ein Verfahren etabliert werden, das Leistungen, die bereits einer Mehrheit von Versicherten zur Verfügung stehen, auf wissenschaftliche Evidenz überprüft. Ergibt die Prüfung, dass eine zusätzliche Leistung dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, sollte diese nicht zuletzt aus Gründen der gesundheitlichen Chancengleichheit allen Versicherten offenstehen und in den allgemeinen Leistungskatalog aufgenommen werden. Ergibt die Prüfung jedoch, dass die Leistung nicht mit dem Stand der medizinischen Erkenntnisse in Einklang zu bringen ist, darf sie auch nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung angeboten werden. Dies dient nicht zuletzt dem Patientenschutz.

Um den Prüfauftrag für den Gemeinsamen Bundesausschuss möglichst konkret zu halten, sind die Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer zunächst ausgenommen.

## 2. Zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 27b SGB V)

Artikel 1 Nummer 10 ist zu streichen.

### Begründung:

Die Änderung des § 27b SGB V sieht vor, dass eine sukzessive Einführung eines verbindlichen Zweitmeinungsverfahrens für mengenanfällige Eingriffe erfolgt. Wenn ein entsprechender Eingriff durchgeführt wird, ohne dass die Zweitmeinung vorliegt, entfällt der Vergütungsanspruch der erbringenden Einrichtung.

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, wenn eine Stärkung der Patientenautonomie erfolgt und diese zu einer überlegten und abgewogenen Entscheidung geführt werden. Jedoch gilt es dabei abzuwägen, dass mit den Maßnahmen keine zu starken Nachteile verbunden sind. Bei einem verpflichtenden Zweitmeinungsverfahren gilt es, kritisch abzuwägen, ob die notwendigen Zweitmeinungen in einem angemessenen Zeitrahmen und bei einer angemessenen Entfernung einholbar sind. Dies ist angesichts der knappen fachärztlichen Kapazitäten höchst fraglich. Es besteht die Gefahr, dass es durch das Zweitmeinungsverfahren zu Wartezeiten kommt, aus denen schließlich verzögerte medizinische Behandlungen – möglicherweise dringender Eingriffe – resultieren. Für die Patientinnen und Patienten kann es schwierig werden, eine entsprechende Zweitmeinung einzuholen.

Weiterhin muss auch abgewogen werden, ob die Maßnahme ein gutes Verhältnis von Kosten und Nutzen hat. Durch das Zweitmeinungsverfahren entsteht ein zusätzlicher Aufwand und Bürokratie, welcher sich zunächst in höheren Kosten für die GKV niederschlagen wird. Offen bleibt demgegenüber, ob es wirklich zu einer deutlichen Reduzierung der Eingriffe kommt. Um dies vor einer so starken Änderung vorab zu prüfen, wird daher empfohlen, zunächst eine wissenschaftliche Evaluation des bisherigen Zweitmeinungsverfahrens

und dessen Auswirkungen abzuwarten. Derzeit evaluiert die Medizinische Hochschule Brandenburg in Zusammenarbeit mit der revFLect GmbH, ob und in welchem Maße die Zweitmeinungsrichtlinie des G-BA die festgelegten Ziele erreicht oder ob, in welchem Ausmaß und in welcher Weise die Richtlinie ggf. nicht intendierte Folgen hat. Auf Basis dieser Ergebnisse sollte dann das bisherige Zweitmeinungsverfahren angepasst werden.

3. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 28 Absatz 3 Satz 4 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 11 ist durch die folgende Nummer 11 zu ersetzen:

,11. Nach § 28 Absatz 3 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Für Patienten, die von einem Vertragsarzt zur Psychotherapie überwiesen wurden oder für solche mit einer nicht länger als sechs Monate zurückliegenden psychotherapeutischen Behandlung im stationären Sektor, entfällt die Verpflichtung zur Einholung des Konsiliarberichts.“ ‘

Begründung:

Mit der Regelung in § 28 Absatz 2 Satz 6 und 7 SGB V-E soll für Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte im kieferorthopädischen Bereich ein Facharztvorbehalt neu eingeführt werden. Demnach sollen bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten kieferorthopädische Behandlungsleistungen künftig nur mit einer Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie erbracht bzw. abgerechnet werden können.

Begründet wird dies im Gesetzentwurf mit unterschiedlichen Kenntnissen und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Kieferorthopädie innerhalb der Zahnärzteschaft; zudem soll dies zu Einsparungen führen, namentlich soll die Beschränkung kieferorthopädischer Behandlungen auf Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für Kieferorthopädie im Jahr 2027 zu Einsparungen von rund 30 Millionen Euro, in den Folgejahren von jährlich rund 60 Millionen Euro führen.

Die Anerkennung als Fachzahnarzt bzw. Fachzahnärztin für Kieferorthopädie lediglich im vertragszahnärztlichen Zusammenhang, d. h. nur bei Leistungen gegenüber Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, stellt ein neues vertragszahnarztrechtliches Erfordernis dar. Von Seiten der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die als berufsrechtliches „Dach“ der für die zahnärztliche Weiterbildung fachlich zuständigen Landeszahnärztekammern diesen eine Musterweiterbildungsordnung zur Verfügung stellt, wird angeführt, dass es in der Zahnheilkunde gerade keine Facharztschiene gebe. Vielmehr würden alle Zahnärztinnen und Zahnärzte auf Grundlage einer bundeseinheitlich geregelten Ausbildung approbiert, die auch Kenntnisse in Diagnostik, Indikationsstellung sowie der Behandlung einfacher und mittelschwerer kieferorthopädischer Fehlstellungen umfassen (vgl. Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der BZÄK vom

20. April 2026 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, Seite 9).

Zudem ist zu berücksichtigen, dass durch die Einführung des Fachzahnarztvorbehalts (Fachzahnarzt für Kieferorthopädie) massive Versorgungsengpässe in der ambulanten kieferorthopädischen Versorgung zu befürchten sind: Aktuell behandeln eine Vielzahl an Vertragszahnärztinnen und -ärzten ohne Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie (insbesondere Inhaber eines Master of Science Kieferorthopädie) Patientinnen und Patienten, die gesetzlich krankenversichert sind; einige Vertragszahnarztpraxen ohne Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie haben sich sogar darauf spezialisiert. Nach Einschätzung von KZBV und BZÄK würde man deutschlandweit insgesamt mindestens 25 Prozent der Leistungserbringer für Kieferorthopädie verlieren (vgl. a.a.O., S. 7).

Gerade im Hinblick auf die Patientenstruktur (Kinder unter 18 Jahren, Mehrheit der Patientinnen und Patienten ohne Fahrerlaubnis und daher auf ihre Eltern bzw. öffentliche Verkehrsmittel angewiesen) ist bei kieferorthopädischen Leistungen eine flächendeckende Versorgung und Erreichbarkeit besonders wichtig.

Vor diesem Hintergrund sollte nicht vorschnell die Verfügbarkeit der kieferorthopädischen Behandlung für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten insbesondere in ländlichen Regionen de facto eingeschränkt werden, bevor die Auswirkungen der übrigen im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen (insbesondere Überprüfung und Anpassung der Richtlinien für kieferorthopädische Behandlungen) und der konkrete Bedarf von kieferorthopädischen Leistungen im Einzelnen absehbar sind. Andernfalls besteht die Gefahr, dass in ländlichen Regionen eine kieferorthopädische Versorgung nicht gewährleistet werden könnte. Auch würde es zu langen Wartezeiten für Kinder und Jugendliche auf kieferorthopädische Behandlungen, deren Zeitfenster ohnehin begrenzt ist, führen. In diesem Zusammenhang wird auch auf den Bericht der Finanzkommission Gesundheit verwiesen, welche auf mögliche Ausnahmeregelungen für unterversorgte Regionen hingewiesen hat.

Zwar wird das Ziel von Einsparungen grundsätzlich befürwortet, der vorgesehene Facharztvorbehalt ist aus den genannten Gründen gleichwohl zu streichen.

Die hier vorgeschlagene Ergänzung von § 28 Absatz 3 SGB V um einen neuen Satz 4 wurde von der Finanzkommission Gesundheit<sup>1</sup> in die Kategorie A eingeordnet, d. h. als Einsparung oder Einnahme ohne erwartbare Auswirkung auf die Qualität der Versorgung (Seite 143). Es wird durch den Verzicht auf die Doppeluntersuchung inklusive der bürokratischen Aufwände kurzfristig eine Finanzwirkung von ca. 0,1 Millionen Euro pro Jahr angenommen. Gleichzeitig werden freie Arztkapazitäten erwartet. Da nach der Krankenhausbehandlung die Überführung in die ambulante Behandlung oft nicht nahtlos gelingt, sollte der Entfall des Konsiliarberichts nach stationärer Behandlung zeitlich befristet

---

<sup>1</sup> FinanzKommission Gesundheit, 2026: Erster Bericht der Finanzkommission Gesundheit, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/F/FinanzKommission\\_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit\\_Erster\\_Bericht\\_20260330.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf) [30.04.2026]

werden. Der Zeitraum von sechs Monaten nach Entlassung erscheint als realistisch, um sowohl Doppeluntersuchungen zu vermeiden, als auch potenziellen ärztlichen Behandlungsbedarf zu erkennen.

4. Zu Artikel 1 Nummer 22 (§ 55 Absatz 1 Satz 9 und 10 SGB V)

Artikel 1 Nummer 22 ist durch die folgende Nummer 22 zu ersetzen:

„22. § 55 Absatz 1 Satz 9 und 10 wird gestrichen.“

Begründung:

Mit der Regelung im Gesetzentwurf zu § 55 SGB V-E sollen die befundbezogenen Festzuschüsse für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für die jeweilige Regelversorgung auf das vor dem 1. Januar 2021 geltende Niveau abgesenkt werden. Parallel dazu verringern sich die Boni, auf die Versicherte einen Anspruch haben, wenn ihr Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie während der letzten fünf Jahre beziehungsweise während der letzten zehn Jahre vor der Behandlung ununterbrochen die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben. In der Folge sollen zwar die Regelungen für Härtefälle angepasst werden, was zu begrüßen ist, so dass dort die vollständige Kostenübernahme erhalten bleibt. Diese Regelung wird in der Begründung zum Gesetzentwurf aber nur für erforderlich gehalten, da die Festzuschüsse im Übrigen abgesenkt werden.

Zur Begründung führt der Gesetzentwurf aus, dass dies ein Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung sein soll.

Dieser Beitrag wird nur von den Versicherten der GKV getragen, die keinem Härtefall unterliegen. Wenn eine Absenkung auf das Niveau vor dem 1. Januar 2021 erfolgt, wird die allgemeine Kostensteigerung (insbesondere Labor- und zahntechnische Kosten) außer Betracht gelassen. Es kommen daher darüber hinaus zusätzliche Belastungen auf die Versicherten der GKV zu. Die FinanzKommission Gesundheit hat dazu ausgeführt, dass sich die Belastungen für die Versicherten insgesamt erhöht werden. Im Mikrozensus 2022 gaben 10 Prozent der Befragten GKV-Versicherten an, dass die Kosten für die zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung für den Haushalt eine große Belastung darstellen (siehe Erster Bericht FinanzKommission Gesundheit, Maßnahme 22).

Dass der Trend zur Versorgung mit Zahnersatz rückläufig ist, ist ein positives Ergebnis gelungener Prävention. Daher stieg der die GKV übernommene Anteil der Gesamtausgaben für Zahnersatz ebenfalls weniger stark. Zudem sind die Festzuschüsse an strenge gesetzliche Voraussetzungen geknüpft.

Es ist daher kein Grund ersichtlich, hierzu auf das Niveau des Jahres 2020 zurück zu fallen.

Zu streichen sind die geltenden Regelungen in § 55 Absatz 1 Satz 9 und 10 SGB V, da diese durch Zeitablauf überholt sind.

5. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 71 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 3 und Satz 4 SGB V), Artikel 3 Nummer 2 (§ 6 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG) und Nummer 6 Buchstabe b (§ 9 Absatz 1b KHEntgG)

Artikel 1 Nummer 25, Artikel 3 Nummer 2 und Nummer 6 Buchstabe b sind zu streichen.

Begründung:

Die benannten Änderungen bezwecken eine Begrenzung der Vergütungsanstiege der Krankenhäuser durch eine Deckelung. Dies soll durch die Aufgabe der sogenannten „Meistbegünstigungsklausel“ erfolgen, indem die Krankenhausvergütung maximal um den Veränderungswert steigen kann, selbst wenn die realen Kosten der Krankenhäuser (Orientierungswert) darüber liegen.

Dieses Vorhaben ist aus Sicht aller Krankenhäuser und insbesondere der Hochschulkliniken hochproblematisch. Auch die bisher gültige Regelung stellt keinen Automatismus für den Vergütungsanstieg dar, sondern bildet eine Obergrenze für die Verhandlungen des Landesbasisfallwertes. An diesen Verhandlungen sind bislang und zukünftig neben Krankenhausvertretungen auch die Landesverbände der GKV beteiligt. Im Rahmen dieser Obergrenze wurden in den meisten Fällen der Verhandlungen gemeinsame Ergebnisse erzielt. Wenn diese Ergebnisse nun kritisiert werden, bleibt die eigene Verantwortung hierfür durch die GKV unbeachtet. Es ist unredlich, Vergütungsanstiege durch Verhandlungen zu akzeptieren und diese Ergebnisse dann zu kritisieren. Es ist vielmehr die Aufgabe der GKV in diesen Verhandlungen die eigene Finanzlage angesichts knapper werdender Mittel zu vertreten und entsprechend zu verhandeln.

Weiterhin ist zu bedenken, dass die vorgesehene Regelung zu einer systematischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser führen wird, die sich über die Jahre deutlich verstärken wird. Liegt bei den Krankenhäusern der vom Statistischen Bundesamt rückwirkend ermittelte Kostenanstieg, welcher über den Orientierungswert angegeben wird, über der Veränderungsrate der GKV-Einnahmen, so gilt bisher gemäß der Meistbegünstigungsklausel der Orientierungswert als Höchstwert für die Verhandlungen. Mit der nun vorgesehenen Änderung wird dies aufgehoben. Liegt der Veränderungswert über dem Orientierungswert, bildet der Veränderungswert die Obergrenze. Ist allerdings die im Orientierungswert abgebildete Kostenentwicklung der Krankenhäuser kleiner als der allgemeine Kostenanstieg im Veränderungswert, wird wiederum der Orientierungswert zugrunde gelegt. Es gilt also grundsätzlich der niedrigere

Wert. In der Vergangenheit hat sich regelmäßig gezeigt, dass die Kostenanstiege in den Krankenhäusern über den GKV-Einnahmen lagen. Es wird daher zu einer Unterdeckung der realen Krankenhauskosten führen, welche nicht mehr aufgefangen werden können. Verstärkt wird dies dadurch, dass die Basis für das nächste Jahr der bereits zu niedrige Wert ist, was zu einem immer stärkeren Anstieg der ungedeckten Kosten führt. Ergänzend ist für die Jahre 2027 bis 2029 eine weitere willkürliche, pauschale und rein normativ begründete Absenkung von einem Prozentpunkt vorgesehen. Das verschärft die finanzielle Situation der Krankenhäuser nochmals und trifft Hochschulkliniken mit ihrem hochkomplexen Leistungsportfolio und entsprechenden Kostenstrukturen in besonderem Maße.

Es muss bedacht werden, dass sich Krankenhäuser nur über die Leistungen finanzieren. GKV-Patientinnen und -Patienten bilden dabei den Großteil der Leistungen ab. Zudem ist auch die Abrechnung der Selbstzahler und Privatversicherten an diese Finanzierungsgrundsätze gebunden. Wenn durch die Gesellschafter die absehbar drastisch ansteigenden Verluste nicht übernommen werden können, droht durch diese Regelung eine starke Zunahme der Insolvenzen. Durch die Übernahme der Verluste erfolgt somit auch eine Verlagerung der Finanzproblematik auf die Kommunen, die freigemeinnützigen und privaten Träger sowie im Falle der Hochschulkliniken auf die Länder.

6. Zu Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe a (§ 73b Absatz 5 Satz 3, Satz 4 und Satz 5 SGB V) und Buchstabe b (§ 73b Absatz 5 Satz 8 SGB V)

Artikel 1 Nummer 27 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Buchstabe a sind die neuen Sätze 3 bis 5 zu streichen.
- b) In Buchstabe b ist die Angabe „den Sätzen 2 bis 5“ durch die Angabe „Satz 2“ zu ersetzen.

Begründung:

Zur Begrenzung der Ausgabenzuwächse ist die Anpassung der Vergütungen in Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung an den Grundsatz der Beitragsstabilität zu koppeln.

Die darüber hinaus vorgesehenen Regelungen zur Mengensteuerung durch eine Fixkostendegression ist allerdings verfehlt, da sie nicht im Einklang mit der notwendigen Stärkung der hausärztlichen Versorgung in Folge der vorgesehenen Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems steht (vgl. Koalitionsvertrag der Bundesregierung für die 21. Legislaturperiode „Verantwortung für Deutschland“, Z. 3380 f.). Diese wichtige strukturelle Veränderung soll einer besseren medizinischen und bedarfsgerechteren Steuerung der Patientinnen und Patienten und einer Reduzierung der Wartezeiten auf einen Facharzttermin dienen. Für eine erfolgreiche Umsetzung dieses Vorhabens bedarf es zwingend

einer Ausweitung der zur Verfügung stehenden hausärztlichen Kapazitäten, so dass Mengenbegrenzungen infolge einer Fixkostendegression kontraproduktiv wirken würden. Zudem ist die Fallzahlbegrenzung in der hausarztzentrierten Versorgung systemfremd, da sich die Versicherten hier aktiv einschreiben und zugleich verpflichten, immer zuerst ihren Hausarzt aufzusuchen.

7. Zu Artikel 1 Nummer 28a – neu – (§ 75a Absatz 9 Satz 3 – neu – und Satz 4 – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 28 ist die folgende Nummer 28a einzufügen:

„28a. Nach § 75a Absatz 9 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

Absatz 3 Satz 2 gilt für die Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin entsprechend. Eine Anrechnung auf die Gesamtstellenzahl nach Satz 2 erfolgt nur bis zur Höhe der Mindestvorgabe in Höhe von 250 Stellen.“

Begründung:

Nach § 75a Absatz 9 Satz 2 SGB V sind bundesweit mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin zu fördern. Dabei wird die Kinder- und Jugendmedizin nicht der hausärztlichen Versorgung, sondern entsprechend der Bedarfsplanungs-Richtlinie der allgemeinen grundversorgenden fachärztlichen Versorgung zugeordnet.

Aufgrund der gesetzlichen Deckelung auf bundesweit maximal 2 000 zu fördernde Weiterbildungsstellen in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung ergibt sich dadurch neben der Mindestvorgabe mittelbar auch eine Obergrenze für die Kinder- und Jugendmedizin. In mehreren KV-Bezirken sind die Förderstellen nach § 75a Absatz 9 SGB V so weit ausgeschöpft, dass viele Anträge auch im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin abgelehnt werden müssen.

Nach § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 SGB V nehmen die Kinder- und Jugendärzte an der hausärztlichen Versorgung teil. Als „Hausärztinnen und Hausärzte der Kinder“ sind die Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin unabdingbar für die Sicherstellung der Versorgung der Kinder und Jugendlichen. Dies hebt die Kinder- und Jugendmedizin aus den anderen Facharztgruppen heraus, welche bislang nach § 75a Absatz 9 SGB V gefördert werden können. Aufgrund ihrer herausgehobenen Bedeutung gilt es, die Kinder- und Jugendmedizin bei der Förderung der ambulanten Weiterbildungsabschnitte analog zur Allgemeinmedizin nicht mehr zu begrenzen.

Mit Blick auf die Altersstruktur der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, die aktuell an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind die Nachsetzungsbedarfe absehbar kurz- wie mittelfristig sehr groß.

Es gilt darauf hinzuwirken, dass sich die bestehenden regionalen Unterschiede in der kinder- und jugendärztlichen Versorgung nicht verstärken. Die ambulante Weiterbildung stellt eine wichtige Perspektive für pädiatrische Praxen im ländlichen Raum und in strukturschwachen Gebieten dar, die ihre Nachfolgerinnen und Nachfolger selbst aufbauen zu können. Diejenigen Praxen, welche diese Nachwuchsstrategie verfolgen wollen, benötigen dafür finanzielle Planungssicherheit, um die Voraussetzungen zu schaffen, Weiterbildungsstellen auszuschreiben und auch besetzen zu können.

Auch der Evaluationsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) dokumentiert den gestiegenen Bedarf. In den letzten Jahren sind bei der Kinder- und Jugendmedizin jährlich erhebliche Steigerungen zu verzeichnen. So war von 2021 zu 2022 ein Anstieg um 11 Prozent (Anzahl Personen) zu verzeichnen (Weiterbildungsförderung gemäß § 75a SGB V, Evaluationsbericht 2022, Abb. 28). Die Steigerung von 2023 zu 2024 lag bei 3 Prozent (Evaluationsbericht 2024, Abb. 28), ein mögliches Indiz für das Ausschöpfen der Kapazitäten.

Die Wirksamkeit der Förderung nach § 75a SGB V generell ist aus Sicht der Lenkungsgruppe belegt (Evaluationsbericht 2024, Seite 35). So lägen die Tätigkeitsaufnahmen inzwischen über den altersbedingten Abgängen; dies führt die Lenkungsgruppe zu einem maßgeblichen Anteil auf die Förderung nach § 75a SGB V zurück (ebenda, Seite 35).

Vor diesem Hintergrund stellt die fakultative Möglichkeit, nicht ausgeschöpfte Mittel ins Folgejahr zu übertragen oder überregional zu verteilen (§ 75a Absatz 7 Nummer 4 SGB V), keinen tragfähigen Ausweg dar, da bereits heute keine Mittel zur Übertragung verbleiben bzw. zeitnah ausgeschöpft sein werden.

Aufgrund dieser Bedarfe sollte das bestehende Interesse an einer Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin nicht durch das Signal ausgeschöpfter Fördermöglichkeiten gehemmt werden. Vielmehr ist vor diesem Hintergrund ein Gleichlauf zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin herzustellen. Für diese ebenfalls hausärztlich tätige Arztgruppe ist geregelt, dass die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nicht begrenzt werden darf (§ 75a Absatz 3 Satz 2 SGB V).

Damit dies nicht zum Nachteil der allgemeinen grundversorgenden Facharztgruppen erfolgt, werden geförderte Weiterbildungsstellen (weiterhin) nur bis zur Höhe der Mindestvorgabe von 250 Stellen auf das Maximal-Kontingent von bundesweit 2 000 Stellen angerechnet.

Nach Auffassung des Bundesrates werden die knappen Ressourcen der Gesetzlichen Krankenversicherung auf diese Weise wirtschaftlicher und sparsamer eingesetzt im Vergleich zu absehbaren, nachgelagerten Fördermaßnahmen aufgrund von Sicherstellungsbedarfen. Zudem gehen jegliche Sicherstellungsmaßnahmen in Leere, soweit nicht genügend weitergebildete Kandidatinnen und Kandidaten für die vertragsärztliche Tätigkeit im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin zur Verfügung stehen.

8. Zu Artikel 1 Nummer 29 (§ 79 Absatz 6 SGB V)

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie die Entschädigungsregelungen für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen (K(Z)Ven) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen begrenzt werden können. Denkbar wäre die Aufnahme einer Verweisung in § 79 Absatz 6 Satz 1 SGB V auf eine entsprechende Geltung von § 41 SGB IV; damit könnte auch für die K(Z)Ven die „Gemeinsame Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung nach § 41 SGB IV“ der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) und des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) entsprechend herangezogen werden. Alternativ wäre eine eigene spezifische Regelung zur Begrenzung der Entschädigungsregelungen der K(Z)Ven und KZBV zu schaffen (beispielsweise durch Kopplung der Zulässigkeit von Erhöhungen an bestimmte Indizes).

Begründung:

Die Entschädigungsbeträge für Mitglieder der Vertreterversammlung der K(Z)Ven fallen bundesweit unterschiedlich aus und liegen teils außerordentlich über den Beträgen, die auf der Grundlage des § 41 SGB IV für die entsprechenden Ehrenamtsträger bei den Sozialversicherungsträgern sowie über den Verweis in § 279 Absatz 8 SGB V auch bei den Medizinischen Diensten gezahlt werden.

Prüfungsmaßstab für die Entschädigungsregelungen der K(Z)Ven ist aktuell allein der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Weitere rechtliche Vorgaben bzw. Beschränkungen existieren für die K(Z)Ven nicht. So sind weder die Länder-Reisekostengesetze, noch die Regelungen des Bundesreisekostengesetzes anwendbar und auch die „Gemeinsame Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung nach § 41 SGB IV“ des DGB und BDA kann nicht zugrunde gelegt werden, da die K(Z)Ven keine Träger der Sozialversicherung sind und die Vorschrift des § 41 SGB IV, auf den sich diese Empfehlungen beziehen, mangels Verweisungsnorm für die K(Z)Ven nicht anwendbar ist.

Im Ergebnis dessen sind die K(Z)Ven rechtlich weitgehend frei, die derzeit vergleichsweise teils sehr hohen Entschädigungen beizubehalten bzw. auch weiter zu erhöhen; den Aufsichten bleibt nur der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, welcher jedoch oftmals keine ausreichende Grundlage zur tatsächlichen Begrenzung der Entschädigungsleistungen bietet.

Diese von den Sozialversicherungsträgern und den Medizinischen Diensten verschiedene rechtliche Einordnung der K(Z)Ven lässt sich trotz der abweichenden Struktur der Selbstverwaltung (keine paritätische Struktur mit Versicherten- und Arbeitgeberseite) vor dem Hintergrund des Ziels der finanziellen Entlastung der GKV durch alle Beteiligten nicht länger rechtfertigen.

9. Zu Artikel 1 Nummer 30 Buchstabe b (§ 85 Absatz 3 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 30 Buchstabe b § 85 Absatz 3 Satz 2 Halbsatz 2 ist die Angabe „für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind“ zu streichen.

Begründung:

Parodontitis ist eine weit verbreitete und ernsthafte Gesundheitserkrankung, die nicht nur zu Zahnverlust führen, sondern auch systemische Erkrankungen wie Diabetes oder Herz-Kreislauferkrankungen ungünstig beeinflussen kann.

Mit der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Jahr 2021 die Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung geregelt und damit die medizinische Notwendigkeit bestätigt. Eine flächendeckende Parodontitistherapie kann – auch aufgrund der damit zusammenhängenden Auswirkung auf systemische Erkrankungen – überdies dazu beitragen, die langfristigen Kosten im Gesundheitswesen zu reduzieren.

Die in § 85 Absatz 3 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V-E vorgesehene Ausnahme bei den Einsparmaßnahmen nur für bestimmte vulnerable Gruppen mit Bedarf für eine Parodontitistherapie ist nicht weitreichend genug und daher auf alle Versicherten auszudehnen.

10. Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa und Buchstabe e Doppelbuchstabe aa (§ 87 Absatz 2b Satz 3 und Absatz 2c Satz 3 SGB V) und Artikel 1 Nummer 32 Buchstaben b (§ 87a Absatz 3 Satz 5 bis 20) und Buchstabe c (§ 87a Absatz 3b und 3c SGB V)

- a) Der Bundesrat stellt fest, dass die vorgesehenen Streichungen der Zuschläge und Anreizmechanismen für eine schnellere Terminvergabe das Potential haben, ein hohes Einsparvolumen zu generieren und die GKV zu entlasten.

- b) Der Bundesrat ist gleichwohl überzeugt, dass mit der von der Bundesregierung angekündigten Einführung eines verpflichtenden Primärversorgungssystems grundlegende Veränderungen im ambulanten Versorgungssystem bevorstehen. Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung wird den grundversorgenden Leistungen in einem Primärversorgungssystem eine große Bedeutung zukommen, da ihnen neben einer idealerweise abschließenden Erstversorgung in einem noch stärkeren Maß als bisher die medizinische Patientensteuerung und Koordination mit den fachärztlichen Leistungserbringern übertragen werden wird.
- c) Der Bundesrat stellt fest, dass die erforderlichen Einsparmaßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung weder die zwingend notwendige strukturelle Reform eines verpflichtenden Primärarztsystems gefährden noch die bereits derzeit kritisch diskutierten Wartezeiten auf Facharzttermine verlängern darf.
- d) Vor diesem Hintergrund hält es der Bundesrat für verfrüht, im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, insbesondere die finanziellen Anreize für eine schnellere Terminvergabe und -vermittlung und für die extra-budgetäre Vergütung dieser Behandlungsfälle vollständig und ersatzlos zu streichen.
- e) Der Bundesrat bittet, diese weitreichenden Einschnitte in die ambulante Vergütungsstruktur zurückzustellen und sie stattdessen im Kontext des Primärversorgungssystems in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der konkreten Steuerungswirkung zu prüfen.
- f) Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, die Umsetzung des Primärversorgungssystems zeitnah voranzutreiben, um die zu erwartenden Effizienz- und Kosteneinsparungen im Gleichklang mit der Stabilisierung der GKV-Financen möglichst im Jahr 2027 umsetzen zu können.

Begründung:

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung wird absehbar mit der Einführung des Primärarztsystems eine erhebliche Veränderung durchlaufen.

Vor diesem Hintergrund sollte insbesondere auch die vollständige und ersatzlose Streichung der mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführten Incentivierungen in Bezug auf eine schnellere Terminvergabe und -vermittlung und die Behandlung dieser Fälle überdacht werden.

Angesichts der Diskussionen um lange Wartezeiten sind diese Einsparvorschläge zum jetzigen Zeitpunkt ohne Bezugnahme auf die Ausgestaltung des künftigen Primärarztsystems verfrüht. Wie auch die Mengenbegrenzungsregeln bei den grundversorgenden Leistungen sollten diese weitreichenden Veränderungen im übergeordneten Zusammenhang mit einem Primärversorgungssystem angepasst werden, wenn ohnehin die Anreize zur Patientensteuerung neu gedacht werden müssen. Dabei muss auch geprüft werden, ob und ggf. welche Zuschläge entbehrlich, welche mit Blick auf die künftige Rolle der Terminservicestelle (116 117) ggf. unverzichtbar sind und bei welchen lediglich die Preisentwicklung zu deckeln ist.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass gerade die Streichung der finanziellen Anreize zur Übernahme von durch die Terminservicestelle vermittelten Patientinnen und Patienten genau diejenigen Praxen trifft, die bereits über das gesetzlich vorgeschriebene Maß hinaus Termine im System anbieten und Patientinnen und Patienten versorgen. Mit der ebenfalls auf den Weg gebrachten Notfallreform soll zudem die Terminvermittlung und Patientensteuerung durch die Terminservicestellen aufgewertet werden, die hier vorgesehenen Änderungen stehen dazu im Widerspruch. Diese nicht ineinander schlüssigen Vorhaben schmälern das Vertrauen der engagierten Ärztinnen und Ärzte; negative Auswirkungen auf die Niederlassungsbereitschaft können nicht ausgeschlossen werden.

11. Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe d Doppelbuchstabe bb (§ 87 Absatz 2b Satz 5 SGB V) und Nummer 34 (§ 87d Absatz 4 Satz 1 Nummer 3, Nummer 4 und Nummer 5 – neu – SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) Nummer 31 Buchstabe d ist durch den folgenden Buchstaben d zu ersetzen:
  - „d) Absatz 2b Satz 3 wird << ... weiter wie Vorlage ... >>“
- b) Nummer 34 § 87d Absatz 4 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:
  - aa) In Nummer 3 ist die Angabe „Bundesausschusses und“ durch die Angabe „Bundesausschusses,“ zu ersetzen.
  - bb) In Nummer 4 ist die Angabe „Heimen.“ durch die Angabe „Heimen und“ zu ersetzen.
  - cc) Nach Nummer 4 ist die folgende Nummer 5 einzufügen:
    - „5. die regelmäßige Beratung nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes.“

Begründung:

Eine Abschaffung der Zuschläge für die Organspende-Beratung durch Hausärztinnen und Hausärzte ist abzulehnen. Ihre Streichung würde weder der generellen Bedeutung des Themas Organspende gerecht noch der Bedeutung der Aufklärung, Information und Beratung im Besonderen.

In Deutschland gibt es eine massive Lücke zwischen dringend benötigten Spenderorganen und tatsächlichen Organspenden, obwohl eine Mehrheit der Bevölkerung der Organspende gegenüber positiv eingestellt ist. Bundesweit stehen derzeit mehr als 8 200 Menschen auf der aktiven Warteliste für ein Spenderorgan. Dem gegenüber standen im Jahr 2025 lediglich 985 Organspenden. Nicht allen wartenden Patientinnen und Patienten kann mit einer lebensretenden Transplantation geholfen werden.

Richtigerweise sieht die Regelung in § 2 Absatz 1a TPG vor, dass Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patientinnen und Patienten regelmäßig auf deren Rechte zu selbstbestimmten Erklärungen zur Organ- und Gewebespende hinweisen und bei Bedarf beraten. Dabei wird auch auf die Möglichkeit verwiesen, eine Erklärung im seit dem Jahr 2024 bestehenden Organspende-Register abzugeben. Auch die Einführung dieses Registers und die daraus resultierende Möglichkeit, Entscheidungen zur Organ- und Gewebespende digital zu hinterlegen, machen eine umfassende Aufklärung der Bevölkerung erforderlich.

Die Aufklärung durch die Hausärztinnen und Hausärzte stellt ein wichtiges Instrument dar, um die Informiertheit und Souveränität der Bürgerinnen und Bürger bei dieser Thematik zu fördern und die Spendenbereitschaft zu unterstützen. Es ist offenkundig, dass diese Ansprache und Beratung aus medizinischer Sicht weit überwiegend den Interessen der Allgemeinheit dient und nicht der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten. Hierdurch ist eine zusätzliche und extrabudgetäre Vergütung begründet.

Einsparungen bei der Organspende-Beratung sind mit Blick auf die Lücke zwischen benötigten Spenderorganen und tatsächlichen Organspenden das falsche Signal und stehen in keinem Verhältnis zu den angenommenen Einsparungen.

12. Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe e Doppelbuchstabe bb (§ 87 Absatz 2c Satz 8 und 9 SGB V)

Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe e Doppelbuchstabe bb ist zu streichen.

Begründung:

Die vorgeschlagene Maßnahme wird durch die FinanzKommission Gesundheit selbst in die Kategorie B eingeordnet, als Einsparung oder Einnahme, die mit unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, Zugang oder Verteilungsgerechtigkeit einhergehen.

Die FinanzKommission Gesundheit<sup>2</sup> führt dazu auf Seite 140 aus: „Die Anzahl sowohl von Kurzzeittherapien als auch Langzeittherapien ist seit dem Jahr 2018 im Mittel steigend. Dabei gab es seit Einführung der Zuschläge im Jahr 2020 eine nur geringfügige Veränderung des Anteils von Kurzzeittherapien an allen Therapieformen: Im Jahr 2018 wurden 49,0 Prozent aller Therapien als Kurzzeittherapie abgerechnet, im Jahr 2024 50,4 Prozent. Zwischenzeitlich lag der Anteil auf einem Tiefstwert von 46 Prozent (2021) und einem Höchstwert von 51 Prozent (2023). Der Anteil von Zuschlägen für Kurzzeittherapien (KTZ) an der psychotherapeutischen Gesamtvergütung liegt seit 2021 konstant bei etwa zwei Prozent (Frequenzstatistik).“

Kämen bei den Psychotherapeuten bei der Entscheidung zur KZT tatsächlich ausschließlich ökonomische Gründe zum Tragen, wäre die Anzahl von KZT in hohem Maße gestiegen und damit sog. „Mitnahme-Effekte“ belegt. Dies ist durch die vorgelegten Zahlen der FinanzKommission Gesundheit nicht nachweisbar.

Die vorgeschlagene Maßnahme, die mit unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, Zugang oder Verteilungsgerechtigkeit einhergeht, wird abgelehnt. Die Zuschläge bilden den erhöhten zeitlichen Aufwand für Behandlungen mit kurzer Dauer adäquat ab und ermöglichen eine kompakte Behandlung sowie die Verringerung des Chronifizierungsrisikos sowie positive Auswirkungen bzgl. der Arbeitsunfähigkeitsdauern für die Patienten, deren Schwere der Erkrankung eine Behandlung unterhalb der Kontingentgrenzen zulässt. Daraus resultieren erhöhte Aufnahmekapazitäten in den Praxen und damit kürzere Wartezeiten im ambulanten Versorgungssystem für die bislang unbehandelten Patienten.

Denkbar wäre die Anregungen der FinanzKommission Gesundheit bzgl. psychotherapeutischer Leistungen für eine Überprüfung der Regelungen in der sogenannten Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses anzuwenden und bspw. die Bewilligungsschritte bei der Langzeittherapie anzupassen.

### 13. Zu Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe c (§ 87a Absatz 3b und Absatz 3c SGB V)

Der Bundesrat lehnt die beabsichtigte Einschränkung der Entbudgetierung des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin und der allgemeinen hausärztlichen Versorgung ab und fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren diese Änderung zurückzunehmen.

---

<sup>2</sup> FinanzKommission Gesundheit, 2026: Erster Bericht der Finanzkommission Gesundheit, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/F/FinanzKommission\\_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit\\_Erster\\_Bericht\\_20260330.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf) [30.04.2026]

Begründung:

Bereits jetzt bestehen insbesondere in Versorgungsbereichen der Kinder- und Jugendmedizin und der allgemeinen hausärztlichen Versorgung Versorgungslücken, die durch Mengenausweitungen der verbliebenen Praxen und Mitversorgerpraxen aus anderen Planungsbereichen gedeckt werden müssen. Gleichzeitig soll diesen Praxen im Rahmen eines Primärversorgungssystems perspektivisch eine Schlüsselrolle bei der Patientenversorgung und -steuerung zugesichert werden. Es muss als vorhersehbar angesehen werden, dass die Motivation zur Erbringung von Mehrleistungen zu Sicherstellung der Versorgung durch Kürzungen der Vergütungen sinken wird. Darüber hinaus stellt diese Maßnahme auch ein Niederlassungshemmnis in Bedarfsgebieten dar. Die langfristige Sicherstellung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung und der allgemeinen hausärztlichen Versorgung muss insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems und der angespannten Versorgungslage, insbesondere in ländlichen Räumen, Vorrang vor kurzfristigen Einspareffekten haben.

14. Zu Artikel 1 Nummer 34 (§ 87d Absatz 4 Satz 1 Nummer 3, Nummer 4 und Nummer 5 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 34 § 87d Absatz 4 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 3 ist die Angabe „Bundesausschusses und“ durch die Angabe „Bundesausschusses,“ zu ersetzen.
- b) In Nummer 4 ist die Angabe „Heimen.“ durch die Angabe „Heimen und“ zu ersetzen.
- c) Nach Nummer 4 ist die folgende Nummer 5 einzufügen:

„5. kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Versorgung, Versorgung schwer psychisch Erkrankter nach der KSVPsych-Richtlinie und KJKSVPsych-Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b sowie von nach § 31 Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, Gruppenpsychotherapie, Psychotherapeutische Sprechstunde und Psychotherapeutische Akutbehandlung.“

Begründung:

In Folge der geplanten Rückführung der psychotherapeutischen Behandlungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung werden ein Rückgang von Behandlungskapazitäten, längere Wartezeiten und eine destabilisierte Versorgung insbesondere in den ländlichen Regionen erwartet.

Die Wirksamkeit der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung ist eng mit der Verfügbarkeit der kinder- und jugendlichen psychotherapeutischen Versorgung verbunden. Insoweit ist es dringend notwendig, diese Leistungen nicht noch weiter zu verknappen. Eine fehlende frühzeitige Intervention führt zu Chronifizierungen und langfristigen Kosten der Krankenbehandlung, Jugendhilfe und einen ggf. nicht gelingenden Übergang in die Erwerbstätigkeit.

In den Regelungen zur Vergütung außerhalb der MGV in § 87d Absatz 4 Satz 1 SGB V sind daher neben der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung auch die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der kinder- und jugendlichen psychotherapeutischen Versorgung zu ergänzen.

Nicht zuletzt die Diskussion um die Prävention von Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen hat gezeigt, wie entscheidend die frühzeitige und niedrigschwellige Behandlung ist. Auch hat sich die Gesundheitsministerkonferenz einstimmig für einen Ausbau der Versorgung, im Sinne der besten Prävention von Gewalttaten, ausgesprochen. Insofern gilt es einen Anreiz für alle psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungen zu setzen, die sich an Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf richten. Hier sind besonders die Leistungen nach der KSVPsych-Richtlinie und KJKSVPsych-Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V sowie von nach § 31 Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten zu nennen. Diese erst in den vergangenen Jahren geschaffenen Versorgungsangebote haben noch nicht die gewünschte Wirkung entfaltet. Daher sollte mit der Beibehaltung der extrabudgetären Vergütung weiterhin das Ziel verfolgt werden.

Um Chronifizierungen zu vermeiden, sind ebenso alle Leistungen, die einer frühzeitigen Intervention dienen und langfristige Kosten, u. a. der Arbeitsunfähigkeit, einsparen können, extrabudgetär zu vergüten. Das gilt für die Gruppenpsychotherapie, Psychotherapeutische Sprechstunde und Psychotherapeutische Akutbehandlung.

15. Zu Artikel 1 Nummer 34 (§ 87d Absatz 4 Satz 1 Nummer 3, Nummer 4 und Nummer 5 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 34 § 87d Absatz 4 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 3 ist die Angabe „Bundesausschusses und“ durch die Angabe „Bundesausschusses,“ zu ersetzen.
- b) In Nummer 4 ist die Angabe „Heimen.“ durch die Angabe „Heimen und“ zu ersetzen.

c) Nach Nummer 4 ist die folgende Nummer 5 einzufügen:

„5. psychotherapeutische Leistungen gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie.“

Begründung:

Die psychotherapeutische Versorgung ist zentraler Baustein einer modernen Gesundheitsversorgung. Ein frühzeitiger, wohnortnaher und niedrigschwelliger Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist entscheidend, um die Chronifizierung von psychischen Erkrankungen zu verhindern. Nur so können hohe Folgekosten durch lange Krankenbehandlung, stationäre Aufenthalte sowie eingeschränkter Erwerbsfähigkeit vermieden werden.

Durch die vorgesehene Budgetierung der psychotherapeutischen Leistungen ist mit einer Verschärfung der bereits aktuell bestehenden Wartezeitproblematik auf einen Therapieplatz zu rechnen. So betrug die Wartezeit von der ersten Sprechstunde bis zum Beginn der Psychotherapie nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) anhand der ambulanten GKV-Abrechnungsdaten im Zeitraum 2019 bis 2021 im Median 97 Tage bzw. 13,9 Wochen (vgl. Presseinformation der KVB vom 10. Februar 2023).

Es ist mit einem Rückgang des psychotherapeutischen Angebots zu rechnen, wenn zu den gegenwärtigen Honorarkürzungen bei den psychotherapeutischen Leistungen auch noch deren Budgetierung hinzutritt. Insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie besteht im Gegenteil sogar die große Notwendigkeit eines Ausbaus des Leistungsangebotes, um psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen möglichst zeitnah die medizinisch notwendige Versorgung zukommen lassen zu können. Zahlreiche wissenschaftliche Publikationen, aber auch die Auswertungen der GKV weisen auf einen steigenden Versorgungsbedarf im Bereich der Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychotherapie hin.

Im Bereich der psychotherapeutischen Leistungen besteht zudem nicht die Gefahr einer unregulierten Mengenausweitung, da diese Leistungen zeitgebunden erbracht werden, so dass sich die grundsätzliche Frage nach der Berechtigung einer Budgetierung stellt. Der veranschlagte Ersparnis von rd. 90 Millionen Euro im Jahr 2027 steht überdies ein steigender Behandlungsbedarf gegenüber, der bei ausbleibender Versorgung zu hohen Folgekosten im Gesundheitswesen führen kann.

Die nun vorgesehene Budgetierung führt zudem dazu, dass die psychotherapeutischen Leistungen in Budget-Konkurrenz zu anderen vertragsärztlichen Leistungen stehen (etwa ambulante Operationen). Gerade in Bezug auf ambulante Operationen ist ein Mengenwachstum in der vertragsärztlichen Versorgung versorgungspolitisch gewollt. Dies würde jedoch zwangsläufig dazu führen, dass die psychotherapeutischen Leistungen gegenüber dem Status quo mengenmäßig eingeschränkt werden müssten. Auf der anderen Seite besteht

das Risiko, dass die rechtlichen Vorgaben zur Honorierung der Psychotherapie zu Lasten weiterer, grundversorgender – und insbesondere konservativ tätiger – Arztgruppen gehen.

Die Regelungen zur Vergütung außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung müssen daher psychotherapeutische Leistungen in § 87d SGB V-E explizit ausnehmen. Nur so kann weiterhin ein ausreichendes Versorgungsangebot sichergestellt werden.

16. Zu Artikel 1 Nummer 34 (§ 87d SGB V)

- a) Der Bundesrat betont, dass die Prävention von Krankheiten anstelle teurer Behandlungen entscheidend für die Stabilisierung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung ist und stellt fest, dass die vorgesehenen Vergütungsbegrenzungsregeln bei Präventions- und Vorsorgeleistungen sich wie eine Mengengrenzung auswirken und mit hohen Folgekosten einhergehen können.
- b) Der Bundesrat stellt fest, dass die Durchführung ambulanter Operationen im Gegensatz zu stationären Eingriffen kosteneffizienter ist und daher eine verstärkte Nutzung des Ambulantisierungspotenzials angezeigt ist.
- c) Der Bundesrat hält vor dem Hintergrund der mengenbegrenzenden Wirkung die neuen budgetlimitierenden Vorgaben der bisher extrabudgetär vergüteten Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen sowie der ambulanten Operationen nicht für zielführend.
- d) Der Bundesrat bittet um Prüfung, die Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen sowie die ambulanten Operationen von dieser Budgetierung auszunehmen.

Begründung:

Maßnahmen zur Vorsorge und Prävention reduzieren das Auftreten chronischer Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Adipositas, bestimmte Krebserkrankungen) bzw. ermöglichen eine bessere Behandelbarkeit bei frühzeitiger Diagnose. Die Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen gem. § 135 Absatz 1 SGB V beruhen auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), so dass deren Wirksamkeit nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin nachgewiesen ist. Zudem wirken die Krankenkassen im G-BA mit und stellen sicher, dass eine Kosten-Nutzen-Abwägung der Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen vorgenommen wird.

Weniger Neuerkrankungen bedeuten weniger Leid, weniger Komplikationen und weniger medizinische Eingriffe. Mit der Einführung von Budgetgrenzen wird den Leistungserbringern ein Anreiz genommen, ihre Kapazitäten im Bereich der Vorsorge- und Präventionsleistungen auszubauen und zu erweitern. Es ist zu befürchten, dass darunter die Verfügbarkeit von zeitnahen Vorsorgeterminen leidet.

Zugleich besteht mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die Gefahr, dass die Budgetierung der Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen hohe Folgekosten durch aufwändige Behandlungen nach sich zieht und tatsächlich Mehrkosten verursacht.

Gleiches gilt für die ambulanten Operationen. Die Förderung ambulanter Eingriffe ist im Interesse einer wirtschaftlichen Leistungserbringung geboten, da ambulante Operationen deutlich kostengünstiger durchgeführt werden können. So liegt das Potenzial für ambulante Operationen in Deutschland bei über 4 Millionen Behandlungsfällen pro Jahr. Die konsequente Hebung dieses Potenzials würde Einsparungen in der GKV in Höhe von rd. 8 Milliarden Euro pro Jahr bedeuten. Die Finanzkommission Gesundheit beziffert demgegenüber die Einsparungen durch die Budgetierung der extrabudgetär vergüteten Leistungen im Jahr 2027 auf rd. 0,55 Milliarden Euro.

Die Stabilisierung der GKV-Financen darf nicht zu vermeidbaren Ausgabenzuwächsen führen, so dass in den genannten Bereichen Änderungen erforderlich sind.

17. Zu Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe b (§ 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V)

Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe b ist zu streichen.

Begründung:

Die Hochschulambulanzen (HSA) stellen eine ganz besondere, einmalige Versorgungsform dar. Sie bieten ein einmaliges Angebot, welches in dieser Form nicht noch einmal im Gesundheitswesen angeboten wird. In diesem Angebot werden Patientinnen und Patienten über die Sektorengrenzen hinweg versorgt, wenn dies auf Grund der Art, der Schwere oder der Komplexität der Erkrankung notwendig ist. Darüber hinaus haben diese Einrichtungen auch eine wesentliche Funktion im Bereich der praktischen Ausbildung. Gerade die Entwicklungen der jüngsten Vergangenheit haben gezeigt, wie wichtig diese besondere Behandlungsform ist. In diesem Rahmen wurden z. B. in den Hochschulkliniken Long-Covid-Ambulanzen aufgebaut, die nun wesentlich dazu beitragen, eine Versorgung für dieses besondere Krankheitsbild sicherzustellen. Die HSA sind daher neben den bereits dargestellten Aspekten ein wichtiger Faktor, um die ambulante Versorgung weiterzuentwickeln.

Mit den vorgesehenen Änderungen des § 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V-E soll die Vergütung dieser Behandlungsform auf Basis der Grundlohnsummenentwicklung gedeckelt werden. Diese Deckelung führt zu einer immer stärkeren

Unterdeckung der Kosten. Zwangsläufig wird dann dieses Angebot sukzessive zurückgefahren und ggf. ganz eingestellt. Dies wäre ein erheblicher Verlust für die Versorgungsqualität. Die vorgesehenen Änderungen sind daher ersatzlos zu streichen. Schon jetzt unterliegt dieser Bereich den Verhandlungen vor Ort. In diesen Verhandlungen können die Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherungen dafür Sorge tragen, dass die Vergütungsanstiege in einem angemessenen Rahmen bleiben. Hierzu ist keine gesetzliche Anpassung notwendig.

18. Zu Artikel 1 Nummer 47 (§ 130 Absatz 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 47 ist durch die folgende Nummer 47 zu ersetzen:

„47. § 130 Absatz 1a wird gestrichen.“

Begründung:

Die vorgesehene Erhöhung des Apothekenabschlags von 1,77 Euro auf 2,07 Euro zulasten der öffentlichen Apotheken ist zu streichen. Mehrere Entwicklungen machen deutlich, dass eine zusätzliche finanzielle Belastung der Apotheken weder sachgerecht noch verantwortbar ist.

Die Zahl der Apotheken in Deutschland sinkt seit Jahren kontinuierlich. Dieser Trend hat sich zuletzt sogar beschleunigt. Die Schließungen betreffen zunehmend auch ländliche und strukturschwache Regionen, in denen die Versorgung ohnehin fragil ist. Eine zusätzliche finanzielle Belastung würde diesen Negativtrend verstärken und die wohnortnahe Arzneimittelversorgung weiter unter Druck setzen.

Viele Apotheken befinden sich in einer zunehmend kritischen wirtschaftlichen Situation. Steigende Personal-, Energie- und Betriebskosten stehen einem seit dem Jahr 2013 nicht mehr erhöhtem Fixum der Apothekenvergütung gegenüber. Berechnungen der Apothekerverbände zeigen, dass die Apotheken von der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung abgekoppelt wurden. Eine weitere Belastung durch einen erhöhten Abschlag würde die wirtschaftliche Stabilität vieler Apotheken zusätzlich gefährden.

Die Bundesregierung hat eine umfassende Apothekenreform angekündigt, deren Ziel unter anderem eine strukturelle Stärkung der Apotheken sein soll. Den Apotheken wurde eine Erhöhung des Fixums in Aussicht gestellt, wobei unklar ist, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt diese kommt. Solange keine verlässlichen Rahmenbedingungen vorliegen, ist es nicht vertretbar, die Apotheken durch eine Erhöhung des Abschlags zusätzlich zu belasten. Eine solche Maßnahme würde der angekündigten Stärkung der Apotheken zuwiderlaufen. Es wäre systematisch widersprüchlich, die Apotheken zunächst durch eine Abschlagserhöhung zu belasten, während die Kompensation durch eine Fixumsanpassung zeitlich nicht absehbar ist. Eine solche Vorgehensweise würde die wirtschaftliche Planungssicherheit der Apotheken weiter negativ beeinträchtigen.

19. Zu Artikel 1 Nummer 47 (§ 130 SGB V)

Der Bundesrat vertritt die Auffassung, dass eine Erhöhung des Apothekenabschlags nach § 130 Absatz 1 SGB V nur dann in Betracht kommt, wenn auch der Apothekenzuschlag gemäß der Arzneimittelpreisverordnung von derzeit 8,35 Euro auf 9,50 Euro angehoben wird.

Begründung:

§ 130 Absatz 1 SGB V regelt, dass die Krankenkassen von den Apotheken für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sowie für Zubereitungen nach § 5 Absatz 3 AMPreisV, die nicht § 5 Absatz 6 AMPreisV unterfallen, einen Abschlag von 1,77 Euro je Arzneimittel erhalten.

§ 130 Absatz 1 SGB V-E sieht vor, diesen Abschlag auf 2,07 Euro zu erhöhen. Zur Begründung heißt es, dass zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung Einsparungen in allen Leistungsbereichen erforderlich seien.

Zwar ist dieser Aussage im Grundsatz zuzustimmen. Beachtlich ist jedoch, dass der Apothekenzuschlag für Fertigarzneimittel und Zubereitungen nach § 3 Absatz 1 Satz 1 und § 5 Absatz 1 Nummer 3 AMPreisV seit dem Jahr 2013 nicht mehr erhöht wurde.

Auch die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem Ersten Bericht vom 30. März 2026 (S. 308) keine Empfehlung zur Erhöhung des Abschlags nach § 130 Absatz 1 SGB V ausgesprochen, sondern im Gegenteil eine Empfehlung für eine schrittweise Erhöhung des Apothekenzuschlags nach der Arzneimittelpreisverordnung.

Um die Belastungen des Gesetzentwurfs ausgewogen zu verteilen, ist es erforderlich, entweder den Abschlag nach § 130 SGB V nicht zu erhöhen oder im Ausgleich den Zuschlag nach § 3 Absatz 1 Satz 1, § 5 Absatz 1 Nummer 3 AMPreisV zu erhöhen.

20. Zu Artikel 1 Nummer 48 Buchstabe a (§ 130a Absatz 1b Satz 1 und Satz 4 bis Satz 12 SGB V)

Artikel 1 Nummer 48 Buchstabe a § 130a Absatz 1b ist wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 ist die Angabe „vom Abgabepreis“ durch die Angabe „in Höhe von 5 vom Hundert des Abgabepreises“ zu ersetzen.
- b) Satz 4 bis Satz 12 sind zu streichen.

Begründung:

Artikel 1 Nummer 48 Buchstabe a des Gesetzentwurfs sieht vor, in § 130a Absatz 1b SGB V-E einen dynamisierten Herstellerabschlag einzuführen. Damit soll der Leistungsbereich der Arzneimittelhersteller einen „adäquaten Beitrag zum übergreifenden Ziel der Beitragssatzstabilisierung“ leisten.

Der dynamisierte Herstellerabschlag ist abhängig von der Differenz zwischen den Ist-Ausgaben und den Soll-Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel im vorangegangenen Kalenderjahr. Dadurch wird eine retrospektive Budgetierung eingeführt.

Der Abschlag gilt dabei zusätzlich zu weiteren Abschlägen, insbesondere zu den Abschlägen nach § 130a Absatz SGB V.

Der Höhe nach ist der dynamisierte Herstellerabschlag nur bis zum 30. Juni 2027 begrenzt. Für die Zukunft sind keine Obergrenzen mehr vorgesehen.

Bei dem dynamisierten Herstellerabschlag handelt es sich um ein neues Instrument der Preisregulierung, für das noch keine Erfahrungswerte bestehen. Aufgrund der jährlichen Anpassungen des Herstellerabschlages wäre die Planungssicherheit der pharmazeutischen Unternehmen negativ beeinträchtigt. Die Kopplung an die Grundlohnsumme käme zudem der Einführung eines Ausgabendeckels gleich, wodurch Innovationen im Arzneimittelbereich gegebenenfalls nicht mehr ausreichend vergütet werden könnten. Erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit sowie auf den Zugang zu neuen Arzneimitteln könnten die Folge sein.

Bei einer entsprechenden Differenz zwischen Ist-Ausgaben und Soll-Ausgaben könnte der kumulierte Abschlag nach § 130a Absatz 1 und Absatz 1b SGB V theoretisch mehr als 20 Prozent betragen.

Abschläge in dieser Größenordnung waren bislang im SGB V nicht regelhaft angeordnet. Der pauschale Abschlag in Höhe von 16 Prozent nach § 130a Absatz 1a SGB V war auf 3,5 Jahre befristet, der Abschlag in Höhe von 20 Prozent nach § 130e SGB V soll nur bis 31. Dezember 2026 gelten und nur für bestimmte Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die in Kombination eingesetzt werden.

Bei dem hier vorgeschlagenen pauschalen Abschlag von 5 Prozent ergibt sich zusammen mit dem Rabatt nach § 130a Absatz 1 SGB V ein kumulierter Herstellerrabatt von 12 Prozent. Dieser Wert entspricht dem im Jahr 2023 geltenden Abschlag (siehe noch Absatz 1b in der derzeit geltenden Fassung) und wird somit einen substantiellen Beitrag zur Beitragssatzstabilisierung leisten.

21. Zu Artikel 1 Nummer 48 (§ 130a Absatz 1b SGB V)

Der Bundesrat hält mit Blick auf die Stabilisierung der GKV-Beitragssätze angemessene strukturelle Maßnahmen im Arzneimittelbereich grundsätzlich für nachvollziehbar. Insbesondere die vorgesehene Regelung zum Herstellerab-

schlag einschließlich der zahlreichen Ausnahmen und Befreiungen weist jedoch eine enorme Regelungsdichte auf, deren Umsetzung für alle Beteiligten mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden ist und zu Planungsunsicherheit führen kann. Dies betrifft insbesondere langfristige Investitions- und Standortentscheidungen. Es braucht praxisnahe Regelungen, die Verlässlichkeit bieten sowie die bestehende Wertschöpfung und das Standortengagement der innovativen Unternehmen berücksichtigen, um Zukunftsinvestitionen und die Wettbewerbsfähigkeit zu stärken. Daher spricht sich der Bundesrat dafür aus, die Regelung stärker auf die Ziele der Pharmastrategie der Bundesregierung auszurichten und dabei insbesondere die Stärkung des Innovations-, Produktions- und Forschungsstandorts Deutschlands im Hinblick auf eine verlässliche Arzneimittelversorgung zu berücksichtigen.

Begründung:

Ergänzend zum allgemeinen Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1 Satz 1 SGB V soll ab dem Jahr 2027 ein dynamischer Herstellerabschlag eingeführt werden, dessen Höhe sich nach der Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen richtet und insbesondere hochpreisige patentgeschützte Arzneimittel betrifft. Gleichzeitig sind zahlreiche Ausnahmen und Befreiungen von diesem Abschlag vorgesehen. Diese betreffen unter anderem Unternehmen, die in Deutschland mit einem relevanten Anteil forschen und produzieren. Die Regelung des dynamischen Herstellerabschlags einschließlich seiner Ausnahme- und Befreiungsmöglichkeiten führt in ihrer derzeitigen Ausgestaltung zu einer erhöhten Bürokratie für alle Beteiligten und zu einer Planungsunsicherheit der betroffenen Unternehmen. Ziel einer solchen Regelung muss aber sein, die Umsetzung des Grundsatzes einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik mit der Sicherstellung einer resilienten Arzneimittelversorgung in Einklang zu bringen. Dies erfordert eine Regelung, die mit einem verhältnismäßigen Verwaltungsaufwand verbunden ist und insbesondere den in Deutschland forschenden und produzierenden pharmazeutischen Unternehmen Planungssicherheit und Verlässlichkeit bietet. Im Bereich der Versorgung mit innovativen Arzneimitteln bedarf es zudem struktureller Neuregelungen, die Einsparungen erreichen, ohne die Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit des Pharmastandorts Deutschland zu gefährden.

22. Zu Artikel 1 Nummer 50 (§ 130e SGB V)

Artikel 1 Nummer 50 ist zu streichen.

Folgeänderungen:

Artikel 1 Nummer 26 und Nummer 39 sind zu streichen.

Begründung:

Die Einführung von Rabattverträgen für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung soll gestrichen werden. Die Regelung stellt einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand dar: Der G-BA müsste zunächst die Gruppen bilden, dann die Kassen die Ausschreibung von Rabattverträgen vornehmen und gemeinsam mit der Ärzteschaft rabattarzneimittelbezogene Verordnungsquoten festlegen. Zudem entstünde für die Ärzteschaft ein bürokratischer Mehraufwand, da bei jeder Verordnung bzw. jeder Patientin/jedem Patienten neu geprüft werden müsste, welcher Rabattvertrag vorliegt.

Die Maßnahme stellt zudem eine grundlegende Strukturreform dar. Eine strukturelle Änderung der Preisregulierung von patentgeschützten Arzneimitteln, sollte in einer nachgelagerten Strukturreform erfolgen.

23. Zu Artikel 1 Nummer 54 (§ 133 SGB V)

Artikel 1 Nummer 54 ist zu streichen.

Begründung:

§ 133 SGB V regelt derzeit die Versorgung mit Krankentransportleistungen. § 133 SGB V-E sieht hierzu punktuelle Veränderungen in den Bereichen der Entgeltgestaltung vor, um die Beitragsstabilität zu fördern.

§ 133 SGB V ist jedoch zusätzlich bereits Gegenstand eines umfassenden, spezielleren Entwurfs eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (vgl. BR-Drucksache 255/26). Jener Gesetzentwurf enthält u. a. Regelungen zur Notfallrettung als einen neuen, eigenen Leistungsbereich, zu Krankenfahrten und Krankentransporten und zur Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung.

In dem aktuell vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (vgl. BR-Drucksache 255/26) wird die Thematik der Krankenfahrten/-transporte und Rettungsfahrten gänzlich neu strukturiert. So sieht der dortige Artikel 1 Nummer 3 mit dem § 60 SGB V-E eine allumfassende Regelung zu den Voraussetzungen entsprechender Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zu den hierfür anfallenden Kosten und der Systematik zur Vergütungsfindung vor. Zudem soll der Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung unter Artikel 1 Nummer 2 in Verbindung mit Artikel 1 Nummer 19 eine neue umfassende Rechtsgrundlage für die medizinische Notfallrettung schaffen, die auch den Notfalltransport (Rettungsfahrten) umfasst.

Damit unterscheiden sich die vorgenannten Regelungen signifikant von der Regelung in Artikel 1 Nummer 54 (§ 133 SGB V-E) im hier vorliegenden Gesetzentwurf. Dieser beschreibt lediglich, wie aktuell geltend, die Systematik zur Übernahme von Fahrkosten, was sowohl Krankenfahrten, -transporte, als auch Rettungsfahrten einschließt sowie die Systematik zur Vergütungsfindung,

erweitert diese jedoch um eine Pflicht für die gesetzlichen Krankenkassen zur Festlegung von Festbeträgen. Für die Frage der Anspruchsvoraussetzungen bleibt es bei der separaten Regelung in § 60 SGB V-E. Zudem behält die vorgesehene Regelung in § 133 SGB V-E die getrennte Vergütungssystematik-Verhandlungs-/ Vereinbarungslösung für Krankenfahrten/-transporte und Rettungsfahrten einerseits und Satzungslösung für Rettungsfahrten bei entsprechend vorliegendem Landesrecht andererseits- bei und sorgt damit für einen uneinheitlichen Rechtsrahmen.

Aus systematischen Gründen ergibt es keinen Sinn, § 133 SGB V-E in der Fassung des Entwurfs eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beschließen und im Übrigen den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung zu beschließen, der eine gänzlich andere Fassung des § 133 SGB V-E enthält.

Beide Gesetzentwürfe sind daher derart aufeinander abzustimmen, dass § 133 SGB V-E im führenden Gesetzgebungsverfahren zur Reform der Notfallversorgung beschlossen wird und im vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt.

Diese Anpassung ist zwingend erforderlich, weil der aktuelle Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung das bisherige Kernprinzip der Rettungsdienstfinanzierung verletzt. Nach ständiger Rechtsprechung zu § 133 SGB V muss die Vergütung so bemessen sein, dass ein leistungsfähiger Rettungsdienst seine notwendigen Kosten decken kann. Die starre Bindung an die Grundlohnrate durchbricht diese Logik, weil sie die Refinanzierung tatsächlicher, unvermeidbarer Kostensteigerungen rechtlich ausschließt.

So dürfen die im Gesetzentwurf vorgesehene Orientierung der Vergütungsvereinbarungen an der Grundlohnsummenentwicklung sowie eine etwaige zusätzliche Dämpfung der Steigerungsraten nicht zu einer systematischen Unterfinanzierung des Rettungsdienstes führen. Die gesetzlichen Sicherstellungsaufträge der Länder und Kommunen schränken genau diese Spielräume für Kostenausgleichsmaßnahmen ein und begründen keine realistischen Möglichkeiten, externe Kostensteigerungen intern abzufedern. Eine pauschale Begrenzung der Vergütungsvereinbarungen würde der besonderen Kosten- und Vorhaltestruktur des Rettungsdienstes nicht gerecht und die verlässliche, flächendeckende Versorgung, vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen, nachhaltig gefährden. Dies gewänne zusätzliche Dringlichkeit vor dem Hintergrund absehbarer Kostenverlagerungen, etwa durch die Krankenhaus- und Notfallreform mit zunehmender Zentralisierung stationärer Strukturen, die längere Transportwege und einen höheren Bedarf an Primär- und Sekundärtransporten erfordert.

Aus diesem Grund kann bei Vergütungsvereinbarungen für Rettungsfahrten und Rettungsflüge die Vorgabe des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V nicht als zwingende materielle Obergrenze gelten. Die gesetzliche Klarstellung seiner grundsätzlichen Anwendbarkeit, unter weiterhin gebotener Berücksichtigung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung, darf nicht zu einer starren Begrenzung werden, die eine sachgerechte, kostendeckende Ausgestaltung der

Vergütungsvereinbarungen verhindert. Wenn der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht als Leitlinie, sondern als verbindliche materielle Grenze dient, gefährdet dies massiv die wirtschaftliche Grundlage einer funktionsfähigen Notfallrettung.

Da die im Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vorgesehenen Regelungen sowohl die Belange der Notfallversorgung einbeziehen, als auch als umfassender, als die Regelung in § 133 SGB V-E anzusehen sind, ist § 133 SGB V-E zu streichen. Andernfalls würde zu ein und demselben Sachverhalt eine divergierende Rechtslage provoziert.

24. Zu Artikel 1 Nummer 60 Buchstabe a (§ 221 Absatz 1 Satz 2 – neu – und Satz 3 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 60 Buchstabe a ist durch den folgenden Buchstaben a zu ersetzen:

,a) Nach Absatz 1 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Der Zuschuss nach Satz 1 wird jährlich anhand der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung des Vorjahres sowie der zu erwartenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung überprüft. Ergibt sich hierbei eine Differenz zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, ist der Zuschuss nach Satz 1 mit dem Ziel des Ausgleichs der Differenz anzupassen.“ ‘

Begründung:

Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen (beispielsweise Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft, beitragsfreie Familienversicherung) einen jährlichen Zuschuss. Seit dem Jahr 2017 ist die Höhe des Bundeszuschusses auf jährlich 14,5 Milliarden Euro festgeschrieben (Haushaltsbegleitgesetz 2014). Allerdings unterliegen die Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen Schwankungen, beispielsweise durch Pandemien oder Preissteigerungen. Um in angemessener Weise auf besondere Herausforderungen reagieren zu können, sind flexible Strukturen erforderlich. Der Bundeszuschuss sollte daher nicht für mehrere Jahre im Voraus starr festgelegt sein, sondern turnusmäßig geprüft und bei Bedarf angepasst werden. So würden tatsächliche Einnahme- und Ausgabenschwankungen adäquat berücksichtigt werden können. Daher bedarf es einer Dynamisierung des steuerfinanzierten Bundeszuschusses in den Gesundheitsfonds.

25. Zu Artikel 1 Nummer 62 (§ 232a Absatz 1 Nummer 2 SGB V)

Artikel 1 Nummer 62 ist durch die folgende Nummer 62 zu ersetzen:

„62. § 232a Absatz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

- „2. bei Personen, die Leistungen nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das 0,5689-fache der monatlichen Bezugsgröße, abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.“ “

Begründung:

Für Personen im Leistungsbezug nach SGB II werden die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen seit mehreren Jahren nicht auskömmlich durch die Beitragseinnahmen gedeckt.

Da diese Personen über kein eigenes Einkommen verfügen, werden ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von der Bundesagentur für Arbeit aus Steuermitteln an den Gesundheitsfonds bezahlt. Dabei weicht das Verfahren zur Ermittlung der Beitragshöhe für Personen im Leistungsbezug nach SGB II vom üblichen Verfahren der Beitragsbemessung ab. Diese Beiträge werden über einen in der Vergangenheit immer wieder veränderten Anteil an der monatlichen Bezugsgröße politisch festgelegt. Hierbei kommt es aufgrund der zu geringen Höhe des in Ansatz gebrachten Anteils an der monatlichen Bezugsgröße zu einer systematischen Unterdeckung der Leistungsausgaben für diesen Personenkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese geht in nicht hinzunehmender Weise zu Lasten der Solidargemeinschaft.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat hierzu beim IGES-Institut ein Gutachten in Auftrag gegeben, das am 6. Dezember 2017 veröffentlicht wurde. Die Deckungslücke wurde bereits in diesem Gutachten mit knapp 10 Milliarden Euro beziffert. In einem weiteren Kurzbericht des IGES-Instituts vom Juli 2022 im Auftrag der Krankenkasse DAK-Gesundheit wird ohne Berücksichtigung der Geflüchteten aus der Ukraine auch unter Fortschreibung der Berechnungsgrundlagen bis zum Jahr 2022 von dieser Deckungslücke ausgegangen. Unter Berücksichtigung der Geflüchteten aus der Ukraine erhöht sich laut Berechnungen in diesem Bericht die Deckungslücke.

Der am 30. März 2026 von der vom BMG beauftragten FinanzKommission Gesundheit vorgelegte Bericht mit Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2027 hat unter der laufenden Nummer 62 die Reformempfehlung erteilt, die Personen im Leistungsbezug nach SGB II auch zukünftig als versicherungspflichtige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung zu belassen und die vom Bund zu tragenden Beiträge künftig kostendeckend auszugestalten. Die damit verbundene Finanzwirkung zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung be-

ziffert die Finanzkommission Gesundheit mit jährlich 12 Milliarden Euro.

Gleichwohl sind bis dato weder aus dem IGES-Gutachten, noch aus den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit die entsprechenden Konsequenzen durch den Gesetzgeber gezogen worden. Auch der aktuelle Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung enthält keine Regelung für eine auskömmliche Finanzierung der Beiträge für Personen im Leistungsbezug nach SGB II.

Ausgehend von der durch die FinanzKommission Gesundheit errechneten Deckungslücke von 12 Milliarden Euro jedenfalls für das Jahr 2027 wird angenommen, dass ein monatlicher Beitrag von 400 Euro je Person im Leistungsbezug SGB II durch den Bund gezahlt werden müsste.

Unter Annahme eines ermäßigten Beitragssatzes (14 Prozentpunkte), eines durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes in Höhe von 2,9 Prozentpunkten sowie einer Bezugsgröße in Höhe von 4 160,66 Euro (Annahme Steigerung 5,2 Prozentpunkte Mittelwert 2023 bis 2026) ergeben sich der neu festzulegende Faktor „0,5689-fach“ und eine beitragspflichtige Einnahme in Höhe von 2 366,86 Euro je Person im Leistungsbezug nach SGB II. Dabei orientiert sich der vorliegende Regelungsvorschlag an der Zielsetzung des Gesetzentwurfs, zukünftig eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik zu vollziehen.

26. Zu Artikel 1 Nummer 63 (§ 242b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a SGB V)

In Artikel 1 Nummer 63 § 242b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a ist nach der Angabe „hat“ die Angabe „oder noch nicht eingeschult worden ist“ einzufügen.

Begründung:

Für den Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner soll ein Ausnahmetatbestand eingeführt werden, bei dem ein Kind u. a. das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Begründet wird die Altersgrenze mit dem geringeren Betreuungsbedarf. In der Regel werden Kinder zwischen Vollendung des sechsten und siebten Lebensjahres schulpflichtig. Es wird demnach auf die Schulpflicht abgestellt.

Die Altersgrenze von sieben Jahren ist zu pauschal. Es werden Kinder nicht erfasst, die um ein Jahr zurückgestellt werden. Entwicklungsverzögerungen können für eine Rückstellung ausschlaggebend sein. Aber auch ein besonderer pädagogischen Förderbedarf, der ggf. einen (späteren) Besuch einer Förderschule veranlasst, kann eine Rückstellung begründen. Somit weisen Kinder auch nach Vollendung des siebten Lebensjahres, aber vor der Einschulung ggf. einen erhöhten Betreuungsbedarf auf, der im Zweifel durch die Eltern abgedeckt werden muss. Ferner variieren die Stichtage für die Einschulung je nach Bundesland, so dass auch Kinder, die das siebte Lebensjahr vollendet haben, noch

nicht eingeschult sind.

Um diese Betreuungssituation zu berücksichtigen, soll für diese Fallgruppen ebenfalls der Beitragszuschlag entfallen und der Ausnahmetatbestand weiter gefasst werden.

## 27. Zu Artikel 1 Nummer 63 (§ 242b SGB V)

- a) Der Bundesrat hält die Anpassung der Familienversicherung vor dem Hintergrund geänderter Lebensrealitäten und der schwierigen Haushaltslage der gesetzlichen Krankenversicherung für grundsätzlich akzeptabel.
- b) Der Bundesrat befürchtet jedoch unbillige Härten für lebensältere Personen, deren Familienmodell jahrzehntelang auf dem Modell der Einverdienerehe fußte.
- c) Der Bundesrat hält daher die Einführung ausreichender Übergangsfristen und einer zeitlich befristeten Altersgrenze zur Abschwächung sozialer Härten für geboten.

### Begründung:

#### Zu Buchstabe a:

Die Einführung einer Beitragspflicht für Ehegattinnen und -gatten beziehungsweise Lebenspartnerinnen und -partner kann grundsätzlich nachvollzogen werden. Die Lebensrealität der meisten Familien hat sich in den letzten Jahrzehnten dahingehend gewandelt, dass in der Regel beide Partner einer Erwerbstätigkeit nachgehen, sobald die Kinderbetreuung dies zulässt. Der Bund sieht zudem weitere Ausnahmetatbestände bei Pflegesituationen oder im Falle der Versorgung von Kindern mit Behinderung vor.

#### Zu Buchstabe b:

Die neu eingeführte Beitragspflicht kann – neben der Stabilisierung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung – zwar grundsätzlich ein Anreiz sein, dass bisher nicht erwerbstätige bzw. nur geringfügig beschäftigte Familienversicherte eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen.

Die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung wird jedoch für Personen, die vor dem Erreichen der Erwerbsaltersgrenze stehen, eine teils erhebliche Herausforderung darstellen. Auch Personen, die für einen langen Zeitraum nicht erwerbstätig waren, dürften weniger gute Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben.

#### Zu Buchstabe c:

Insofern ist es erforderlich, weitere Ausnahmen von der Reform zu realisieren. Familienversicherte, die zum Zeitpunkt der Umsetzung (2028) das 55. Lebensjahr vollendet haben oder das 55. Lebensjahr im Laufe des Umsetzungsjahres

vollenden, sind ebenfalls von der Beitragspflicht auszunehmen. Des Weiteren sind ausreichende Übergangsfristen bis zum vollständigen Inkrafttreten der Reform durch den Bund sicherzustellen.

28. Zu Artikel 1 Nummer 64a – neu – (§ 261 Absatz 4 SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 64 ist die folgende Nummer 64a einzufügen:

„64a. § 261 Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Ergibt sich bei der Aufstellung des Haushaltsplans, dass die Rücklage geringer ist als das Rücklagesoll, ist innerhalb der zwei folgenden Haushaltsjahre durch Erhöhung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes die Rücklage aufzufüllen. Im ersten Haushaltsjahr hat die Auffüllung mindestens auf die Höhe der Hälfte des Rücklagesolls zu erfolgen. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann die Frist nach Satz 1 auf Antrag der Krankenkasse um bis zu zwei Haushaltsjahre verlängern, wenn das Rücklagesoll voraussichtlich innerhalb der Frist nach Satz 1 nur mit einem Zusatzbeitragssatz aufgefüllt werden kann, der einen Prozentpunkt über dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz liegt.“ ‘

Begründung:

Ergibt sich bei der Aufstellung des Haushaltsplans, dass die Rücklage geringer ist als das Rücklagesoll, ist bis zur Erreichung des Rücklagesolls die Auffüllung der Rücklage im Regelfall mit einem Betrag in Höhe von mindestens der Hälfte des Rücklagesolls im Haushaltsplan vorzusehen. Aus dem reinen Wortlaut der Norm ergäbe sich die Rechtsfolge, dass auch bei einer geringeren Unterschreitung als der Hälfte des Rücklagesolls mindestens die Hälfte des Rücklagesolls im Haushaltsplan vorzusehen wäre, welche dann nach § 261 Absatz 5 SGB V in die Betriebsmittel abzuführen wäre. Ferner ist der Zeitraum nicht eindeutig definiert, in dem die Krankenkasse das Rücklagesoll erreicht haben muss. Somit wird zu Lasten des Wettbewerbs der Krankenkassen die verpflichtende Mindestrücklage nach § 261 Absatz 2 SGB V ausgehöhlt.

In Anlehnung an die Betriebsmittelobergrenze in § 260 Absatz 4 SGB V soll demnach im Interesse eines fairen Wettbewerbs der Krankenkassen ein fester Zeitraum definiert werden, in der das Auffüllen des Rücklagesolls bezogen auf die Aufstellung des Haushaltsplans erreicht werden soll. Für Krankenkassen, die dazu einen Zusatzbeitragssatz erheben müssten, der einen Prozentpunkt über dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz liegt, kann die Aufsichtsbehörde den Zeitraum dann insgesamt auf maximal 4 Jahre verlängern. Die Haushaltsplanung für das fünfte Jahr nach Unterschreitung des Rücklagesolls muss dann zwingend einen Zusatzbeitragssatz vorsehen, der die vollständige Auffül-

lung der Rücklage im Haushaltsplan zum Ziel hat.

Die Mindestrücklage ermöglicht den Krankenkassen, Ausgabenschwankungen auszugleichen und zumindest unterjährig Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden. Daher sind verbindliche Fristen für das Auffüllen der Rücklage das Fundament für eine langfristige Beitragssatzstabilität.

29. Zu Artikel 1 Nummer 64a – neu – (§ 264 Absatz 7 Satz 2a – neu – und Satz 2b – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 64 ist die folgende Nummer 64a einzufügen:

„64a. Nach § 264 Absatz 7 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Erhalten die Krankenkassen nach der Erstattung der Aufwendungen durch den Träger der Sozialhilfe, der öffentlichen Jugendhilfe oder nach dem Asylbewerberleistungsgesetz eine Erstattung durch Dritte, insbesondere durch umsatzbedingte Rückvergütungen und Preisnachlässe für Leistungsmengen und Dienstleistungen, sind die Träger an der Erstattung anteilig zu beteiligen, sofern Leistungsberechtigte nach Absatz 2 diese Leistungen nach den gleichen Regelungen wie Versicherte erhalten. Die Beteiligung berechnet sich nach dem Anteil der Gesamtkosten für den Personenkreis nach Absatz 2 an den jährlichen Gesamtausgaben der Krankenkasse.“ ‘

Begründung:

Überzahlung der Krankenkassen bei Gewährung von Arzneimittelrabatten

Krankenkassen erhalten umsatzbedingte Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer nach § 130a SGB V sowie aufgrund von Vereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und pharmazeutischen Unternehmern nach § 130b SGB V Erstattungsbeträge für Arzneimittel. Sofern die Krankenkassen Verträge mit pharmazeutischen Unternehmern nach § 130c SGB V geschlossen haben, sind diese ebenfalls zu berücksichtigen.

Gemäß § 264 Absatz 7 Satz 1 SGB V erstattet der Träger der Sozialhilfe, der öffentlichen Jugendhilfe oder nach dem Asylbewerberleistungsgesetzes vierteljährlich die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen. Dies beinhaltet sowohl die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, welche die Kassenärztlichen Vereinigungen für ihre Mitglieder abführen, als auch für die extrabudgetäre Gesamtvergütung zuzüglich angemessener Verwaltungskosten.

Durch die Ausschüttung der o. g. Rabatte der Hersteller an die Krankenkassen nach der Erstattung durch den Träger der Sozialhilfe, der öffentlichen Jugend-

hilfe oder nach dem Asylbewerberleistungsgesetzes verringern sich jedoch die tatsächlich angefallenen Aufwendungen nachträglich, so dass durch die bereits vorgenommene Erstattung ein Überschuss bei den Krankenkassen entsteht.

Den Krankenkassen sollen zwar durch die Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige keine Nachteile entstehen und die Aufwendungen durch die Kostenerstattung voll gedeckt sein. Dies gilt andererseits aber auch für Vorteilsziehung auf der Grundlage von umsatzbedingten Gesamteinnahmen wie z. B. den vertraglich vereinbarten Arzneimittelrabatten. Die Anzahl der Betreuten nach § 264 Absatz 2 SGB V und der Verschreibungen von Medikamenten an sie beeinflusst dabei die Höhe Umsätze und somit der Rabatte. Die Rabatte werden der Krankenkasse für sämtliche Mitglieder gewährt, sowohl für die gesetzlich Versicherten als auch die Betreuten nach § 264 Absatz 2 SGB V. Gemäß § 264 Absatz 4 SGB V erhalten die Leistungsempfänger für die elektronische Gesundheitskarte den Versichertenstatus nach „Mitglied“, „Rentner“ oder „Familienversicherter“, so dass die Leistungsgewährung und Leistungsabrechnung für alle gilt. Durch die Ausschüttung der o. g. Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer verringern sich die tatsächlich angefallenen Aufwendungen für die Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Absatz 2 bis 6 SGB V nachträglich. Diese praktische Überzahlung bevorteilt die Krankenkassen unangemessen und ist an den Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe jährlich zu anteilig zu erstatten.

Für § 264 Absatz 1 SGB V gibt es bereits entsprechende Vorgaben für Rabattbeteiligungen in der Bundesrahmenempfehlung zu § 264 Absatz 1 SGB V, auf die in § 264 Absatz 1 Satz 5 SGB V hingewiesen wird (Link: [20160527 Bundesrahmenempfehlung Asylsuchende 264 Abs 1 SGB V.pdf](#), s. auf Seite 5 unter Ziffer 2, 2. Absatz). Die hier vorgeschlagene Änderung orientiert sich im Wortlaut an der Bundesrahmenempfehlung.

#### Vorschlag für mögliche Umsetzung in der Praxis

Diese Rückerstattung könnte in der Umsetzung wie folgt aussehen:

1. Schritt: Gesamtausgaben pro Jahr für Arzneimittel der Krankenkasse: z. B. 1 000 000 Euro
2. Schritt: Arzneimittelausgaben für die Betreuten: z. B. 10 000 Euro = 1 Prozent der Gesamtkosten für Arzneimittel der Krankenkasse
3. Schritt: Umsatzbedingte Gesamteinnahme für vertragliche Rabatte der Krankenkasse: z. B. 80 000 Euro
4. Schritt: Berechnung des Anteils der Betreuten an den Rabatten: 80 000 Euro x 1 Prozent = 800 Euro

### 30. Zu Artikel 1 Nummer 66 (§ 275c Absatz 2 SGB V)

Artikel 1 Nummer 66 ist zu streichen.

Begründung:

Die vorgeschlagene Erhöhung der Prüfquoten ist kein geeignetes Instrument zur Dämpfung der Ausgabendynamik im Krankenhausbereich. Sie birgt Risiken für Versorgungsqualität, Transparenz und Fairness der Abrechnungspraxis.

Schon im Koalitionsvertrag der Bundesregierung war die Entbürokratisierung eine Kernzusage im Krankenhausbereich. Ziel ist es, unnötige und doppelte Verwaltungs- und Meldepflichten zu reduzieren, ohne Qualitäts- oder Sicherheitsstandards zu gefährden. Zielgerichtete, digitale, interoperable Prozesse sollen Abläufe effizienter machen, Kosten senken und Ressourcen freisetzen, damit sich Pflege- und Behandlungsqualität verbessern.

Es ist vorgesehen, dass das Verfahren der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) zu Krankenhausrechnungen angepasst wird. In der aktuellen Systematik werden die Krankenhäuser, die einen hohen Anteil nicht beanstandeter Abrechnungen aufweisen, seltener durch den MD geprüft. Die vorliegenden Änderungen haben das Ziel, dass eine deutliche Anhebung der Prüfquoten sowie eine Erhöhung der Schwellenwerte erfolgt.

Die beabsichtigte pauschale Anhebung der Prüfquoten erfüllt diese Ziele nicht sinnvoll: Weder die Entbürokratisierung noch eine Qualitätssteigerung wird damit zuverlässig erreichbar. Zur Realisierung des Ziels sind risikobasierte Prüfungen, Fokus auf Kernprozesse und eine starke digitale Interoperabilität erforderlich, begleitet von transparenten Kennzahlen und fortlaufender Evaluation.

Ohne klare Kriterien kann das zu ineffizienten Prüfungen, Verzögerungen und höheren Kosten führen. Eine Qualitätsverbesserung erfordert risikogestützte, zielgerichtete Prüfungen und bessere digitale Schnittstellen, nicht einfach eine Erhöhung der Meldepflichten.

Die vorgesehenen Änderungen sind aufgrund von mehreren Aspekten nicht nachvollziehbar und werden abgelehnt. Grundsätzlich ist zunächst darauf hinzuweisen, dass in § 17c Absatz 7 KHG derzeit noch ein Prüfauftrag offen ist, welcher einen Bericht der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbandes u. a. hinsichtlich der Auswirkungen der entsprechenden Regelungen bis zum 30. Juni 2026 vorsieht. Die nun vorgelegten Änderungen überraschen daher, da sie den Ergebnissen dieses Berichtes vorgereifen und ihn insofern obsolet machen. Es erscheint nicht nachvollziehbar, warum dieser Evaluation vorgegriffen werden soll und die grundlegenden Bedingungen bereits angepasst werden.

Zudem erzeugen steigende Grenzwerte neue Komplexität und variierende Prüfquoten je Krankenhaus. Das schafft Anreize zur selektiven Prüfung statt zu einer generellen Effizienzsteigerung. Höhere Prüfquoten könnten Krankenhäuser zu risikoreichen, aber kurzfristig regelkonformen Abrechnungen drängen, um Prüfaufwand zu minimieren – potenziell mit Qualitätsverlusten. Die Anhebung von Quoten- und Schwellenwerten erhöht die administrative Belastung dort, wo Ressourcen ohnehin schon stark beansprucht sind; ein signifikanter Entlastungseffekt ist fraglich. Zudem gibt es keine überzeugenden Belege, dass das Prüfquotensystem nachhaltige Kosteneinsparungen bei gleichzeitiger Qualitätssicherung liefert.

Die deutlichen Erhöhungen der Prüfquoten sowie die Anhebung des Schwellenwertes bedeuten eine deutliche Ausweitung des Prüfgeschehens in den Krankenhäusern. Damit verbunden ist auch ein deutlicher Anstieg des bürokratischen Aufwandes bei der GKV, den MD und den Krankenhäusern, was zu erhöhten Kosten führen wird. Diesen Anstiegen stehen einseitige Ausgabenreduzierungen der GKV gegenüber, obwohl entsprechende Kosten im Krankenhaus angefallen sind. Am Beispiel der sekundären Fehlbelegung wird dies deutlich. Die sekundäre Fehlbelegung liegt vor, wenn nach Aktenprüfung durch den MD festgestellt wird, dass eine kürzere Verweildauer ausreichend gewesen wäre. Dabei ist jedoch festzustellen, dass dennoch im Krankenhaus bereits die damit verbundenen Kosten entstanden sind. Eine wirkliche Kostenreduzierung und damit Effizienzsteigerung wird somit nicht erreicht. Es entstehen vielmehr Kosten der Krankenhäuser, die nicht mehr vergütet werden.

Darüber hinaus binden aufwändige Prüfungen mit Verhandlungsrunden Personal in den Krankenhäusern auf verschiedenen Ebenen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum ein Bürokratieabbau im Gesundheitswesen gefordert wird, politisch hingegen zusätzliche Bürokratie geschaffen wird. Der vorliegende Gesetzentwurf lässt Kosteneinsparungen bei der GKV, die aus dem Abbau bürokratischer Hürden entstehen könnten, völlig unbeachtet. Stattdessen werden die Krankenhäuser zusätzlich belastet. Vollkommen außer Acht gelassen werden dabei auch die Auswirkungen auf die Liquidität der Krankenhäuser, da ein erhöhtes Prüfaufkommen auch mit einer verzögerten Begleichung der Abrechnungen verbunden ist.

Festzustellen ist ebenfalls, dass insbesondere die Maximalversorger und die Hochschulkliniken von dieser Anpassung negativ betroffen sein werden. In diesen Einrichtungen erfolgen die Versorgung und Behandlung von besonders komplexen Fällen. Einhergehend mit dieser Komplexität der Behandlungen steigt auch die Komplexität der Abrechnung, woraus wiederum umfassendere Prüfungen folgen werden. Grundsätzlich ist das Abrechnungssystem in den letzten Jahren immer komplexer geworden. Damit einher geht eine abnehmende Abgrenzung zwischen der Abrechnung einzelner Leistungen. Hieraus resultieren intensive und aufwändige Diskussionen um die Kodierung der abgerechneten Leistungen. Im Wesentlichen führt dies dazu, dass mehr Aufwendungen in die Dokumentation, Abrechnung und deren Überprüfung durch MD und GKV fließen.

Die Medizinischen Dienste verfügen darüber hinaus derzeit nicht über ausreichende personelle Kapazitäten oder operative Ressourcen, um den erhöhten Prüfaufwand verantwortungsvoll umzusetzen; daher lässt sich eine erwartete Verbesserung der Versorgungsqualität oder Patientensicherheit nicht nachvollziehen. Die illustrierte Kosteneinsparungen dürfte durch den erhöhten personellen Aufwand im System aufgezehrt werden.

Wenn es das Ziel sein sollte, das System zu verbessern, Kosten auf allen Seiten zu reduzieren und auch Bürokratie abzubauen, sollte das Vergütungs- und Abrechnungssystem deutlich vereinfacht werden. Hierzu sollte ein entsprechender Auftrag an den GKV-Spitzenverband und die DKG erfolgen, der zum Ziel hat, das Abrechnungssystem zu vereinfachen.

31. Zu Artikel 1 Nummer 67 Buchstabe a (§ 282 Absatz 4 SGB V) und Buchstabe b – neu – (§ 282 Absatz 6 – neu – bis Absatz 8 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 67 ist durch die folgende Nummer 67 zu ersetzen:

,67. § 282 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

<< ... weiter wie Vorlage ... >>

- b) Nach Absatz 5 werden die folgenden Absätze 6 bis 8 eingefügt:

„(6) Beim Medizinischen Dienst Bund wird ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss gebildet. Die Amtsdauer entspricht derjenigen des Vorstandes. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss setzt sich zusammen aus je einem hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Medizinischen Dienste. Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses werden von den Mitgliedern der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste mehrheitlich gewählt. Bei der Wahl verteilt sich das Stimmgewicht im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes. Das Stimmgewicht beträgt mindestens drei Stimmen; für Medizinische Dienste mit mehr als zwei Millionen Mitgliedern in ihrem Einzugsbereich beträgt es vier, für Medizinische Dienste mit mehr als sechs Millionen Mitgliedern fünf und für Medizinische Dienste mit mehr als sieben Millionen Mitgliedern sechs Stimmen.

(7) Entscheidungen des Vorstandes im Rahmen des § 283 sind im Einvernehmen mit dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss zu treffen. Der Vorstand hat die vom Lenkungs- und Koordinierungsausschuss abgegebenen Empfehlungen zu beachten. Dies gilt nicht für Entscheidungen, mit denen der Vorstand Beschlüsse, die der Verwaltungsrat im Rahmen seiner Zuständigkeit getroffen hat, umsetzt. In begründeten Fällen kann der Vorstand von den Empfehlungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses abweichen; in diesen Fällen teilt der Vorstand dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss seine Gründe schriftlich mit. Zu sonstigen Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben. Das Nähere zum Verfahren und zur Beschluss-

fassung kann er im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung regeln.

(8) Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben. Fordert der Verwaltungsrat mit der Mehrheit seiner Stimmen eine Stellungnahme des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses an, muss der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss die angeforderte Stellungnahme abgeben. Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses sind berechtigt, an nicht öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilzunehmen.“ ‘

Begründung:

Die vorgeschlagenen § 282 Absätze 6 bis 8 SGB V regeln die Zusammensetzung und Kompetenzen des beim Medizinischen Dienst Bund neu zu bildenden Lenkungs- und Koordinierungsausschusses. Dieses neue Gremium soll eine organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Medizinischen Dienste und der Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund bilden. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss stellt einen kontinuierlichen Informationsfluss sicher und ermöglicht eine schnellere Meinungsbildung zu aktuellen Themen und Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund. Ziel ist es, die Transparenz zwischen den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund zu verbessern und damit insbesondere auch die Akzeptanz bei den Medizinischen Diensten für das Handeln des Medizinischen Dienstes Bund zu stärken.

Im vorgeschlagenen § 282 Absatz 6 SGB V wird die Zusammensetzung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses geregelt. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss besteht aus je einem hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Medizinischen Dienste. Das Stimmgewicht der Medizinischen Dienste bei der Wahl orientiert sich an der Mitgliederzahl der Krankenkassen im Einzugsgebiet der Medizinischen Dienste.

Im vorgeschlagenen § 282 Absatz 7 SGB V werden die Zuständigkeiten des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses festgeschrieben. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann alleine keine verbindlichen Entscheidungen treffen. Er ist aber im Vorfeld von Entscheidungen im Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund zu den im Gesetz bezeichneten Themen zu beteiligen und muss diesen grundsätzlich zustimmen. Das Zustimmungserfordernis bezieht sich auf alle Entscheidungen des Vorstandes im Rahmen des § 283 SGB V. Zu allen weiteren Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben. Dadurch wird die fachliche Expertise der operativen Ebene in den Entscheidungsprozess des Vorstandes des Medizinischen Dienstes Bund eingebracht. Den Vorständen der Medizini-

schen Dienste, die die Aufgaben vor Ort maßgeblich organisieren, wird damit eine stärkere Rolle und Verantwortung bei der Gestaltung der Strukturen und Prozesse im Bereich der Medizinischen Dienste zugewiesen. Um dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss die Möglichkeit zu eröffnen, die Themen, die seiner Zustimmung bedürfen, einzugrenzen, kann er im Einzelfall auf eine Zustimmung verzichten. In einer Geschäftsordnung kann er auch das Nähere zum Verfahren wie zum Beispiel Sitzungsrythmus, Mehrheiten für Beschlussfassungen usw. festlegen. Der Vorstand muss den Medizinischen Dienst Bund wirksam nach außen vertreten können. Ihm wird deshalb das Recht eingeräumt, in besonders zu begründenden Fällen von Entscheidungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses abzuweichen. Insbesondere wenn Haftungsrisiken bestehen oder wenn der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss nicht in angemessener Zeit eine Entscheidung trifft, obwohl eine besondere Eilbedürftigkeit besteht, kann der Vorstand auch ohne dessen Zustimmung rechtswirksam entscheiden. Der Vorstand muss seine Gründe dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss schriftlich mitteilen.

Im vorgeschlagenen § 282 Absatz 8 SGB V werden die Kompetenzen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses in Bezug auf den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund geregelt. Um auch hier einen engeren Austausch gesetzlich zu verankern, die fachliche Expertise der Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses in die Arbeit des Verwaltungsrates einzubringen und damit zu professionalisieren, wird dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss das Recht eingeräumt vor Beschlüssen des Verwaltungsrates eine Stellungnahme abzugeben. Umgekehrt kann der Verwaltungsrat auch eine Stellungnahme des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses anfordern, wenn er der Meinung ist, dass eine entsprechende Expertise oder eine zeitnahe Meinungsbildung durch die Medizinischen Dienste benötigt wird. In diesem Fall ist der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss verpflichtet, die angeforderte Stellungnahme abzugeben.“

### 32. Zu Artikel 1 Nummer 72 – neu – (Anlage 1 zu § 135e SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 71 ist die folgende Nummer 72 einzufügen:

- ,72. In Anlage 1 (zu § 135e SGB V) ist in der Spalte „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ jeweils die Angabe „Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden“ zu streichen.“

Begründung:

Einige Länder haben bereits im Zuge des Beschlusses des Krankenhausreform-Anpassungsgesetzes (KHAG, BR-Drucksache 120/26 (Beschluss)) dringend eine Revision der im KHAG vorgesehenen Verschärfung bei der Prüfung der Pflegepersonaluntergrenzen angemahnt, da die danach vorgesehene Koppelung der Leistungsgruppenzuweisung an den monatscharfen Nachweis der PPUG in allen pflegesensitiven Bereichen zu einer massiven Zahl negativer MD-Gutachten führen würde, was eine reguläre Leistungsgruppenzuweisung unmöglich machen würde (vgl. Protokollerklärung der Länder Niedersachsen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen zur BR-Drucksache 120/26, Anlage 13 des Protokolls der 1063. Sitzung des Bundesrates vom 27. März 2026). Eine Abmilderung dieser Verschärfung, konnte bislang auch nicht im Rahmen der Novellierung der Richtlinie zur „Prüfung zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)“ erreicht werden.

Der flächendeckenden Gefährdung der Versorgung, die mit der Verschärfung einhergeht, da im Besonderen Maximal- und Schwerpunktversorger betroffen sind, muss dringend entgegengewirkt werden. Dazu dienen die im Rahmen des Änderungsantrages vorgesehenen Änderungen an der Anlage 1 mit der Streichung des betreffenden Qualitätskriteriums zur Prüfung der Pflegepersonaluntergrenzen in den Leistungsgruppen. („Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden“).

### 33. Zu Artikel 1 (allgemein)

- a) Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, die Reformempfehlung Nummer 2 der FinanzKommission Gesundheit zu den Zuzahlungsregelungen vollständig umzusetzen. Neben der bereits im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Erhöhung der Zuzahlungsbeträge (§ 61 SGB V-E) sollten auch die hierzu im Zusammenhang stehenden weiteren Punkte der Reformempfehlung der FinanzKommission Gesundheit umgesetzt werden.
- b) Die FinanzKommission Gesundheit hat festgestellt, dass die derzeit verfügbare Evidenz darauf hindeutet, dass die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung nicht durchgängig bekannt ist. Für die Inanspruchnahme der Zuzahlungsbefreiung ist eine aktive Antragstellung durch die Versicherten erforderlich. Um sicherzustellen, dass Versicherte aufgrund von Unkenntnis oder komplexen administrativen Vorgängen trotz Überschreitens der Belastungsgrenze nicht von der Zuzahlungsbefreiung Gebrauch machen, sollten

die Krankenkassen dazu verpflichtet und in die Lage versetzt werden, betroffenen Versicherten eine automatische Information über das mögliche Erreichen der Belastungsgrenze zu erteilen. Nur dann lässt sich die vorgesehene Erhöhung der Zuzahlungsbeträge mit Blick auf die Rechte dieser betroffenen Versicherten sozialverträglich rechtfertigen.

- c) Das Verfahren zur Feststellung einer Zuzahlungsbefreiung (§ 62 Absatz 2 SGB V) sollte administrativ möglichst einfach ausgestaltet werden. Das Verwaltungsverfahren zur Feststellung der Zuzahlungsbefreiung ist aktuell komplex ausgestaltet; es ist sowohl für die Versicherten, als auch für die Krankenkassen mit hohen bürokratischen Aufwänden verbunden. Auch vor dem Hintergrund der Reformempfehlung zu Nummer 1 (automatische Mitteilung an die Versicherten) wird die Bundesregierung gebeten zu prüfen, wie dieses Verfahren einfacher ausgestaltet werden kann.
- d) 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.
- e) Der Bundesrat stellt fest, dass die vertragspsychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen kurzfristig und durchgreifend verbessert werden muss.

Aktuell schreibt das Gesetz vor, dass überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten eine Arztgruppe bilden (§ 101 Absatz 4 Satz 1 SGB V). Damit ist bundesrechtlich eine gemeinsame Bedarfsplanung in Bezug auf Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche vorgegeben. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann ohne eine gesetzliche Änderung daher keine Anpassung seiner Bedarfsplanungs-Richtlinie vornehmen.

Der Bundesrat geht nicht zuletzt bezugnehmend auf den Koalitionsvertrag der die Bundesregierung tragenden Parteien (Zeile 3557 f.) von einem Konsens aus, dass eine eigenständige Bedarfsplanung in Bezug auf Behandlerinnen und Behandler, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, dringend erforderlich ist.

Vor dem Hintergrund des Zeitbedarfs, den die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses beispielsweise allein zur Berechnung einer eigenständigen Verhältniszahl für eine neue Arztgruppe der ausschließlich oder

überwiegend Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch versorgenden Behandlerinnen und Behandler in Anspruch nehmen werden, ist der Bundesrat der Auffassung, dass nicht länger zugewartet werden darf.

Begründung:

Zu Buchstabe e:

Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Planungsbereiche in der Arztgruppe der Psychotherapeuten bundesweit weitgehend für weitere Zulassungen gesperrt. Für Behandlerinnen und Behandler, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, regelt die Bedarfsplanungs-Richtlinie eine Mindestquote von 20 Prozent. Auch hier gibt es nur marginal noch Zulassungsmöglichkeiten.

Demgegenüber belegen sowohl die Abrechnungsdaten innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung als auch Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit einen deutlich gestiegenen Bedarf.

Sonderbedarfszulassungen sind aufgrund ihres Einzelfallcharakters kein probates Mittel und können den dokumentierten Bedarf nicht decken. Außerdem setzen sie Anträge für einen bestimmten Ort/Sitz voraus und ermöglichen dadurch auch keine Steuerung der Versorgung.

Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist ein kurzfristiger Behandlungsbeginn zur Vermeidung einer Chronifizierung unabdingbar; Wartezeiten wirken sich hier besonders ungünstig aus. Eine eigenständige Beplanung versetzt die Zulassungsausschüsse in die Lage einer gezielten Steuerung des Versorgungsangebots. Bei dieser zukünftigen Planung ist außerdem zu berücksichtigen, dass – sollte der Gesundheitszustand einen Schulbesuch erlauben – Behandlungskapazitäten außerhalb der Unterrichtszeiten zur Verfügung stehen. Insbesondere Jugendliche sollten zudem in die Lage versetzt werden, eigenständig die Behandlungstermine wahrzunehmen. Dies sollte beim Zuschnitt der Planungsbereiche im Hinblick auf überbrückbare Distanzen Eingang finden.

34. Zu Artikel 2 Nummer 3 – neu – (§ 73 Absatz 2 Satz 1a – neu – SGB IV)

Nach Artikel 2 Nummer 2 ist die folgende Nummer 3 einzufügen:

„3. Nach § 73 Absatz 2 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Bei Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und den Kassenärztlichen Vereinigungen bedürfen Ausgaben bis zu einem Betrag von 100 000 Euro nicht der Anzeige.““

Begründung:

Die Einwilligung des Vorstandes für über- oder außerplanmäßige Ausgaben ist gemäß § 73 Absatz 2 Satz 1 SGB IV bei der Aufsichtsbehörde anzuzeigen. Aktuell sieht die Regelung Anzeigen ab dem ersten Euro vor. Eine Ausnahme ist für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau geregelt.

Bei Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und den Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt die Erfahrung, dass der Bedarf für Beanstandungen nach der Prüfung der Anzeigen gering ausfällt. Insbesondere bei kleineren Beträgen entsteht ein Aufwand, der in keinem Verhältnis zum Nutzen der Anzeige und Einbeziehung der Aufsichtsbehörde steht. Um hier eine Bürokratieentlastung für die Krankenkassen, die Medizinischen Dienste und die Kassenärztlichen Vereinigungen zu erreichen und mithin auch Verwaltungskosten zu sparen, soll hier eine Anzeigenschwelle von 100 000 Euro eingeführt werden.

Der Betrag für die Anzeigenschwelle orientiert sich an Genehmigungspflicht von über- und außerplanmäßigen Ausgaben bei der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Dieser wurde 2002 mit der Währungsreform von 100 000 Deutsche Mark auf 50 000 Euro abgesenkt. Aufgrund der seither erfolgten Preisentwicklung wird eine Erhöhung der Anzeigenschwelle auf 100 000 Euro für Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehen.

35. Zu Artikel 3 Nummer 3 (§ 6a KHEntgG), Nummer 4 (§ 6c KHEntgG), Nummer 6 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG), Nummer 7 Buchstabe d (§ 10 Absatz 5 KHEntgG) und Buchstabe e Doppelbuchstabe aa (§ 10 Absatz 6 Satz 1 bis Satz 3 KHEntgG) und Nummer 8 (§ 11 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG)

Artikel 3 ist wie folgt zu ändern:

- a) Nummer 3 ist zu streichen.
- b) Nummer 4 ist zu streichen.
- c) Nummer 6 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb ist zu streichen.
- d) Nummer 7 ist wie folgt zu ändern:
  - aa) Buchstabe d ist zu streichen.
  - bb) Buchstabe e Doppelbuchstabe aa ist zu streichen.
- e) Nummer 8 ist zu streichen.

Begründung:

Durch die vorgesehene Deckelung des Pflegebudgets auf den künftig begrenzten Veränderungswert werden steigende Pflegepersonalkosten nicht mehr vollständig refinanziert. Ebenfalls sollen Tarifsteigerungen nicht mehr vollständig, sondern nur noch anteilig, finanziert werden. Damit werden Tarifsteigerungen im System nicht mehr ausreichend berücksichtigt. Aufgrund der bedingt durch Tarifabschlüsse steigenden Löhne entsteht eine wachsende Unterfinanzierung. Die Folge ist eine dauerhafte Finanzierungslücke und eine Entkopplung von Kosten und Erlösen. Die vorgesehene Maßnahme führt zu einer strukturellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser und geht damit auch zulasten der Versorgungssicherheit, da langfristig das Risiko eines Abbaus von Pflegepersonal besteht.

Die geplanten Regelungen zur Deckelung des Pflegebudgets und der nur noch anteiligen Refinanzierung von Tarifsteigerungen ist daher zu streichen.

36. Zu Artikel 3 Nummer 7 Buchstabe b (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, Absatz 4 Satz 1, Absatz 5 und Absatz 6 KHEntgG)

Artikel 3 Nummer 7 Buchstabe b ist zu streichen.

Begründung:

Die Regelungen in Artikel 3 Nummer 7 Buchstabe b und Buchstabe c Doppelbuchstabe aa sowie Buchstabe d und Buchstabe e enthalten Folgeänderungen zur Änderung des § 9 Absatz 1b KHEntgG-E (dauerhafte Abkehr von der Meistbegünstigungsklausel) und Regelungen im Zusammenhang mit der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzips beim Pflegebudget. Da die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen hinsichtlich der Meistbegünstigungsklausel und zur Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzips beim Pflegebudget abgelehnt werden und zu streichen sind werden auch die hier vorgesehenen (Folge-)Änderung abgelehnt.

37. Zu Artikel 3 Nummer 7 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa (§ 10 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG) und Buchstabe e Doppelbuchstabe bb (§ 10 Absatz 6 Satz 6 und Satz 7 KHEntgG)

Artikel 3 Nummer 7 ist wie folgt zu ändern:

- a) Buchstabe c Doppelbuchstabe aa ist zu streichen.
- b) Buchstabe e Doppelbuchstabe bb ist zu streichen.

Begründung:

Bei den Änderungen in § 10 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 6 Sätze 6 und 7 KHEntgG handelt es sich um Folgeänderungen.

38. Zu Artikel 3 allgemein (KHEntgG)

- a) Der Bundesrat stellt fest, dass zur Regelung einer tätigkeitsbezogenen Abgrenzung pflegebudgetrelevanter Personalkosten ohne zeitliche Konkretisierung dieser Regelung auf zukünftige Vereinbarungszeiträume Rechtsunsicherheit für die Vertragsparteien besteht.
- b) Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, hierzu die erforderliche gesetzliche Grundlage zu schaffen, so dass die in Rede stehende Regelung erst für die Jahre ab 2027 anzuwenden ist.

Begründung:

In den laufenden Budgetverhandlungen besteht ohne die Angabe einer konkreten Jahreszahl zur Regelung einer tätigkeitsbezogenen Abgrenzung pflegebudgetrelevanter Personalkosten in § 6a Absatz 2 Satz 12 KHEntgG für die Vertragsparteien Rechtsunsicherheit. Mit der Ergänzung der Jahreszahl 2027 könnte rechtlich klargestellt werden, dass die Regelung für die Vereinbarung der Pflegebudgets erst ab dem Vereinbarungszeitraum 2027 gilt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene könnten dadurch gemeinsam mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) rechtzeitig im Jahr 2026 Vorkehrungen treffen, die Vereinbarungen auf Bundesebene zum Pflegebudget und zum aG-DRG-Katalog zeitgerecht anzupassen, um einen geregelten Ablauf der Budgetverhandlungen für das Jahr 2027 sicherzustellen.

39. Zu Artikel 4 Nummer 2 (§ 17b KHG)

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung sicherzustellen, dass die Einführung der neuen Vergütungsform „Kurzzeitfallpauschalen“ i. S. v. § 17b Absatz 2a KHG in die Auswirkungsanalyse zur Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets gemäß § 17b Absatz 4c KHG einbezogen wird.

Begründung:

Kurzzeitfallpauschalen sollen erstmalig im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2028 kalkuliert und im Entgeltkatalog für das Jahr 2028 ausgewiesen werden. Da Kurzzeitfallpauschalen Bestandteil des aG-

DRG-Vergütungssystemen sein sollen, lässt sich gegenwärtig noch nicht abschätzen, welche Wechselwirkungen mit der Einführung der Vorhaltevergütung einhergehen werden. Daher ist eine nähere Betrachtung im Rahmen der bereits gesetzlich vorgeschriebenen Auswirkungsanalyse gemäß § 17b Absatz 4c KHG unabdingbar.

40. Zu Artikel 5 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 3 Absatz 3 Satz 5 BPflV)

Artikel 5 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa ist zu streichen.

Begründung:

Bei den Regelungen in Artikel 5 Nummer 1 handelt es sich um Regelungen im Zusammenhang mit der dauerhaften Abkehr von der Meistbegünstigungsklausel im somatischen Bereich (KHEntgG), welche hier entsprechend auf den psychischen Bereich ausgedehnt werden. Da die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Änderungen hinsichtlich der dauerhaften Abkehr von der Meistbegünstigungsklausel abgelehnt werden und zu streichen sind, werden auch die hier vorgesehenen (Folge-) Änderungen für den psychischen Bereich abgelehnt.

Die Abkehr von der vollständigen Tarifierfinanzierung für Pflegepersonal gefährdet die Patientenversorgung im Krankenhaus sowie die Errungenschaften der letzten Jahre für die adäquate Vergütung von Pflegepersonal im Krankenhaus. Mit der ersatzlosen Streichung der Tarifrater wird ein zentraler Schutzmechanismus für die Refinanzierung von Personalkosten vollständig beseitigt. Künftig gibt es keinen verlässlichen Ausgleich mehr für Tarifsteigerungen – obwohl bereits heute absehbar ist, dass diese über die reguläre Budgetentwicklung nicht gedeckt werden können. Besonders problematisch ist dabei die Situation für das Jahr 2026: Während im Vermittlungsausschuss am 17. Dezember 2025 noch vereinbart wurde, zumindest diese Belastungen auszugleichen, fehlt nun selbst für die bereits vereinbarten Tarifsteigerungen jede Absicherung. Durch einen Ausstieg aus der Tarifierfinanzierung wird in Kauf genommen, dass hierdurch mittelfristig ein Ausstieg aus tariflicher Bezahlung folgt.

41. Zu Artikel 5 Nummer 1 Buchstabe b (§ 3 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 5 BPflV)

Artikel 5 Nummer 1 Buchstabe b ist zu streichen.

Begründung:

Die Kombination aus Abschaffung der Meistbegünstigungsklausel – oder eigentlich genauer Umkehr – in eine Meistbenachteiligungsklausel, aus Halbierung der Tarifierhöhungsrate und der einprozentigen Minderung der Veränderungsrate in den Jahren 2027 bis 2029, ist von den Kliniken mangels Wirtschaftlichkeitsreserven und zugleich steigenden Personalkosten und Qualitätsvorgaben nicht zu stemmen. Es ist daher eine moderate Anpassung der im Gesetzentwurf dazu enthaltenen Vorschläge geboten, um die Belastungen der Krankenhäuser auf ein akzeptables, die künftige Versorgung weiterhin gewährleistendes Maß zu reduzieren, ohne den Grundsatz einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zu durchbrechen.

Über § 10 Absatz 5 KHEntgG-E soll die Refinanzierung von Tarifsteigerungen auf jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrater begrenzt werden.

Mit der Änderung des § 10 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG wird erreicht, dass die Refinanzierung künftiger Tarifsteigerungen im Rahmen der Krankenhausvergütung gesetzlich auf die Höhe der allgemeinen ungeminderten Veränderungsrate gedeckelt wird. Tarifsteigerungen bis zur allgemeinen ungeminderten Veränderungsrate werden damit voll von den Kostenträgern refinanziert, Tarifsteigerungen über die allgemeine ungeminderten Veränderungsrate hinaus müssen hingegen insoweit voll von den Krankenhäusern getragen werden.

Damit wird sichergestellt, dass der Grundsatz der „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ auch dann nicht durchbrochen werden kann, wenn die Halbierung der Tarifierhöhungsrate dies zur Folge hätte. Zugleich wird eine volle Refinanzierung von Tarifierhöhungen innerhalb der allgemeinen ungeminderten Veränderungsrate gewährleistet.

Diese Änderung ist für den Bereich der Bundespflegesatzverordnung ebenfalls umzusetzen.

#### 42. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 9 BPflV)

Artikel 5 Nummer 4 ist zu streichen.

Begründung:

Bei den Regelungen in Artikel 5 Nummer 4 handelt es sich um Regelungen im Zusammenhang mit der dauerhaften Abkehr von der Meistbegünstigungsklausel im somatischen Bereich (KHEntgG), welche hier entsprechend auf den psychischen Bereich ausgedehnt werden. Da die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen hinsichtlich der dauerhaften Abkehr von der Meistbegünstigungsklausel abgelehnt werden und zu streichen sind, werden auch die hier vorgesehenen (Folge-) Änderungen für den psychischen Bereich abgelehnt.

#### 43. Zum Gesetzentwurf allgemein

- a) Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die im Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Einsparmaßnahmen im Bereich der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie einer erneuten, umfassenden Prüfung zu unterziehen. Dabei sollen insbesondere die einzelnen in dem Gesetzentwurf enthaltenen Sparinstrumente hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, ihrer Verhältnismäßigkeit sowie ihrer Vereinbarkeit mit den industriepolitischen Zielen Deutschlands und der Europäischen Union bewertet werden.

Die Bundesregierung wird ferner gebeten zu prüfen, ob und in welchem Umfang zusätzliche oder alternative Einsparpotenziale bei der pharmazeutischen Industrie bzw. der Medizinprodukteindustrie erschlossen werden können, ohne die Versorgungssicherheit, die Innovationskraft und die Standortattraktivität Deutschlands zu beeinträchtigen.

- b) Der Bundesrat erkennt an, dass die jetzige finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) nicht auskömmlich und dringend eine Reform geboten ist. Jedoch wird im vorliegenden Gesetzentwurf die pharmazeutische Industrie über Gebühr belastet, wodurch die Gefahr einer nicht adäquaten Versorgung mit Arzneimitteln besteht und dadurch – entgegen dem geplanten Ziel – höhere Kosten für das Gesundheitssystem entstehen können.
- c) Insbesondere trifft die pharmazeutische Industrie der vorgesehene dynamische Herstellerabschlag gravierend. Hierdurch wird den Herstellern Planungssicherheit genommen. Investitionen in den Standort sowie in Innovationen sind hierdurch besonders gefährdet. Der Bundesrat bittet daher, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob im Sinne einer resilienten Industrie und der Versorgungssicherheit von der geplanten Einführung eines dynamischen Herstellerabschlags abgesehen und auf eine weitere Erhöhung dessen gänzlich verzichtet werden kann.
- d) Auch die geplante Einführung eines Abschlags auf Impfstoffe muss im weiteren Gesetzgebungsverfahren kritisch überprüft werden. Impfstoffe gehören zu den bedeutendsten Präventionshandlungen, sind vergleichsweise günstig und unkompliziert. Maßnahmen, die die Versorgung mit (neuen) Impfstoffen sowie Prävention im Ganzen gefährden, sind grundsätzlich keine geeigneten Sparmaßnahmen für das Gesundheitssystem.

- e) Der Bundesrat weist darauf hin, dass die geplante Verlängerung des Preis-moratoriums für Arzneimittel außerhalb von Festbetragsverträgen insbesondere für Kinderarzneimittel schwerwiegende Folgen nach sich ziehen würde. Kostensteigerungen können nicht weitergegeben werden, wodurch wiederum die Wirtschaftlichkeit der Produktion in Frage gestellt würde. Eine Erweiterung der Indikation als Kinderarzneimittel würde von vornherein nicht adäquat honoriert und somit indirekt verhindert.
- f) Der Bundesrat weist darauf hin, dass nur durch planbare und stabile Marktbedingungen eine resiliente Gesundheitsindustrie am Standort gehalten und damit die Versorgungssicherheit der Bevölkerung gewährleistet werden kann. Daher bittet der Bundesrat, die vorgenannten Punkte im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu beachten.
- g) Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren sicherzustellen, dass das Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung nur Sparmaßnahmen im Arzneimittelbereich einschließt, welche zu kurzfristigen Einsparungen führen. Entsprechende Maßnahmen, die eine wesentliche Reformierung der Preisbildungsmechanismen für patentgeschützte Arzneimittel darstellen, sollten aus dem Gesetz herausgenommen werden.

Eine strukturelle Reform der Arzneimittelpreisregulierung sollte im Rahmen des Pharma- und Medizintechnikdialogs beraten und erst im Anschluss umgesetzt werden. Dabei sollten auch Maßnahmen im Bereich der patentfreien Arzneimittel mit einbezogen werden, die die Versorgungssicherheit in diesem Bereich verbessern.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, im Rahmen der Strukturreform eine belastbare Folgenabschätzung vorzulegen, die insbesondere die Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit, den Zugang zu neuen Arzneimitteln, die internationale Wettbewerbsfähigkeit des hiesigen Standortes sowie handelspolitische Rahmenbedingungen einbezieht.

- h) Der Bundesrat weist darauf hin, dass die vorgesehenen Maßnahmen für Verband- und Hilfsmittel wie u. a. die Einführung eines Preis moratoriums für Verbandmittel, eines pauschalen 3-Prozent-Abschlags auf die Vergütung von Hilfsmittelversorgungen sowie Festbeträge die Standortattraktivität und Investitionsbereitschaft der betroffenen Unternehmen senken können. Dies könnte zu Marktrücknahmen aufgrund Unwirtschaftlichkeit sowie

zu Innovationshemmnissen führen. Das Gesundheitshandwerk, wie insbesondere die Orthopädie-Technik, wird durch den undifferenzierten 3-Prozent-Abschlag auf alle verhandelten Vertragsleistungen besonders belastet. Ein leistungsfähiges Gesundheitshandwerk ist für eine qualitativ hochwertige, individuelle und verlässliche Hilfsmittelversorgung jedoch unerlässlich.

- i) Der Bundesrat erkennt den bestehenden Handlungsbedarf zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung an. Er begrüßt insofern die im Gesetzentwurf vorgesehene einnahmeorientierte Ausgabenpolitik mit dem Ziel, das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen zu begrenzen und die Entwicklung der Lohnnebenkosten zu stabilisieren.
- j) Der Bundesrat weist zugleich darauf hin, dass die vorgesehenen Maßnahmen zu erheblichen Mehrbelastungen für alle landwirtschaftlichen Betriebe und die speziellen sozialen Sicherungssysteme der Grünen Berufe führen können. Insbesondere ist infolge der Anhebung des Zusatzbeitrags und der Beitragsbemessungsgrenze mit steigenden Beiträgen in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie in der Alterssicherung der Landwirte zu rechnen.
- k) Der Bundesrat sieht die vorgesehenen Änderungen bei der Familienversicherung kritisch. Bei der Berücksichtigung der besonderen Strukturen familiengeführter landwirtschaftlicher Betriebe, in denen Ehepartnerinnen und Ehepartner häufig ohne eigenes sozialversicherungspflichtiges Vollzeiteinkommen mitwirken, ist sicherzustellen, dass insbesondere Frauen auf diesen Betrieben nicht dauerhaft in abhängigen oder ungesicherten Beschäftigungsverhältnissen verbleiben und ihre soziale Absicherung gewährleistet sein muss.
- l) Der Bundesrat betrachtet ferner die vorgesehenen höheren Zuzahlungen sowie mögliche Einschränkungen bei der Hautkrebsfrüherkennung mit Sorge. Landwirtinnen und Landwirte sind aufgrund ihrer überwiegenden Tätigkeit im Freien gesundheitlichen Risiken in besonderem Maße ausgesetzt.
- m) Der Bundesrat bedauert, dass der Gesetzentwurf hinter zentralen Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit zurückbleibt. Insbesondere wird weiterhin eine stärkere steuerfinanzierte Beteiligung an versicherungsfremden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in ausreichendem Umfang umgesetzt.

- n) Der Bundesrat sieht zudem die geplante Deckelung der Verwaltungskosten der Krankenkassen kritisch. Aufgrund der organisatorischen und finanziellen Verflechtungen innerhalb der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau könnten hiervon auch andere Bereiche der landwirtschaftlichen Sozialversicherung sowie Präventions- und Unterstützungsangebote mittelbar betroffen sein.
- o) Der Bundesrat bittet, die besonderen Belange der Grünen Berufe und der landwirtschaftlichen Sozialversicherung im weiteren Gesetzgebungsverfahren angemessen zu berücksichtigen.
- p) Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf,
  - aa) im weiteren Gesetzgebungsverfahren sicherzustellen, dass Maßnahmen zur Stabilisierung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig ausgestaltet werden und es in den kommenden Jahren nicht zu weiteren Belastungen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler (Arbeitnehmer und Arbeitgeber) kommen wird;
  - bb) vorrangig die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen sachgerecht auszugestalten. Hierzu zählt insbesondere eine angemessene Beteiligung des Bundes an den Gesundheitskosten von Bürgergeldempfängerinnen und Bürgergeldempfängern.
  - cc) die Reformvorhaben im Bereich der beitragsfreien Familienmitversicherung unter den Gesichtspunkten der Zielgenauigkeit, Finanzierbarkeit und Generationengerechtigkeit zu überprüfen; Hierbei muss die gesellschaftlich so wichtige Arbeit von Pflegefamilien ebenso Beachtung finden wie besonderes ehrenamtliches Engagement im sozialen, kirchlichen und gemeinnützigen Kontext.
  - dd) dem Bundesrat bis zum 31. Dezember 2026 einen Bericht über mögliche weitere Maßnahmen zur mittel- bis langfristigen Begrenzung des Anstiegs der Sozialversicherungsbeiträge vorzulegen. Hierbei ist endlich der schon oft angekündigte Bürokratieabbau im Gesundheitswesen insgesamt anzugehen und daher seitens des Bundes auch die gemeinsame Selbstverwaltung miteinzubeziehen.
- q) Der Bundesrat betont, dass die Finanzierungszuständigkeit für versicherungsfremde Leistungen und gesamtgesellschaftliche Aufgaben nicht in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankversicherung fällt und sieht in

deren nachhaltiger und auskömmlicher Finanzierung einen maßgeblichen Beitrag zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es ist nicht vermittelbar, Versicherten, Leistungserbringern, Krankenkassen und der pharmazeutischen Industrie Belastungen aufzuerlegen, während maßgebliche Kostenfaktoren, wie versicherungsfremde Leistungen und gesamtgesellschaftliche Aufgaben, maßgeblich unangetastet bleiben bzw. deren Refinanzierung reduziert wird. Der Bundesrat erkennt an, dass sich die Bundesregierung mit dem Einstieg in die Erhöhung der Finanzierung der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung zu ihrer Finanzierungszuständigkeit bekennt. Jedoch wird die Erhöhung der Finanzierung vor dem Hintergrund der Gesamtbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung als unzureichend erachtet. Die Reduzierung des allgemeinen Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen zur Entlastung des Bundeshaushaltes stößt gerade unter Berücksichtigung der finanziellen Schieflage der gesetzlichen Krankenversicherung auf Unverständnis. Der Bundesrat fordert deshalb die Bundesregierung auf, die Kürzung des allgemeinen Bundeszuschusses zurückzunehmen und darüber hinaus diesen zu dynamisieren, um die Kostensteigerungen für versicherungsfremde Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung auch zukünftig auszugleichen. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung darüber hinaus auf, die Beiträge für die Leistungen der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe vollumfänglich zu tragen.

- r) Der Bundesrat erkennt an, dass eine Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur dauerhaften Konsolidierung der Finanzen der GKV notwendig ist und auch der Krankenhaussektor seinen Beitrag hierzu leisten muss. Für die stationäre Krankenhausversorgung gilt der gesetzlich festgelegte Grundsatz der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Hier sieht der Bundesrat durch die nun beschlossenen Maßnahmen eine hohe Insolvenzgefahr im Krankenhaussektor. Durch die Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel im Jahr 2026 haben die Krankenhäuser bereits 1,8 Milliarden Euro zur GKV-Beitragssatzstabilisierung beigetragen. Dennoch werden sie durch die geplanten Sparmaßnahmen überproportional stark belastet. Knapp 40 Prozent der auf die Leistungserbringer entfallenen Einsparungen sollen von den Krankenhäusern gestemmt werden und das in einer Zeit, in der die Krankenhäuser Planungssicherheit benötigen. Die Umset-

zung der Krankenhausreform und Einführung der Leistungsgruppen geht für die Krankenhäuser mit großen strukturellen Veränderungen einher. Die finanziellen Auswirkungen durch die Einführung der Vorhaltebudgets sind nicht sicher bezifferbar. Krankenhäuser benötigen jetzt verlässliche Rahmenvorgaben und Planungssicherheit, um die strukturelle Transformation umzusetzen.

Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft schreiben aber bereits jetzt rund 70 Prozent der Krankenhäuser rote Zahlen. Durch die Umsetzung der Sparmaßnahmen wird sich die Situation zusätzlich verschärfen. Laut dem Verband der Universitätskliniken kann sich das aktuelle Defizit der Universitätskliniken durch die Umsetzung der geplanten Sparmaßnahmen auf insgesamt 1,6 Milliarden Euro verdoppeln.

Die geplanten Einsparungen zu Lasten der Krankenhäuser können nur umgesetzt werden, wenn gleichzeitig die Möglichkeit für Einsparungen geschaffen wird. Die Sparmaßnahmen dürfen nicht zu einem Kliniksterben führen und in einer kalten und ungesteuerten Strukturbereinigung münden.

- s) Der Bundesrat stellt fest, dass die finanziellen Einschnitte über die Deckung der Krankenhaus-Ausgaben der GKV infolge der Kombination von geplanter dauerhafter Abschaffung der sogenannten Meistbegünstigungsklausel und deren Verkehrung in eine Meistbenachteiligungsklausel, die einprozentige Minderung der Veränderungsrate in den Jahren 2027 bis 2029 sowie die Rückführung der Tarifierhöhungsrate auf 50 Prozent von den Krankenhäusern nicht zu stemmen sind.
- t) Der Bundesrat erkennt an, dass die Pflegepersonalkosten in den Jahren 2020 bis 2024 überproportional angestiegen sind, allerdings von einem unterdurchschnittlichen Ausgangsniveau. Die Einführung der Pflegebudgets für das Pflegepersonal in Krankenhäusern war ein wesentlicher Reformschritt in der Krankenhausfinanzierung, da damit eine Abkehr vom pauschalen Finanzierungssystem hin zum Selbstkostendeckungsprinzip verbunden war. Ziel war es, die Personalausstattung sowie die Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege nachhaltig zu verbessern, um dem steigenden Bedarf an Pflegeleistungen gerecht zu werden und zugleich die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen. Auch im Rahmen notwendiger Einsparmaßnahmen dürfen diese Zielsetzungen nicht aus dem Blick geraten.

- u) Der Bundesrat stellt fest, dass der Krankenhaussektor daher zwingend darauf angewiesen ist, bei den laufenden Betriebskosten rasch und nachhaltig entlastet zu werden. Hierfür müssen die Krankenhäuser massiv von überbordenden bürokratischen Anforderungen entlastet werden.
- v) Der Bundesrat fordert die Bundesregierung daher auf, ergänzend zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz umgehend ein Gesetz zum Abbau bürokratischer Vorgaben im gesamten Gesundheitssektor, vor allem im Krankenhausbereich, auf den Weg zu bringen. In diesem Zusammenhang fordert der Bundesrat die Bundesregierung auf, die durch das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) vorgesehene Verschärfung der Kopplung jeder Leistungsgruppenzuweisung an den monatscharfen Nachweis der Pflegepersonaluntergrenzen in allen pflegesensitiven Bereichen zurückzunehmen. Bereits im Zuge des Beschlusses des KHAG hat der Bundesrat auf die hierdurch drohenden Verwerfungen hingewiesen und sieht daher die zwingende Notwendigkeit, das betreffende Qualitätskriterium zur Prüfung der Pflegepersonaluntergrenzen in den Leistungsgruppen aus Anlage 1 zu streichen.
- w) Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, die Ausweitung der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) insgesamt deutlich bürokratieärmer auszugestalten. Der Bundesrat erkennt an, dass in der Sache ein Bedürfnis zur Anpassung der Prüfungen durch den MD besteht, um die Solidargemeinschaft zu entlasten. Die derzeit vorgesehene Anhebung der Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquote und des Prüfgegenstandes führen zu einer erheblichen Ausweitung des bürokratischen Aufwands, sowohl bei den Krankenhäusern, aber auch bei dem mit den Prüfungen zu beauftragenden MD. Anstelle der geplanten Änderung der Prüfquoten des MD sowie der Ausweitung der Abrechnungsprüfungen könnten die Ergebnisse methodisch sauberer, valider Stichprobenprüfungen des MD auf die Gesamterlöse der betroffenen Kliniken hochgerechnet werden, wie es im Koalitionsvertrag der Bundesregierung vorgesehen ist.
- x) Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, das Ziel und den Anspruch der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung in allen Bundesländern nicht aus dem Blick zu verlieren und fordert die Bundesregierung daher auf, insbesondere die vorgesehene Mengensteuerung durch einen Fixkostendegressionsabschlag (§73b SGB V) vor dem Hintergrund eines möglichen Zielkonflikts mit dem im Koalitionsvertrag auf Bundesebene adressierten

Ziels der Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems, den vorgesehenen Facharztvorbehalt zur Erbringung Kieferorthopädischer Leistungen und die vorgesehene Rückführung psychotherapeutischer Behandlungen in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung kritisch hinsichtlich der Auswirkungen auf die Versorgungslage zu prüfen und ggf. von der anvisierten Umsetzung Abstand zu nehmen.

- y) Der Bundesrat stellt fest, dass mehrere Maßnahmen des Gesetzentwurfs tarifgebundene Einrichtungen strukturell benachteiligen. Insbesondere die halbierte Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Krankenhausbereich, die Deckelung des Pflegebudgets sowie die Streichung der gesetzlichen Garantie einer vollständigen Tarifierfinanzierung in der häuslichen Krankenpflege (§ 132a Absatz 4 SGB V) führen dazu, dass Einrichtungen mit Tarifbindung gegenüber nicht-tarifgebundenen Anbietern strukturell schlechter gestellt werden. Dies setzt einen falschen Anreiz, der dem erklärten politischen Ziel einer stärkeren Tarifbindung im Gesundheitswesen und in der Pflege widerspricht und in Ländern, die eine tarifliche Infrastruktur im Pflege- und Gesundheitsbereich gezielt aufgebaut haben, bewährte Versorgungsstrukturen gefährdet.

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, die Einsparmaßnahmen so auszugestalten, dass tarifgebundene Leistungserbringer nicht gegenüber nicht-tarifgebundenen Anbietern benachteiligt werden.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Der Entwurf des Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung sieht eine Reihe von Einsparmaßnahmen im Bereich der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie vor. Diese Instrumente sollen kurzfristig zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Gleichzeitig stehen sie jedoch in einem Spannungsverhältnis zu den laufenden nationalen und europäischen Bestrebungen, die pharmazeutische Industrie und die Medizinprodukteindustrie zu stärken und die Produktion in Deutschland zu halten bzw. wieder anzusiedeln.

Deutschland und die Europäische Union verfolgen das Ziel, die Abhängigkeit von globalen Lieferketten zu reduzieren, die Resilienz der Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung zu erhöhen und die Entwicklung innovativer Therapien am Standort Europa zu fördern. Programme wie die EU-Pharmastrategie, Initiativen zur Stärkung der biotechnologischen Forschung sowie nationale Maßnahmen wie der Pharma- und Medizintechnikdialog der Bundesregierung unterstreichen diese industriepolitische Zielsetzung.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Einsparmaßnahmen stehen in einem offensichtlichen Widerspruch zu diesen Zielen. Sie erhöhen die wirtschaftliche Belastung der pharmazeutischen Unternehmen und der Medizinprodukteunternehmen, erschweren Investitionsentscheidungen und können die Attraktivität des Standorts Deutschland im internationalen Wettbewerb mindern. Dies gilt insbesondere für forschende Unternehmen sowie für Hersteller von essenziellen Produkten, deren Produktion in Europa gezielt gestärkt werden soll.

Vor diesem Hintergrund erscheint es erforderlich, die vorgesehenen Einsparmaßnahmen in Bezug auf ihre Auswirkungen auf die industriepolitischen Zielsetzungen Deutschlands und der Europäischen Union kritisch zu prüfen und zu bewerten. Eine ausgewogene Lösung sollte sowohl die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung als auch die langfristige Sicherung eines leistungsfähigen Standorts der Pharma- und Medizinprodukteindustrie berücksichtigen.

Zu Buchstaben b bis f:

Einsparmaßnahmen, die die Versorgungssicherheit gefährden, konterkarieren das geplante Ziel der Minderung der GKV-Ausgaben. Jede Mangelversorgung bzw. im schlimmsten Fall keine Versorgung einer Patientin oder eines Patienten mit (präventiven) Arzneimitteln und Hilfsmitteln führt im weiteren Verlauf häufig zu einer Verschlechterung der Indikation, wodurch weitere medizinisch relevante Maßnahmen zu Lasten der GKV vonnöten sind. Letztlich würden somit keine reale Reduzierung der GKV-Ausgaben erreicht, sondern eher höhere Ausgaben bewirkt werden.

Laut Gesetzentwurf ist geplant, zusätzlich zum bisher gültigen Herstellerabschlag von sieben Prozent eine dynamische Komponente einzuführen. Diese soll jährlich neu berechnet werden auf Basis der GKV-Einnahmen sowie -Ausgaben des Vorjahres. Pharmazeutischen Unternehmen könnten dadurch keine langfristigen Planungen, wie Investitionen in den Standort und in die Forschung und Entwicklung neuer Arzneimittel und Therapien tätigen, da zum einen unklar wäre, welche Gewinne erwartet werden könnten und zum anderen wären finanzielle Mittel als Rücklagen für möglicherweise höhere Abschläge im folgenden Jahr gebunden.

Für Arzneimittel außerhalb von Festbetrags-Verträgen (patentiert sowie patentfrei) gilt weiterhin der Preis von 2009, bei dem seit 2018 jährlich die Inflation zugerechnet werden darf. Gleichzeitig wird die Regelung auf vergleichbare Arzneimittel anderer Hersteller ausgeweitet. Dies würde insbesondere neue Arzneimittel sowie auf dem Markt befindliche Arzneimittel betreffen, die kindgerecht weiterentwickelt und als Kinderarzneimittel zugelassen werden sollen.

Zu Buchstabe g:

Derzeit laufen mehrere Prozesse auf Bundesebene, die die Gestaltung der Rahmenbedingungen für die pharmazeutische Industrie betreffen und nicht ineinandergreifen: Der vorliegende Gesetzentwurf zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze sieht ein Bündel an Einsparmaßnahmen vor, die eine wesentliche Reformierung der Preisbildungsmechanismen für patentgeschützte Arzneimittel darstellen und sich auch negativ auf den Zugang zu neuen Arzneimitteln

und die Standortattraktivität auswirken können. Gleichzeitig hat die Bundesregierung den Pharma- und Medizintechnikdialog ins Leben gerufen. Dieser hat zum Ziel, die Rahmenbedingungen für die pharmazeutische Industrie zu verbessern und dabei auch mögliche Maßnahmen im Bereich der Finanzierung von Arzneimitteln zu berücksichtigen. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen und soll in eine Pharma- und Medizintechnikstrategie münden.

Damit sich die einzelnen Prozesse nicht gegenseitig konterkarieren ist daher angezeigt, dass für das GKV-Beitragssatzstabilitätsgesetz zunächst nur Maßnahmen im Arzneimittelbereich gewählt werden, die zeitnah finanzielle Entlastungen für die Krankenkassen bewirken, aber gleichzeitig keine strukturellen Änderungen der Preisbildung nach sich ziehen.

Die Verzahnung einer Strukturreform mit dem Abschluss und den Ergebnissen des Pharma- und Medizintechnikdialoges ist auch deshalb notwendig, da strukturelle Maßnahmen nicht nur in Hinblick auf die Finanzierbarkeit des GKV-Systems getroffen werden sollten. Vielmehr sollten sie auch die internationale Wettbewerbsfähigkeit des deutschen Pharmastandortes, den guten und schnellen Zugang zu neuen patentgeschützten Arzneimitteln sowie die Versorgungssicherheit mit patentfreien Arzneimitteln mit in den Blick nehmen.

Zudem sollten Strukturmaßnahmen nicht isoliert von den sich ändernden handelspolitischen Rahmenbedingungen betrachtet werden. Die Entscheidung, ob in Deutschland Arzneimittel erforscht, entwickelt, produziert und vertrieben werden, hängt auch von der Handelspolitik ab. Insbesondere die amerikanische Most-Favored-Nation Politik birgt die Gefahr, den Zugang und die Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln in Deutschland bei einer restriktiven Sparpolitik im Arzneimittelbereich zu verschlechtern.

Die Bundesregierung wird gebeten, die Auswirkungen einer strukturellen Reform in Hinblick auf ihre Gesamtwirkung (Einsparungen, Versorgungssicherheit, Zugang, Standortattraktivität) zu bewerten.

#### Zu Buchstaben i bis o:

Der Gesetzentwurf enthält wichtige Ansätze zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig bleiben zentrale Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit, insbesondere zur stärkeren steuerfinanzierten Beteiligung an versicherungsfremden Leistungen, unberücksichtigt. Dadurch können sich Belastungen stärker auf Versicherte und Beitragszahlende verlagern.

Die vorgesehenen Änderungen führen insbesondere für familiengeführte landwirtschaftliche Betriebe zu zusätzlichen finanziellen Belastungen. Aufgrund der besonderen Struktur der landwirtschaftlichen Sozialversicherung können zudem Auswirkungen auf alle Zweige der sozialen Sicherung innerhalb der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau entstehen.

Der Bundesrat hält es daher für erforderlich, die besonderen Belange der Grünen Berufe im weiteren Gesetzgebungsverfahren angemessen zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe p:

Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt angespannt. Trotz wiederholter gesetzgeberischer Maßnahmen steigen die Beitragssätze seit Jahren kontinuierlich an. Dies führt zu wachsenden Belastungen für Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie für die Unternehmen und beeinträchtigt zunehmend die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Deutschland.

Der Bundesrat begrüßt das Ziel des Gesetzentwurfs, die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Nach Auffassung des Bundesrates bedarf es hierfür jedoch struktureller und nachhaltiger Maßnahmen. Kurzfristige finanzielle Entlastungen allein reichen nicht aus, um die langfristige Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen.

Besonderer Handlungsbedarf besteht bei der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Hierzu zählen insbesondere die Gesundheitskosten von Bürgergeldempfängerinnen und Bürgergeldempfängern. Der Bundesrat hält eine sachgerechte Beteiligung des Bundes für erforderlich.

Nach Auffassung des Bundesrates setzt die politische und gesellschaftliche Akzeptanz weitergehender Reformen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung voraus, dass versicherungsfremde Leistungen in angemessenem Umfang aus Steuermitteln finanziert werden. Dies betrifft insbesondere die Gesundheitskosten von Bürgergeldempfängerinnen und Bürgergeldempfängern. Solange diese Lasten überwiegend von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern getragen werden, besteht die Gefahr, dass zusätzliche Eingriffe in bestehende Finanzierungsmechanismen als unausgewogen wahrgenommen werden.

Eine nachhaltige Stabilisierung der Beitragssätze setzt voraus, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben nicht überwiegend aus Beitragsmitteln finanziert werden.

Zugleich ist sicherzustellen, dass notwendige Reformen der Finanzierungsstrukturen die breite Mitte der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler nicht zusätzlich belasten. Dies gilt insbesondere für mögliche Änderungen bei der Beitragsbemessungsgrenze. Reformen müssen die Leistungsfähigkeit der Beitragszahler berücksichtigen und dürfen die Wettbewerbsfähigkeit des Standorts Deutschland nicht weiter beeinträchtigen.

Bei der Weiterentwicklung der beitragsfreien Familienmitversicherung sind neben Fragen der Finanzierbarkeit und Zielgenauigkeit auch gesellschaftspolitische Aspekte angemessen zu berücksichtigen. Hierzu zählen insbesondere die wichtige Arbeit von Pflegefamilien sowie ehrenamtliches Engagement im sozialen, kirchlichen und gemeinnützigen Bereich.

Darüber hinaus bestehen erhebliche Potenziale zur Entlastung des Gesundheitssystems durch Bürokratieabbau und effizientere Verwaltungsstrukturen. Der Bundesrat hält es deshalb für erforderlich, die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung stärker in entsprechende Reformüberlegungen einzubeziehen.

Zu Buchstabe y:

Tarifbindung im Gesundheitswesen ist Voraussetzung für Fachkräftesicherung und Versorgungstabilität. Ein Gesetz, das faire Entlohnung strukturell bestraft, konterkariert dieses Ziel.