



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

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF DES  
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 16. APRIL 2026

20. APRIL 2026

# INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG	5
ZUSAMMENFASSUNG	5
KOMMENTIERUNG	7
ART. 1 NR. 1 ( § 2 ABS. 1 SGB V – LEISTUNGEN KRANKENKASSEN GEGENÜBER VERSICHERTEN)	7
ART. 1 NR. 6 ( § 11 ABS. 6 SGB V - SATZUNGSLEISTUNGEN)	7
ART. 1 NR. 7 ( § 25 SGB V – FRÜHERKENNUNG / HAUTKREBSSCREENING)	7
ART. 1 NR. 8 ( § 27B SGB V – ZWEITMEINUNG)	8
ART. 1 NR. 10A ( § 31 ABS. 1A SGB V – VERBANDMITTEL/SONSTIGE PRODUKTE ZUR WUNDBEHANDLUNG)	8
ART. 1 NR. 10B ( § 31 ABS. 6 SGB V – ANSPRUCH AUF CANNABIS- ARZNEIMITTEL)	9
ART. 1 NR. 11A ( § 34 ABS. 1 SGB V – OTC-ARZNEIMITTEL)	9
ART. 1 NR. 11B ( § 34 ABS. 3 SGB V – VERORDNUNG ÜBER UNWIRTSCHAFTLICHE ARZNEIMITTEL IN DER GKV)	9
ART. 1 NR. 12A-C ( § 35A SGB V – FRÜHE NUTZENBEWERTUNG VON ARZNEIMITTELN)	9
ART. 1 NR. 15 ( § 44C SGB V – TEILARBEITSUNFÄHIGKEIT)	9
ART. 1 NR. 25 ( § 71 ABS. 2 S. 2 ABS. 3 SGB V – BEITRAGSSATZSTABILITÄT)	10
ART. 1 NR. 26 ( § 73 ABS. 9 SGB V – PVS-SYSTEME / VERORDNUNGSSOFTWARE)	11
ART. 1 NR. 29 ( § 79 ABS. 6 SGB V I.V.M. § 35A ABS. 6A SGB IV – VERGÜTUNG VORSTÄNDE KVEN/KBV)	11
ART. 1 NR. 31 ( § 87 SGB V - BUNDESMANTELVERTRAG, EINHEITLICHER BEWERTUNGSMAßSTAB, BUNDESEINHEITLICHE ORIENTIERUNGSWERTE)	12

ART. 1 NR. 31 C) (ABSATZ 2A - STREICHUNG SATZ 25 – EPA VERGÜTUNG)	12
ART. 1 NR. 31 D) AA) UND E) AA) (ABSATZ 2B UND 2C – WEGFALL DER TSVG-ZUSCHLÄGE)	12
ART. 1 NR. 31 D) BB) (ABSATZ 2B – WEGFALL DER BERATUNG ORGAN- UND GEWEBESPENDE)	13
ART. 1 NR. 31 E) BB) (ABSATZ 2C – WEGFALL DER ZUSCHLÄGE FÜR KURZZEITTHERAPIE)	13
ART. 1 NR. 31 F) (ABSATZ 2G – AUFNAHME VERWEIS ZUR BEITRAGSSATZSTABILITÄT BEI ANPASSUNGEN DES ORIENTIERUNGSWERTS)	14
ART. 1 NR. 32 ( § 87A SGB V – REGIONALE EURO-GEBÜHRENORDNUNG, MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG, BEHANDLUNGSBEDARF DER VERSICHERTEN)	14
ART. 1 NR. 32 A) (ABSATZ 2 – AUFNAHME VERWEIS ZUR BEITRAGSSATZSTABILITÄT BEI REGIONALEN PUNKTWERTEN)	14
ART. 1 NR. 32 B) (ABSATZ 3 – WEGFALL DER EXTRABUDGETÄREN VERGÜTUNG VON TSVG-KONSTELLATIONEN)	15
ART. 1 NR. 32 C) (ABSATZ 3B – KORREKTUR KINDERARZT-MGV)	15
ART. 1 NR. 32 D) (ABSATZ 3D – ABSCHLÄGE AUF AUSGLEICHSZAHLUNGEN)	16
ART. 1 NR. 34 ( § 87D SGB V – VERGÜTUNG VERTRAGSÄRZTLICHER LEISTUNGEN AUßERHALB DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNG)	16
ART. 1 NR. 37 ( § 92A SGB V – INNOVATIONSFONDS)	17
ART. 1 NR. 39 ( § 106B SGB V) NR. 50 ( § 130E SGB V) – RABATTARZNEIMITTELBEZOGENE VERORDNUNGSQUOTEN	18
ART. 1 NR. 42 ( § 115F SGB V) I. V. M. ART. 3 NR. 5 ( § 8 KHENTGG) UND ART. 4 NR. 2 ( § 17B KHG – EINFÜHRUNG VON KURZEITFALL-PAUSCHALEN FÜR KRANKENHÄUSER)	19
ART. 1 NR. 44 ( § 125 SGB V – PREISGRENZE FÜR VERGÜTUNG VON HEILMITTELN)	20
ART. 1 NR. 45 ( § 125A SGB V – STREICHUNG DER PAUSCHALE FÜR DIE BLANKOVERORDNUNG HEILMITTEL)	20

---

<b>ART. 1 NR. 46 ( § 127 SGB V – PREISGRENZE UND PAUSCHALER ABSCHLAG FÜR VERGÜTUNG VON HILFSMITTELN)</b>	<b>20</b>
<hr/>	
<b>ART. 1 NR. 48B ( § 130A ABS. 2 SGB V – ABSCHLAG BEI IMPFSTOFFEN)</b>	<b>20</b>
<hr/>	
<b>ART. 1 NR. 49 ( § 130B SGB V – PREIS-MENGEN-REGELUNGEN)</b>	<b>21</b>
<hr/>	
<b>ART. 1 NR. 55 ( § 134 SGB V – KOSTENREGULIERUNG IM BEREICH DIGA)</b>	<b>21</b>
<hr/>	
<b>ART. 1 NR. 65 ( § 271 SGB V – INNOVATIONSFONDS)</b>	<b>21</b>
<hr/>	
<b>ART. 1 NR. 69 ( § 346 SGB V – ERSTBEFÜLLUNG BEI EPA) I. V. M. ART.1 NR. 31. C) ( § 87 ABSATZ 2A)</b>	<b>22</b>
<hr/>	
<b>ART. 1 NR. 71 ( § 411 SGB V (NEU) – VERGÜTUNGSREGELUNGEN FÜR FÜHRUNGSKRÄFTE UNTERHALB DER VORSTANDSEBENE)</b>	<b>22</b>

## ZUR KOMMENTIERUNG

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

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

---

## ZUSAMMENFASSUNG

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

Zusätzlich zieht sich der Staat zunehmend aus seiner Verantwortung zurück. Insbesondere bei der Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen, wie den Beiträgen für Bürgergeldempfänger, erfolgt keine ausreichende Gegenfinanzierung aus Steuermitteln. Stattdessen wird der Gesundheitsfonds weiterhin belastet. Der Staat nutzt damit faktisch die Beitragsmittel als Ersatzfinanzierung – ein gesundheitspolitisch falscher Ansatz, der das System zusätzlich unter Druck setzt.

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

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

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

Auch die bisher politisch gewollte Ambulantisierung wird von dieser geplanten gesetzlichen Maßnahme zurückgeworfen. Das Angebot und damit die Strukturen für ambulante Operationen werden durch die Quotierungen nicht mehr wirtschaftlich aufrechtzuerhalten sein, so dass bisher ambulant durchgeführte Operationen in Krankenhäuser verlagert werden oder gar nicht stattfinden werden. Es ist demzufolge mit

entsprechenden Folgen wie höheren GKV-Ausgaben und längeren Warte- und Behandlungszeiten der Patientinnen und Patienten zu rechnen.

Der Gesetzentwurf wird zusammenfassend von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgelehnt. Das Folgende enthält eine differenzierte Stellungnahme zu den einzelnen geplanten Regelungsinhalten.

## KOMMENTIERUNG

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

#### Beabsichtigte Neuregelung

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

#### Bewertung

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

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

#### Beabsichtigte Neuregelung

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

#### Bewertung

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

### ART. 1 NR. 7 (§ 25 SGB V – FRÜHERKENNUNG / HAUTKREBSSCREENING)

#### Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA prüft die Richtlinien zur Früherkennung von Krankheiten auf Grundlage des aktuellen medizinischen Kenntnisstandes bis zum 31.12.2027 und entwickelt sie ggf. weiter.

#### 1. Gesundheitsuntersuchungen

Prüfung bzgl.:

- Altersgrenzen, Zielgruppen und Untersuchungshäufigkeit,
- Untersuchungsinhalte,
- geschlechtsspezifische Besonderheiten,
- Zielerkrankungen mit möglicher Fokussierung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken, Begleit- und Folgeerkrankungen.

#### 2. Krebsfrüherkennungsrichtlinie – Hautkrebsscreening

Zu prüfende Fragen insbesondere:

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

## **Bewertung**

Wenigstens wird das Hautkrebsscreening während der Überprüfung durch den G-BA nicht, wie von der FKG empfohlen, ausgesetzt. Aus fachlicher Sicht ist eine Überprüfung der beiden Richtlinien und eine mögliche Weiterentwicklung hin zu einem risikobasierten Screening nachvollziehbar. Vor diesem Hintergrund erscheint jedoch die durch das Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetz vorgesehene Einführung von anlasslosen und nicht evidenzbasierten Tests in Apotheken und der Ausbau pharmazeutischer Dienstleistungen umso unsinniger.

## **ART. 1 NR. 8 (§ 27B SGB V – ZWEITMEINUNG)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **Bewertung**

Gemeint ist, dass die Leistung nicht ohne Zweitmeinung erbracht werden darf. Fraglich ist, warum dies nicht so geregelt, sondern an die Abrechenbarkeit der Leistung angeknüpft wurde. Nicht geklärt ist, was passiert, wenn der Versicherte keine Zweitmeinung einholt oder einholen will und vom Arzt verlangt, die Leistung durchzuführen. Die Regelung belastet so unnötigerweise das Arzt-Patienten-Verhältnis. Sinnvoller wäre daher, dass die Erbringung der Leistung an das Vorliegen einer Zweitmeinung geknüpft würde.

Mit dem Ziel der Leistungs- und Mengenreduktion sollen durch den G-BA einzelfallgerechte, bürokratische Verfahren etabliert werden, deren Einsparvolumen unklar sind. Neben der Vermittlungs- und Erklärungslast, die weitestgehend Vertragsärzten aufgebürdet wird, müssen u.a. Formulare und Meldewege etabliert werden. Dies führt zu einem höheren bürokratischen Aufwand, der etwaige Einsparungen egalisiert.

## **ART. 1 NR. 10A (§ 31 ABS. 1A SGB V – VERBANDMITTEL/SONSTIGE PRODUKTE ZUR WUNDBEHANDLUNG)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Neue erweiterte Definition Verbandmittel (Bedecken, aufsaugen und zusätzlich Wunden feuchthält oder reinigt, Wundexsudat oder Gerüche bindet, ein Verkleben mit der Wunde behindert bzw. atraumatisch wechselbar ist oder proteasemodulierend oder antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkt).

Für weitere „sonstige Produkte zur Wundbehandlung“ berät der G-BA den Hersteller (Antragsverfahren; hier dann Regelungen in der AM-RL zur Verordnungsfähigkeit). Die Übergangsfrist zur Verordnungsfähigkeit läuft Ende 2026 aus.

### **Bewertung**

Damit sind teure z. B. Silber-haltige Verbandmittel ohne Nachweis des Nutzens zu Lasten der GKV verordnungsfähig (bislang nur im Rahmen der Übergangsregelung verordnungsfähig). Die Hersteller haben Übergangsregelung nicht wie vorgesehen zum Nachweis des Nutzens ihrer Produkte genutzt. Durch die Erweiterung der Definition Verbandmittel unterliegen nur noch wenige „sonstige Produkte“ einer Bewertung des G-BA. Der Grundsatz der evidenzbasierten Medizin wird hier verlassen und ist somit konträr zu den Empfehlungen der Finanzkommission.

Konsequenz: Verstärkte Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenkassen nicht auszuschließen. Regressrisiko für den Arzt steigt. Mehrkosten für die GKV (trotz beispielsweise vorgesehener Regelung zu einem Preismoratorium für Verbandmittel, s.u.) sind zu erwarten.

## ART. 1 NR. 10B (§ 31 ABS. 6 SGB V – ANSPRUCH AUF CANNABIS-ARZNEIMITTEL)

### Beabsichtigte Neuregelung

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

### Bewertung

Regelung ist nachvollziehbar.

## ART. 1 NR. 11A (§ 34 ABS. 1 SGB V – OTC-ARZNEIMITTEL)

### Beabsichtigte Neuregelung

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

### Bewertung

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

## ART. 1 NR. 11B (§ 34 ABS. 3 SGB V – VERORDNUNG ÜBER UNWIRTSCHAFTLICHE ARZNEIMITTEL IN DER GKV)

### Beabsichtigte Neuregelung

Der Satz „Bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen wie homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen.“ wird gestrichen.

### Bewertung

Konsequent aufgrund der vorgesehenen Änderungen in § 2, 11 und 34 Abs. 1 SGB V (Homöopathika, Anthroposophika)

## ART. 1 NR. 12A-C (§ 35A SGB V – FRÜHE NUTZENBEWERTUNG VON ARZNEIMITTELN)

### Beabsichtigte Neuregelung

Änderungen im Zusammenhang mit der Streichung des Kombinationsabschlags und der „Leitplanken“ der Frühen Nutzenbewertung.

### Bewertung

Wird grundsätzlich begrüßt.

## ART. 1 NR. 15 (§ 44C SGB V – TEILARBEITSUNFÄHIGKEIT)

### Beabsichtigte Neuregelung

Erstmalige gesetzliche Einführung einer abgestuften Teilarbeitsunfähigkeit. Versicherte mit voraussichtlich länger als vier Wochen andauernder Arbeitsunfähigkeit können freiwillig zu 25/50/75 % weiterarbeiten, wenn Arzt und Arbeitgeber zustimmen; Ausgestaltung wird auf den G-BA übertragen.

## Bewertung

- › Paradigmenwechsel im Arbeitsunfähigkeitsrecht (bisher nur binär arbeitsfähig/arbeitsunfähig) mit zahlreichen ungeklärten Folgefragen.
- › Stufenfeststellung (25/50/75 %) suggeriert eine medizinische Präzision, die bei den typischen Krankheitsbildern kaum objektivierbar ist; Haftungsfragen für den Arzt bleiben offen, bürokratischer Aufwand in Praxen wird erheblich steigen.
- › Regelmäßig werden hierzu detaillierte Kenntnisse zu den Umständen am Arbeitsplatz notwendig werden, die die Praxis nicht hat bzw. nur unter höchstem Aufwand recherchieren und validieren kann.
- › Zustimmungsfiktion (Absatz 2 Satz 3) bei Schweigen des Arbeitgebers ist dogmatisch bedenklich und verfassungsrechtlich angreifbar (Art. 12, 14 GG).
- › Weite G-BA-Ermächtigung in Absatz 4.
- › eAU-Anpassung in Absatz 6 setzt rechtzeitige technische Umsetzung voraus – zusätzliche Kosten und Aufwände im Zusammenhang mit Teilarbeitsunfähigkeit dürfen nicht zu Lasten der Praxen gehen.

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

### Beabsichtigte Neuregelung

- › Streichung der Möglichkeit der Überschreitung der Grundlohnsummenentwicklung bei vertraglich abgesicherten oder Einsparungen in anderen Leistungsbereichen
- › Grundsatz der Beitragsstabilität gilt grundsätzlich für alle Vergütungsbereiche
- › Bei der Ermittlung der Veränderungsrate für die Jahre 2027 und 2028 bleibt die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze außer Betracht
- › Veränderungsrate wird für die Jahre 2027 bis 2029 um einen Prozentpunkt reduziert

### Bewertung

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

### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

---

Streichung der Regelung.

---

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

### Beabsichtigte Neuregelung

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

### Bewertung

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

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

### Beabsichtigte Neuregelung

- › Erhöhung der Grundvergütung von KV-Vorständen (wie bereits jetzt beim Vorstand der KBV) während der Amtsperiode nicht zulässig,
- › Nur zu Beginn einer Amtszeit Zuschlag auf Grundvergütung der letzten Amtsperiode nach Maßgabe der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ausschließlich aus dem laufenden Kalenderjahr, in dem die Amtszeit beginnt,
- › Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit niedrigere Vorstandsvergütung anordnen,
- › Sonstige Vergütungsbestandteile (z.B. Altersvorsorge) kann überhaupt nicht mehr erhöht werden,
- › Regelungen gelten auch für bereits laufende Vorstandsdienstverträge, soweit nicht bereits eine Zusage über eine konkrete Vergütungserhöhung geregelt ist,
- › Vereinbarungen über die Zukunftssicherung sind nur aufgrund beitragsorientierter Zusagen zulässig.

### Bewertung

Die Regelung ist abzulehnen, denn

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

### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

---

Streichung der Regelung.

---

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

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

#### Beabsichtigte Neuregelung

- › Streichung der Vergütung für die Unterstützung der Versicherten bei der Verarbeitung medizinischer Daten in der elektronischen Patientenakte

#### Bewertung

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

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

---

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

---

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

#### Beabsichtigte Neuregelung

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

#### Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassungen ab:

- › Die sog. „TSVG-Regelungen“ stellen das zentrale Steuerungselement der ambulanten Versorgung dar. Durch sie wird die zeitnahe Vergabe bestimmter Termine incentiviert. Gleichzeitig stellen sie das zentrale Versprechen für die fachärztliche Versorgung in der vorvergangenen Legislaturperiode dar.
- › Bei einer Umsetzung dieser Gesetzesänderung zum Wegfall der extrabudgetären Zuschläge ohne jede Kompensation mit den entsprechenden Auswirkungen auf die etablierten Wege der Terminvermittlung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich käme es zu gravierenden Auswirkungen auf den

fachärztlichen Versorgungsbereich, da die TSVG-Konstellationen überwiegend für Fachärzte definiert sind. Es wird ein negativer Anreiz für die Terminvermittlung gesetzt. Wartezeiten auf Termine in der fachärztlichen Versorgung werden steigen.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

---

Entfall der Regelung.

---

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

#### Beabsichtigte Neuregelung

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

#### Bewertung

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

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

#### Beabsichtigte Neuregelung

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

#### Bewertung

- › Der Anteil der Kurzzeittherapien könnte aufgrund der Streichung der Zuschläge abnehmen. Dadurch ist einerseits eine Steigerung der Ausgaben für die Langzeittherapien zu erwarten und zum anderen eine erhöhte Frequenz der Inanspruchnahme somatischer Fachgruppen, da der zeitnahe Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen weiter erschwert wird.
- › Die Förderung der Kurzzeittherapie wird anteilig bei der Berechnung der angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen berücksichtigt, sodass ein Wegfall der Förderzuschläge nicht vollständig zu Einsparungen der derzeitigen Ausgaben führen würde.

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

### Beabsichtigte Neuregelung

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

### Bewertung

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

### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

---

Entfall der Regelung.

---

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

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

### Beabsichtigte Neuregelung

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

### Bewertung

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

### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

---

Entfall der Regelung.

---

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

### Beabsichtigte Neuregelung

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

### Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassungen ab:

- › Durch die Regelungen wird das zentrale Steuerungselement für die Vergabe von Terminen abgeschafft.
- › Bei einer Umsetzung dieser Gesetzesänderung zum Wegfall der extrabudgetären Vergütung der Leistungen in vermittelten Behandlungsfällen ohne jede Kompensation mit den entsprechenden Auswirkungen auf die etablierten Wege der Terminvermittlung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich käme es zu gravierenden Auswirkungen auf den fachärztlichen Versorgungsbereich. Es wird ein negativer Anreiz für fachärztliche vertragsärztliche Versorgung gesetzt.
- › Da der bisherige Satz 6 entfällt, läuft der Verweis in § 87a Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 ins Leere. Nach diesem Verweis empfiehlt der Bewertungsausschuss für die regionalen Vertragspartner Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Dies steht im Widerspruch zu § 87d, der gemäß des Gesetzesentwurfs eingefügt werden soll (siehe Art. 1 Nr. 34), nach dem der Bewertungsausschuss zukünftig weitere Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, mit bundesweiter Wirkung beschließt.

### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

---

Entfall der Regelung.

---

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

### Beabsichtigte Neuregelung

- › Die Regelung ändert den Aufsatz der Berechnung der Kinderarzt-MGV, die nicht mit befreiender Wirkung von der GKV gezahlt wird. Durch die Änderung wird i. d. R. eine höhere Kinderarzt-MGV ermittelt.

### Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassungen ab:

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

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

- › Die Vorgabe einer quartalsweisen Evaluation ist durch eine jährliche Evaluation zu ersetzen, um unnötigen Verwaltungsaufwand, dem keine weitergehenden Erkenntnisse gegenüberstehen, zu vermeiden.

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

---

Entfall der Regelung.

---

## ART. 1 NR. 32 D) (ABSATZ 3D – ABSCHLÄGE AUF AUSGLEICHSAUHLUNGEN)

### Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung werden Abschläge für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen auf Ausgleichszahlungen bei Überschreitung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) in den Versorgungsbereichen der Kinder- und Jugendmedizin und der allgemeinen hausärztlichen Versorgung neu aufgenommen.

### Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassungen ab:

- › Die Verringerung der Leistungsvergütung bei Überschreiten der MGV für Kinder- und Jugendärzte und für Hausärzte stellt einen Bruch der den Kinder- und Jugendärzten und Hausärzten gegebenen Versprechen dar.
- › Eine Abschlagsregelung bei den Ausgleichszahlungen ist nicht sachgerecht. Kostendegressionen bei Fallzahlsteigerungen gemäß § 87 Abs. 2g sind bei der Festlegung des Orientierungswertes und damit bei der Weiterentwicklung der MGV, die die Kinderarzt-MGV sowie die Hausarzt-MGV umfasst, zu berücksichtigen. Es käme hier zu einer sachlich falschen Doppelberücksichtigung der Kostendegression.

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

---

Entfall der Regelung.

---

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

### Beabsichtigte Neuregelung

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

## Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassungen ab:

- › Durch die Regelung werden bisherige Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung im Bewertungsausschuss negiert und die Überprüfung dieser Regelungen durch den Bewertungsausschuss erschwert. Der Gesetzgeber greift mit der Regelung massiv in die Kompetenz der gemeinsamen Selbstverwaltung ein.
- › Durch die Regelung wird erheblich neue Bürokratie geschaffen.
- › Verschiedene nebeneinander bestehende Gesamtvergütungen und Honorarverteilungen werden die Selbstverwaltungsorgane erheblich belasten.
- › Die Regelung wird zu erheblichen Rechtsstreitigkeiten führen.
- › Sofern psychotherapeutische Leistungen als Teil der MGV oder der Gesamtvergütung mit begrenztem Ausgabenvolumen nach Abs. 1 durch die Krankenkassen vergütet werden, sind diese gemäß dieser Regelung an die Psychotherapeuten zu verteilen. Da die angemessene Höhe der Vergütung dieser Leistungen ihrer Höhe nach bereits im EBM festzulegen ist und gemäß der Regelung in § 87b Abs. 2 SGB V die Honorarverteilung diese Angemessenheit umzusetzen hat, ergibt sich an dieser Stelle kein Gestaltungsspielraum für eine Quotierung der Leistungsmengen oberhalb der Begrenzung des Ausgabenvolumens. Im Ergebnis muss die Finanzierung dieser zusätzlichen Leistungen aus der MGV durch Fachärzte erfolgen. Dies führt zu erheblichen Verteilungskonflikten zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten und wird erhebliche Rechtsunsicherheit erzeugen.
- › Die Frist, neue Leistungen automatisch nach zwei Jahren in die MGV zu überführen, ist wesentlich zu kurz. Die Etablierung dieser neuen Leistungen hat zu diesem Zeitpunkt nach den bisherigen Erfahrungen im Bewertungsausschuss noch nicht im ausreichenden Maße stattgefunden.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

---

Entfall der Regelung.

---

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

### Beabsichtigte Neuregelung

- › Vereinfachung des Verfahrens (i. d. R. nur noch einstufig)
- › Streichung der expliziten Förderung von Fehlermeldesystemen
- › Absenkung des Fördervolumens auf 100 Mio. Euro
- › Finanzierung ausschließlich aus dem Gesundheitsfonds
- › Absenkung der Fördersumme für Leitlinien
- › Übertragbarkeit der nicht bewilligten/verbrauchten Mittel gestrichen
- › Einmalige Rückführung sämtlicher bislang nicht verbrauchter Mittel

### Bewertung

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

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

## ART. 1 NR. 39 (§ 106B SGB V) NR. 50 (§ 130E SGB V) – RABATTARZNEIMITTELBEZOGENE VERORDNUNGSQUOTEN

### Beabsichtigte Neuregelung:

- › Möglichkeit von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen über patentgeschützte Arzneimittel aus einer von den Krankenkassen festgelegten wirkstoffübergreifenden Gruppe von Arzneimitteln mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in einem Therapiegebiet,
- › Vorrangige Verordnung von rabattierten Arzneimitteln; Verordnung nicht rabattierter Arzneimittel nur im medizinisch begründeten Einzelfall,
- › In den regionalen Prüfvereinbarungen sollen arzneimittelbezogene Verordnungsquoten für die Gruppe rabattierter Arzneimittel geregelt werden,
- › Verordnungen rabattierter Arzneimittel werden bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit anerkannt,
- › Bei der Erreichung der Verordnungsquote kann die Verordnung nicht rabattierter Arzneimittel aus der Gruppe von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen werden,
- › Bis 2030 ist die Festlegung von Gruppen und der Abschluss von Rabattverträgen nur in Bezug auf gesetzlich vorgegebene Wirkstoffgruppen zulässig.

### Bewertung:

- › Die Verordnung erfolgt durch die Vertragsärzte, so dass die Ärzteseite aufgrund der Sachnähe Einfluss auf die Festlegung der Gruppen von Arzneimitteln haben muss, für die ein Rabattvertrag abgeschlossen werden kann.
- › Die Festlegung der Arzneimittelgruppen sollte durch den G-BA auf Basis der Ergebnisse der Frühen Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln erfolgen.
- › Krankenkassenspezifische und nicht evidenzbasierte Listen werden abgelehnt, da sie zu einer Zersplitterung der Versorgung führen und unter Umständen manche Versichertengruppen schlechter stellen.
- › Das Nebenwirkungsprofil der Substanzen innerhalb einer Gruppe unterscheidet sich teilweise erheblich, so dass nicht nur in Einzelfällen von einer Abweichung auszugehen ist. Dies muss aus medizinischer Sicht zwingend berücksichtigt werden.
- › Erneute Erweiterung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Vertragsärzte. Die Regelung verstärkt die bereits bestehende Preisintransparenz für Vertragsärzte. Dies muss konsequenterweise zu einer vollständigen Abschaffung von preisbezogenen Steuerungsinstrumenten führen. Außerdem ist endlich die Einführung von Bagatellgrenzen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen zwingend vorzusehen.

### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

---

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

Keine kassenspezifischen Listen ohne Beteiligung der Ärzteschaft. Abweichungsmöglichkeiten von der Liste müssen die Vielfalt innerhalb der Gruppen medizinisch angemessen berücksichtigen.

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

---

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

### Beabsichtigte Neuregelung

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

### Bewertung

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

### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

---

Entfall der Regelung.

---

## ART. 1 NR. 44 (§ 125 SGB V – PREISGRENZE FÜR VERGÜTUNG VON HEILMITTELN)

### Beabsichtigte Neuregelung

Begrenzung künftiger Preissteigerung auf Niveau der Grundlohnrate gem. §71 Abs. 3 SGB V.

### Bewertung

Zustimmung. Die Preissteigerungen der letzten Jahre haben den bestehenden Nachholbedarf inzwischen ausreichend kompensiert. Eine Kopplung zukünftiger Vergütungssteigerungen an die Grundlohnrate ist sachgerecht und ausgewogen. Das von der FKG vorgeschlagene einjährige Preismoratorium ist jedoch nicht vorgesehen.

## ART. 1 NR. 45 (§ 125A SGB V – STREICHUNG DER PAUSCHALE FÜR DIE BLANKOVERORDNUNG HEILMITTEL)

### Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Heilmittel-Blankoverordnung dürfen künftig keine Pauschalen mehr vereinbart werden, die über die therapeutische Diagnostik hinausgehen und eine „besondere Versorgungsverantwortung“ abgelten sollen

### Bewertung

Zustimmung. Der Vorschlag ist nachvollziehbar. Demnach ist für die Steuerung des weiteren Behandlungsverlaufs, für die Verlaufsdocumentation und die Sicherung der Versorgungsqualität im Rahmen der Blankoverordnung kein zusätzlicher Aufwand verbunden, der über die Analyse des therapeutischen Bedarfs und der therapeutischen Diagnostik hinausgeht.

## ART. 1 NR. 46 (§ 127 SGB V – PREISGRENZE UND PAUSCHALER ABSCHLAG FÜR VERGÜTUNG VON HILFSMITTELN)

### Beabsichtigte Neuregelung

- › Begrenzung künftiger Preissteigerung auf Niveau der Grundlohnrate gemäß §71 Abs. 3 SGB V
- › Pauschaler Abschlag von 3% für 2027 und 2028
- › Flexibilisierung der Verhandlungskorridore für Festbetrags-Hilfsmittel auf +/- 15% („zur Abbildung der wirtschaftlichen und versorgungsrelevanten Veränderungen in den Vertragspreisen“)

### Bewertung

Zustimmung. Gleichzeitig werden die Vertragsverhandlungen für Festbeträge flexibilisiert, so dass die bestehenden Beträge nicht mehr ausschließlich Höchstbeträge, sondern Ausgangspunkte für Vertragsverhandlungen sind. So können teilweise seit Jahrzehnten unveränderte Festbeträge angemessen angepasst werden.

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

### Beabsichtigte Neuregelung

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

besteht und für die ein Referenzabschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden kann, gilt gemäß Satz 5 zusätzlich zum Abschlag nach Absatz 1 Satz 1 künftig ein zusätzlicher Abschlag in Höhe von 7 Prozent.

#### **Bewertung**

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

## **ART. 1 NR. 49 (§ 130B SGB V – PREIS-MENGEN-REGELUNGEN)**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **Bewertung**

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

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

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

- › Begrenzung der Preisfestsetzung im ersten Jahr auf Höchstbeträge
- › Vergütungsabschläge für DiGA je nach Abgabemenge: Es wird eine gestaffelte Absenkung vorgesehen, die mit zunehmender Menge stufenweise ansteigt und je nach Größenordnung zwischen 2 Prozent (zw. 3001-10000) und 30 Prozent (ab 100.000) beträgt.

#### **Bewertung**

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

Folgende Vorschläge von der FKG wurden dabei nicht umgesetzt:

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

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

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

## **Bewertung**

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

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

### **Beabsichtigte Neuregelung**

- › Die Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) in Absatz 3 wird gestrichen. Damit verbunden ist auch die Streichung der in Absatz 5 geregelten gesonderten Vergütung für die Erstbefüllung. Die Befüllung erfolgt nur noch nach § 346 Abs. 1 SGB V.
- › Streichung der Vergütung für die Unterstützung der Versicherten bei der erstmaligen Befüllung der ePA in § 87 Absatz 2a Satz 26

### **Bewertung**

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

## **ART. 1 NR. 71 (§ 411 SGB V (NEU) – VERGÜTUNGSREGELUNGEN FÜR FÜHRUNGSKRÄFTE UNTERHALB DER VORSTANDSEBENE)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Vergütungserhöhungen für außertarifliche Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene (Wortlaut: direkt unter Vorstand; nicht Führungskraft in weiteren Ebenen darunter) bei Krankenkassen, Medizinischer Dienst, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden auf einen 6-Jahres-Rhythmus beschränkt und auf die Grundlohnrate (§ 71 Abs. 3) gedeckelt. Die Regelung greift rückwirkend auf Bestandsverträge ab dem 30.03.2026 durch. Ausnahme vorgesehen, sofern schon vertragliche Regelung besteht.

### **Bewertung**

- › Da das alleinige Regelungsziel (Beitragssatzstabilisierung) auf Kassenärztliche Bundesvereinigungen und Kassenärztliche Vereinigungen nicht zutrifft, fehlt ein legitimer Zweck für den Eingriff in die Vergütungsautonomie.
- › Die Gleichbehandlung mit beitragsatzrelevanten Körperschaften trotz grundlegend abweichender Finanzierungsstruktur verletzt das Gebot sachgerechter Differenzierung.
- › Die Erstreckung auf Bestandsverträge ab 30.03.2026 greift in geschützte Vertrauenstatbestände ein – für Kassenärztliche Bundesvereinigungen und Kassenärztliche Vereinigungen fehlt ein legitimes Vorwagnahme-Szenario.
- › Die Grundlohnrate hat keinen sachlichen Bezug zur Finanzierung der KBV/KVen.
- › Der Begriff „konkrete Zusagen“ in Satz 3 ist auslegungsbedürftig und streitanfällig.
- › Der Zeitraum von sechs Jahren ist nicht begründet. Es liegen keine nachvollziehbaren rechnerischen Grundlagen vor, die plausibel machen, warum bestimmte Gehälter sechs Jahre „eingefroren“ werden. Dieser Eingriff in die Vergütungsautonomie zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist willkürlich und arbeitsrechtlich abzulehnen.

## Politische Bewertung

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

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

---

Ersatzlose Streichung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aus dem Adressatenkreis.

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

---

### **Ihre Ansprechpartner:**

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
Tel.: 030 4005-1036  
[politik@kbv.de](mailto:politik@kbv.de), [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

---

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