

BVMed-Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) BT-Drucksache 21/6130

18. Juni 2026

Vorbemerkung

Der Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed) sieht die angespannte finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung und die Notwendigkeit kurzfristiger Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze an. Angesichts der demografischen Entwicklung mit einer älter werdenden Bevölkerung, steigenden Ausgaben sowie eines zunehmenden Fachkräftemangels- und Investitionsdrucks, steht das Gesundheitssystem insgesamt vor erheblichen Herausforderungen, die entschlossenes und zugleich vorausschauendes politisches Handeln erfordern.

Die MedTech-Branche ist kein Kostenfaktor, sondern Teil der Lösung für die strukturellen Herausforderungen des Gesundheitssystems. Medizintechnologien steigern die Prozesseffizienz, ermöglichen Ambulantisierung, vermeiden stationäre Pflegebedarfe und stärken die Teilhabe von Patienten durch mehr Selbstständigkeit und Versorgung im häuslichen Umfeld. Gerade vor dem Hintergrund des demografisch bedingt rückläufigen Versorgungspersonals sind sie ein zentraler Hebel, um das Versorgungsniveau zu sichern, Fachkräfte wirksam zu entlasten und Qualität sowie Wirtschaftlichkeit gleichermaßen zu stärken. Wer Beitragssatzstabilität ernsthaft erreichen will, darf MedTech daher nicht durch kurzfristige Sparmaßnahmen schwächen, sondern muss Innovationen und ihren zielgerichteten Einsatz in der Versorgung politisch absichern.

Vor diesem Hintergrund sieht der BVMed im vorliegenden Gesetzesentwurf Diskussions- und Anpassungsbedarf bei einzelnen Regelungen. Pauschale Vergütungsobergrenzen über alle Leistungsbereiche hinweg bergen aus unserer Sicht das Risiko von Fehlsteuerungen. Dies sehen wir insbesondere, wenn sinnvolle Mehrausgaben in einem Bereich – beispielsweise in der Sekundärprävention chronischer Erkrankungen – zwar kurzfristig zu höheren Kosten führen, langfristig jedoch deutlich größere Minderausgaben durch vermiedene Folgeerkrankungen und Hospitalisierungen ermöglichen würden.

Mit den nachfolgenden Änderungsvorschlägen möchte der BVMed einen konstruktiven Beitrag zur Gesetzesberatung leisten und praxisnahe Verbesserungsvorschläge unterbreiten, die sowohl zur finanziellen Stabilisierung der GKV als auch zur langfristigen Stärkung einer innovativen, patientenzentrierten und zukunftsfesten Gesundheitsversorgung beitragen. **Beitragssatzstabilisierung darf nicht nur einseitig zulasten von Versorgung, Innovation und Qualität erfolgen, sondern muss strukturelle Ursachen adressieren und nachhaltig ausgestaltet werden.**

1. Hilfsmittel- und Verbandmittelversorgung

Einleitung

Die Versorgung mit Hilfsmitteln und Verbandmitteln ist ein zentraler Bestandteil der ambulanten und insbesondere auch der häuslichen Gesundheitsversorgung in Deutschland. Sie ermöglicht den Patienten, trotz akuter oder chronischer Erkrankungen ein selbstbestimmtes Leben zu führen, Therapieergebnisse zu verbessern, Komplikationen zu vermeiden und stationäre Aufenthalte zu reduzieren. Innovationen im Hilfsmittel- und Verbandmittelsektor leisten dabei einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung von Therapieergebnissen, Lebensqualität und Teilhabe.

Die betroffenen Hersteller entwickeln Produkte unter hohen Qualitäts- und regulatorischen Anforderungen. Dies ist verbunden mit steigenden Kosten für Rohstoffe, Energie und Logistik.

Die betroffenen Leistungserbringer gewährleisten die patientennahe Hilfsmittelversorgung. Neben der Bereitstellung der Produkte umfasst dies insbesondere Beratung, Einweisung, individuelle Anpassung sowie Verlaufskontrolle, Wartung und Reparatur, die Vor-Ort-Betreuung, und die Notdienstregelungen. Diese Dienstleistungen sind wesentlicher Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Versorgung und werden über die Vertragspreise mit abgebildet.

Die Versorgung ist zudem eng mit der Arbeit von Ärzten, Pflegefachkräften und pflegenden Angehörigen verzahnt. Während Ärzte die Therapie steuern, sichern Hilfsmittelleistungserbringer, Pflegefachkräfte und Angehörige die kontinuierliche Anwendung im Alltag und tragen damit maßgeblich zum Behandlungserfolg bei.

Die Hilfsmittel- und Verbandmittelversorgung ist damit durch ein enges Zusammenspiel von Produkt, Dienstleistung und interdisziplinärer Versorgung geprägt. Sie erfordert differenzierte Rahmenbedingungen, die dieser Versorgungsrealität gerecht werden.

1.1 Artikel 1, Nummer 46: § 127 Absatz 1b SGB V Notwendige Streichung des pauschalen Preisabschlags für Hilfsmittel § 127 SGB V

Der im Referentenentwurf vorgesehene pauschale Preisabschlag in Höhe von 3 % für die Jahre 2027 und 2028 wird seitens des BVMed kritisch bewertet.

Verträge zur Hilfsmittelversorgung sind Verträge mit langen Laufzeiten. Während der Laufzeiten werden die vereinbarten Erstattungspreise in den meisten Versorgungsbereichen bisher nicht automatisch aufgrund von Preisentwicklungen oder Grundlohnratenveränderungen erhöht. Die Steigerungen der Kosten bei den Löhnen, der Logistik, den Produkten u.v.m., werden in vielen Versorgungsbereichen bereits seit Jahren von den Leistungserbringern, ohne regelmäßige Preisanpassungen, kompensiert. Dies resultiert aus der Systematik im Hilfsmittelbereich, die eine Vertragspflicht vorsieht; d.h. ohne einen mit den Krankenkassen vereinbarten Versorgungsvertrag darf der Leistungserbringer keine Hilfsmittelversorgung erbringen. Dies hat dazu geführt, dass auf Seiten der Krankenkassen gerne an „Altverträgen“

festgehalten wurde, während sich Verhandlungen über Preisanpassungen als sehr schwierig dargestellt haben. Damit leisten diese teilweise langjährigen Verträge schon heute einen wichtigen Beitrag für die Beitragssatzstabilität.

Im Unterschied zu anderen Leistungsbereichen betrifft der Abschlag im Hilfsmittelbereich nicht ausschließlich Produkte, sondern zugleich auch die mit der Versorgung verbundenen Dienstleistungen. Hierzu zählen insbesondere die individuelle Beratung und Einweisung in die Anwendung der Patienten, deren Angehörigen und des Pflegefachpersonals sowie die Anpassungen, die Reparaturen und die Ersatzbeschaffung durch die Hilfsmittelleistungserbringer. Hinzukommen in vielen Versorgungsbereichen notwendige Notdienstregelungen und regelmäßige Vor-Ort-Besuche. Diese Leistungen sind integraler Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Hilfsmittelversorgung und tragen maßgeblich zur Therapiesicherheit, zum Behandlungserfolg und zur Teilhabe bei. Sie vermeiden Folgekosten und stationäre Aufenthalte.

Ein pauschaler Preisabschlag auf die Vertragspreise trifft unmittelbar die patientenversorgenden Leistungserbringer. In der Konsequenz besteht die Gefahr, dass notwendige Leistungen eingeschränkt werden müssen oder nicht mehr im erforderlichen Umfang erbracht werden können, was faktisch einer Reduzierung der Versorgungsqualität gleichkommt.

Hinzu kommt, dass die Kostenentwicklung in der Hilfsmittelversorgung in den vergangenen Jahren moderat war und keinen ausreichenden Ausgleich für deutlich gestiegene Hersteller-, Material- und sonstige betriebliche Kosten dargestellt hat. Ein zusätzlicher pauschaler Abschlag verschärft die wirtschaftliche Situation weiter und erhöht das Risiko struktureller Unterfinanzierung und belastet den als moderaten Kostentreiber identifizierten Hilfsmittelbereich überproportional.

Damit führt die geplante Maßnahme zu einer dreifachen Belastung der Hilfsmittel-Leistungserbringer:

1. Langlaufende Verträge ohne Preisanpassungen / Anpassungen an die Grundlohnsummenentwicklung haben bereits zu erheblichen Wertverlusten der Erstattungspreise geführt.
2. Die vergangenen und aktuellen Kostensteigerungen werden derzeit allein vom Leistungserbringer kompensiert.
3. Ein zusätzlich geplanter Abschlag von 3% führt dazu, dass von den Hilfsmittel-Leistungserbringern, die gemäß der Finanzkommission Gesundheit keine „Kostentreiber“ sind, ein überproportionaler Sparbeitrag im Vergleich zu anderen Bereichen gefordert wird.

Vorschlag einer alternativen Ausgestaltung

Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, den temporären pauschalen Preisabschlag in Höhe von 3 % zu streichen. Um Preiskontinuität zu wahren, wäre anstelle dessen ein grundsätzliches Festschreiben der Erstattungspreise auf Basis der Verträge nach § 127 SGB V für die Jahre 2027 und 2028 denkbar.

Eine solche Maßnahme würde zur kurzfristigen Vergütungsstabilisierung beitragen, ohne gleichzeitig die wirtschaftliche Grundlage der Versorgungsstrukturen weiter zu schwächen, qualitative Einbußen in der Patientenversorgung zu riskieren, und insbesondere kleine und mittelständige Leistungserbringer zu belasten. Hierbei ist zu beachten, dass Mengenausweitungen aufgrund der demographischen Entwicklung nicht durch die Hilfsmittelleistungserbringer beeinflussbar sind.

1.2

Artikel 1 Nummer 15: § 36 Absätze 1-5 SGB V i.V.m. Artikel 1 Nummer 46 § 127 Absatz 4 SGB V Geplantes neues Festbetrag-System für Hilfsmittel

Die im Referentenentwurf vorgesehene Ausweitung des Festbetragssystems auf weitere Produktgruppen im Hilfsmittelbereich wird seitens des BVMed differenziert bewertet.

Grundsätzlich kann ein Festbetragssystem in geeigneten, hinreichend standardisierbaren Versorgungsbereichen einen Beitrag zur Transparenz und zur Begrenzung der Ausgabendynamik leisten. Insoweit ist nachvollziehbar, dass geprüft wird, inwieweit einzelne Produktgruppen perspektivisch – etwa ab dem Jahr 2029 – in entsprechende Vergütungsstrukturen überführt werden können.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass die Hilfsmittelversorgung in weiten Teilen durch eine hohe Individualität, einen erheblichen Dienstleistungsanteil sowie eine enge Verzahnung von Produkt und Versorgung geprägt ist. Diese Besonderheiten unterscheiden den Hilfsmittelbereich grundlegend von klassischen Festbetragssegmenten, in denen Produkte weitgehend austauschbar sind.

Vor diesem Hintergrund bestehen erhebliche Anforderungen an die konkrete Ausgestaltung eines solchen Systems. Insbesondere ist sicherzustellen, dass:

- der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Festsetzung nach Satz 1 insbesondere Nachweise über die produktspezifischen Absatzzahlen, Kalkulationszuschläge sowie die durchschnittlichen Stundenverrechnungssätze und Arbeitszeiten einfordern muss – eine Schätzung darf nur durchgeführt werden, wenn keine Nachweise eingereicht wurden.
- nach der Bestimmung der Festbetragsgruppen eine Begründungs- und Offenlegungspflicht des Spitzenverband Bund der Krankenkassen besteht.
- eine jährliche Anpassung der Festbeträge ähnlich wie die Orientierung an Preisindizes gesetzlich vorgegeben werden – vergleichbar mit dem Vorgehen im Arzneimittelbereich (jährlicher Inflationsausgleich).
- Festbeträge nur für solche Produktgruppen Anwendung finden, die tatsächlich eine ausreichende Standardisierbarkeit und Vergleichbarkeit aufweisen.
- qualitative Anforderungen und Versorgungsstandards nicht durch einen einseitigen Preisfokus unterlaufen werden.
- der notwendige Dienstleistungsanteil der Versorgung angemessen berücksichtigt wird.
- Innovationsanreize erhalten bleiben und neue, medizinisch sinnvolle Produkte weiterhin in die Versorgung gelangen können.
- eine ausreichende produkt- und versorgungsspezifische Differenzierung erfolgt und realistische, regelmäßige Aktualisierungszyklen sichergestellt werden.
- bei einer Überschreitung des Verbraucherpreisindex von mehr als 7 % gegenüber dem jeweiligen Vorjahresmonat in drei aufeinanderfolgenden Monaten eine verpflichtende Anpassung der Festbeträge zu erfolgen hat.

Bereits in der Vergangenheit hat der BVMed darauf hingewiesen, dass Preissteuerungsinstrumente im Hilfsmittelbereich nur dann sachgerecht sind, wenn sie die Versorgungsrealität abbilden und nicht zu Lasten von Qualität, Individualität und Versorgungssicherheit wirken.

Mit der Zielsetzung, das Festbetragssystem im Hilfsmittelbereich deutlich zu erweitern, wachsen zugleich die Aufgaben und Befugnisse des GKV-Spitzenverbandes

drastisch. In Anbetracht der hiermit verbundenen massiven Eingriffe in die Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) halten wir es für nicht sachgerecht, dass mit der Regelung in §36 Absatz 5 SGB V Rechtsschutzmöglichkeiten weitgehend beschnitten werden, indem Klagen keine aufschiebende Wirkung entfalten und Klagen gegen die Gruppeneinteilung oder gegen einzelne Bestandteile der Festsetzung der Festbeträge gänzlich unzulässig sein sollen.

Fazit

Eine Ausweitung des Festbetragsystems kann nur unter der Voraussetzung in Betracht gezogen werden, dass sie unter differenzierten, indikationsbezogen und unter strikter Berücksichtigung qualitativer Anforderungen erfolgen. Pauschale oder undifferenzierte Übertragungen bergen hingegen das Risiko von Versorgungsverschlechterungen und Fehlanreizen. Gleichzeitig ist hier, wie in allen anderen Bereichen üblich, eine jährliche indexbezogene Preisanpassung unumgänglich. Im Bereich der bestehenden Festbetragsregelungen haben die vergangenen Jahre gezeigt, dass trotz erheblicher inflationsbedingter Kostensteigerungen keine sachgerechte Anpassung erfolgt ist. Die bisherige Formulierung zur „veränderten Marktlage“ hat sich demzufolge als nicht ausreichend verbindlich erwiesen. Es bedarf daher einer verpflichtenden Anpassung der Festbeträge.

1.3

Artikel 1, Nummer 46:

§ 127 Absatz 1, Satz 1 SGB V

Grundlohnsummenbindung der Preisentwicklung bei Hilfsmitteln

Die vorgesehene konsequentere Anwendung der Grundlohnsummenbindung auf den Hilfsmittelbereich wird seitens des BVMed differenziert bewertet.

Grundsätzlich handelt es sich hierbei nicht um ein neues Instrument, sondern um ein bereits im § 71 SGB V verankertes Prinzip, das die Entwicklung der Vergütungen an die Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung koppelt. Insofern stellt die Anwendung im Hilfsmittelbereich keine grundlegende Systemumstellung dar.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Vertragslandschaft im Hilfsmittelbereich kann die Regelung in einzelnen Fällen sogar zu einer gewissen Stabilisierung beitragen. Insbesondere bei den vielen langjährig nicht angepassten Verträgen kann die Orientierung an der Grundlohnsumme dazu führen, dass überhaupt wieder eine regelmäßige – wenn auch begrenzte – Anpassung der Vergütungen erfolgt.

Gleichwohl ist festzuhalten, dass die Grundlohnsummenbindung die spezifischen Kostenstrukturen der Hilfsmittelversorgung nur unzureichend abbildet. Neben dem Personalaufwand sind insbesondere Materialkosten, logistische Aufwendungen sowie regulatorische Anforderungen maßgebliche Kostentreiber, die sich nicht an der Entwicklung der Grundlohnsumme orientieren. Insofern bleibt die Anpassungsmöglichkeit strukturell begrenzt und kann bestehende Unterdeckungen nicht ausgleichen.

Bereits in der Vergangenheit hat der BVMed darauf hingewiesen, dass pauschale, ausschließlich an gesamtwirtschaftlichen Kennzahlen orientierte Steuerungsinstrumente die Besonderheiten der Hilfsmittelversorgung nur unzureichend berücksichtigen.

Fazit

Die Anwendung der Grundlohnsummenbindung im Hilfsmittelbereich kann daher als ein moderates Steuerungsinstrument eingeordnet werden. Sie ist jedoch nicht geeignet, die strukturellen und internationalen Herausforderungen der Kostenentwicklung und der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung nachhaltig zu lösen.

Entscheidend bleibt, dass ergänzend differenzierte Regelungen geschaffen werden, die die tatsächlichen Kostenentwicklungen sowie die Besonderheiten der Hilfsmittelversorgung angemessen berücksichtigen und deren Umsetzungsverpflichtung vorgegeben ist. Zudem fehlt eine ausreichende Differenzierung und zielgerichtete Berücksichtigung nach Versorgungsnotwendigkeit und Innovationsgrad.

1.4

Artikel 1 Nummer 12 b: § 31 Absatz 1a SGB V Verbandmitteldefinition

Die im Referentenentwurf vorgesehene Klarstellung der Verbandmitteldefinition im § 31 SGB V wird seitens des BVMed ausdrücklich begrüßt. Insbesondere die explizite Einbeziehung antimikrobieller Eigenschaften stellt einen wichtigen Schritt zur Reduzierung aktueller Abgrenzungsunsicherheiten dar und trägt zur Rechtsklarheit und damit zu Versorgungssicherheit bei.

Diese Klarstellung entspricht einer praxisgerechten und versorgungsorientierten Definition von Verbandmitteln und ist geeignet, den Zugang zu modernen Wundversorgungsprodukten zu ermöglichen.

Fazit:

Die Klarstellung der Verbandmitteldefinition ist ein richtiger und überfälliger Schritt, und stärkt die Versorgungssicherheit sowie die Rechtssicherheit für alle Beteiligten. Entscheidend wird sein, dass diese Klarstellung in der Praxis konsequent umgesetzt wird und den Zugang zu innovativen sowie medizinisch notwendigen Produkten nachhaltig verbessert.

1.5

Artikel 1, Nummer 48: § 130a neuer Absatz 3e SGB V Preismoratorium für Verbandmittel

Die im Referentenentwurf vorgesehene Einführung eines Preismoratoriums für Verbandmittel, verbunden mit einer Festschreibung der Preise auf dem Stand vom 01.01.2026, wird seitens des BVMed kritisch bewertet.

Die Legaldefinition zu den Verbandmitteln bringt Rechtssicherheit für die GKV-Verordnungsfähigkeit und schließt auch hochwertige Produkte explizit ein. Das Preismoratorium hingegen ist ein struktureller Eingriff in die Marktdynamik, der Innovationsanreize dämpft und die Wertschöpfung im Segment unter dauerhaften Druck setzt.

Ein solches Preismoratorium führt zu eingefrorenen Vergütungsstrukturen und berücksichtigt nicht die dynamische Kostenentwicklung im Bereich der Herstellung, der Rohstoffe sowie der regulatorischen Anforderungen. Zudem fehlt eine ausreichende Differenzierung nach Produktgruppen und Innovationsgrad sowie die Mög-

lichkeit, auf veränderte Markt- und Kostenbedingungen flexibel zu reagieren. Gerade bei modernen, technologisch weiterentwickelten Verbandmitteln besteht die Gefahr, dass diese unter den Bedingungen eines starren Preisregimes nicht mehr wirtschaftlich angeboten oder weiterentwickelt werden können.

Hinzu kommt, dass der § 130a Abs. 3e SGB V eine zusätzliche Belastung für die Gesundheitsbranche darstellt. Diese ist bereits erheblich durch einen bis mindestens 2028 ausbleibenden strukturierten Inflationsausgleich sowie durch steigende Sozialversicherungsbeiträge – auch auf Arbeitgeberseite – beansprucht. Die kumulative Wirkung dieser Maßnahmen führt zu einer deutlichen Verschärfung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

Vor diesem Hintergrund sollte zur Sicherstellung fairer und ausgewogener Vertragsstrukturen geprüft werden, ob das Verhandlungsgebot nach § 127 Abs. 1 SGB V analog zukünftig im Bereich der Verbandmittel verbindlich angewendet werden sollte.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die praktische Umsetzung eines Preismoratoriums für die sonstigen Leistungserbringer und Apotheken mit erheblichem zusätzlichem administrativem Aufwand verbunden ist. Diese wären künftig gehalten, Preisentwicklungen auf Herstellerebene regelmäßig nachzuvollziehen, zu überprüfen und gegebenenfalls die von den Krankenkassen beanspruchten Preisabschläge gegenüber den Herstellern geltend zu machen. Dies führt zu einer zusätzlichen bürokratischen Belastung in einem ohnehin stark regulierten Versorgungsbereich. Solche Umsetzungsdetails müssten bürokratiearm und rechtssicher für alle Seiten ausgestaltet werden.

Notwendige Anpassung § 31 Absatz 3e Satz 4

„Bei Neueinführungen eines Verbandmittels oder eines sonstigen Produktes zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a, für das ein der pharmazeutische Unternehmer oder sonstige Hersteller bereits ein Produkt mit gleichem Wirkstoff und identischer Technologiekombination identischem Aufbau und gleicher Funktion in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Wundflächeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Produkt in Bezug auf die Gesamtwundfläche am nächsten kommt.“

Erläuterung zu der notwendigen Anpassung § 31 Absatz 3e Satz 4

Eine solche Systematik führt in der praktischen Anwendung zu erheblichen Abgrenzungsproblemen und Rechtsunsicherheiten. Insbesondere bei Produkten mit vergleichbarer Funktionalität, aber unterschiedlicher technologischer Ausgestaltung, ist eine eindeutige Zuordnung nicht möglich.

Vor diesem Hintergrund ist sicherzustellen, dass eine mögliche Ausgestaltung nur unter strikter Berücksichtigung der Versorgungsrealität, der technologischen Vielfalt sowie unter Einbindung der betroffenen Hersteller erfolgen muss.

Zusätzliche mögliche Instrumente

Vor diesem Hintergrund spricht sich der BVMed dafür aus, anstelle pauschaler Preisregulierungen verstärkt auf strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der Wundversorgung zu setzen. Hierzu verweist der BVMed auf die Inhalte der geforderten Nationalen Wundstrategie, die bereits konkrete Ansätze zur Verbesserung der Versorgungsqualität, zur Stärkung sektorenübergreifender Versorgungspfade sowie zur effizienteren und nachhaltigeren Ausgestaltung der Wundversorgung enthält.

Fazit

Ein Preismoratorium ist kein Instrument zur nachhaltigen Steuerung der Ausgaben im Verbandmittelbereich. Es wird den Versorgungsanforderungen nicht gerecht und birgt Risiken für Versorgungsqualität, Innovation und Marktstruktur und führt zugleich zu zusätzlichen administrativen und wirtschaftlichen Belastungen.

Sollte eine Umsetzung politisch dennoch erfolgen, ist mit den betroffenen Akteuren einvernehmlich eine, praxisgerechte, technisch erprobte Regelung zwingend auszugestalten, um negative Auswirkungen auf die Versorgung weitestgehend zu vermeiden.

Es muss eine transparente, sachgerechte und wenig bürokratische Preisentwicklung sichergestellt werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Tatsache, dass die für Arzneimittel gelten Regelungen der Absätze 5 – 7 auf den Verbandmittelbereich und den dort versorgenden sonstigen Leistungserbringern nicht übertragbar sind und deshalb praxisnah ausgestaltet werden müssen.

2. Ambulantisierung von operativen Leistungen – extrabudgetäre Vergütung

Artikel 1, Nummer 34: neuer § 87d Absatz 4 SGB V Ergänzungsbedarf

Ausgangslage und Inhalt

Die in § 87d SGB V vorgesehene Deckelung der bislang extrabudgetär vergüteten Leistungen erfasst mit den ambulanten Operationen nach Kapitel 31 EBM ausgerechnet einen Leistungsbereich, der signifikante strukturellen Einsparpotenziale für die GKV birgt. Der BVMed fordert daher, ambulante Operationen von der Budgetierung auszunehmen.

Es muss sichergestellt werden, dass Leistungen, die nachweislich stationäre Aufenthalte vermeiden, sektorenübergreifende Versorgung verbessern, und langfristig Effizienzgewinne erzielen, auch dauerhaft angemessen berücksichtigt werden. Wir halten ambulante Operationen bei Vertragsärzten daher weiterhin für eine förderwürdige Leistung, die es gilt auszubauen, um damit weitere Einsparungen in der stationären Versorgung zu ermöglichen.

Dies gilt für vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) evaluierte Methodenbewertungsverfahren, für die weiterhin eine extrabudgetäre Vergütung sichergestellt sein muss. Die Kriterien für entsprechende Vergütungstatbestände müssen klar definiert sein; zudem ist die dauerhafte extrabudgetäre Vergütung bestimmter G-BA-Leistungen gesetzlich abzusichern.

Vorschlag einer alternativen Ausgestaltung

Wir schlagen vor, ambulante Operationen von den Begrenzungen des neuen § 87d SGB V auszunehmen. Konkret sollten ambulante Operationen als Leistungsbereich in die Liste des § 87d Abs. 4 als Nr. 5 (neu) aufgenommen werden.

Begründung

Die geplante Maßnahme ist fiskalisch kontraproduktiv. Es entsteht der Eindruck, dass in diesem Fall lediglich auf Einsparungspotenziale im niedergelassenen Bereich geschaut wird. Dabei wird jedoch vernachlässigt, dass ambulante Operationen gemäß EBM erhebliche gesamtsystemische Kosteneinsparungen erzielen können.

Eine aktuelle Auswertung von AOK-Routinedaten zeigt, dass die Hybrid-DRGs bisher nicht zu den gewünschten Einsparungen geführt haben (Hentschker et al., Monitor Versorgungsforschung 01/2026, S. 73–81). Ambulante Operationen nach Kapitel 31 EBM sind die kostengünstigste Erbringungsform. Der Gesetzgeber sieht mit § 115f SGB V jedoch eine sukzessive Ausweitung der Hybrid-DRG vor (jährlich 2 Mio. Fälle ab 2030) – fördert also die teurere Vergütungsform der Ambulantisierung und deckelt die günstigste.

Ganz grundsätzlich würde eine Begrenzung der ambulanten Leistungen nach Kapitel 31 im diametralen Gegensatz zur Ambulantisierungsstrategie der aktuellen und vorherigen Bundesregierung stehen, die ambulante Leistungserbringung fördern und nicht begrenzen soll.

3. Krankenhausversorgung

Ausgangslage

Der Referentenentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz führt das wachsende Defizit der GKV im Wesentlichen auf eine beschleunigte Ausgabenentwicklung zurück, insbesondere infolge von Preis-, Lohn- und Vergütungssteigerungen im Gesundheitswesen. Im Krankenhausbereich ist dabei sachgerecht zu differenzieren zwischen der notwendigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen sowie arbeitszeitrechtlichen Anpassungen und einer sinkenden Personaleffizienz infolge einer überproportionalen Ausweitung der Personalausstattung (FTE).

Die vorgesehene Begrenzung der Refinanzierung von Tarifsteigerungen sowie rechtsbedingt steigender Personalkosten auf höchstens die Entwicklung der Grundlohnrate ist aus Sicht des BVMed nicht sachgerecht. Die vorgesehenen Maßnahmen zur Personalkostenbegrenzung bergen die Gefahr, die strukturelle Unterfinanzierung der Leistungserbringung zu verstetigen. Hieraus kann eine Absenkung der Leistungsqualität und Patientensicherheit resultieren.

Stattdessen sollten die ökonomischen Anreize so ausgestaltet werden, dass Krankenhäuser wirksam zur Reduktion des erforderlichen Personaleinsatzes und zur Steigerung der Personal- und Gesamteffizienz motiviert werden; der demografisch bedingte Personalrückgang verstärkt diesen Handlungsdruck zusätzlich.

Mit der anstehenden Krankenhausreform ist eine deutliche Konzentration spezialisierter Leistungen zu erwarten; dies kann sowohl die Versorgungsqualität als auch die Effizienz der Leistungserbringung erhöhen. Bislang fehlen jedoch hinreichende Instrumente und Anreize, die Personaleffizienz insbesondere durch kürzere Verweildauern sowie effizientere OP- und Interventionszeiten zu verbessern. Zugleich folgt das System der Logik, dass bei kürzeren OP-/Interventionszeiten und geringerer Verweildauer auch die Sachkosten sinken müssten. Medizintechnologien ermöglichen häufig erst die erforderliche Steigerung der Personal- und Gesamteffizienz sowie den Übergang in ambulante Versorgungsformen.

Die Medizintechnikbranche kann durch innovative Medizintechnologien und Medizinprodukte zur Verbesserung der Kostensituation beitragen. Moderne Medizintechnik ist kein Kostenfaktor, sondern ein zentraler Hebel für eine leistungsfähige, effiziente und patientenorientierte Versorgung: Sie hebt Effizienzreserven, verbessert Behandlungsabläufe und verkürzt Verweildauern; zugleich schont sie knappe personelle Ressourcen und ermöglicht deren zielgerichteten Einsatz. Voraussetzung hierfür ist eine adäquate Finanzierung. Eine nachhaltige Krankenhausversorgung setzt daher voraus, dass Investitionen in innovative Technik nicht durch kurzfristige Sparlogiken gehemmt, sondern als notwendige Grundlage für Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit verstanden werden. Ein technologischer Rückschritt ist zu vermeiden.

3.1

Artikel 1, Nummer 10: § 27b SGB V Zweitmeinung

Ausgangslage und Inhalt

Patienten haben bei in der G-BA Zweitmeinungsrichtlinie definierten sogenannten mengenanfälligen planbaren Eingriffen einen Anspruch auf Zweitmeinung gemäß §27b SGB V. Der Entwurf sieht für festzulegende Eingriffe der G-BA Zweitmeinungsrichtlinie eine verpflichtende Einholung einer Zweitmeinung vor (§27b Absatz 3 SGB V NEU). Zudem soll das Zeitfenster zwischen erstmaliger Aufklärung und Durchführung des Eingriffs liegende Mindestzeitfenster verlängert werden.

Wir sprechen uns gegen eine Verpflichtung aus und halten am freiwilligen Verfahren nach § 27b SGB V fest. Ein obligatorisches Verfahren würde voraussichtlich eine sehr hohe Zahl zusätzlicher Arztkontakte auslösen, knappe fachärztliche Kapazitäten in zugelassenen Einrichtungen binden, Behandlungsabläufe verlängern und damit zusätzliches Patientenleid und eine reduzierte Behandlungsqualität hervorrufen und schließlich zusätzlichen administrativen Aufwand verursachen. Verzögerungen können zudem Folgekosten (u. a. längerer Krankengeldbezug) nach sich ziehen und die GKV belasten. Darüber hinaus wird dadurch ein zusätzlicher bürokratischer Aufwand generiert.

Änderungsvorschlag

Die im Entwurf vorgesehene Änderung des § 27b SGB V wird ersatzlos gestrichen.

Begründung

§ 27b SGB V liefert bereits ein erprobtes, freiwilliges Zweitmeinungsangebot (u. a. Endoprothetik, Wirbelsäule). Der G-BA sollte das Angebot bedarfsgerecht erweitern – nicht eine starre Pflicht einführen.

3.1.1 Es fehlt Evidenz, um den Mehrwert eines verpflichtendes Zweitmeinungsverfahrens zu begründen

Die vorgesehene Verpflichtung wird u. a. mit „präferenzsensitiven Entscheidungssituationen“ begründet. Für diese ist derzeit aber keine hinreichend belastbare Evidenz erkennbar. Auch entspricht dies nach den Erfahrungen der Fachgesellschaften nicht der aktuellen Versorgungspraxis.

Zudem nutzen bisher vor allem Patienten mit vorhandenen Zweifeln ein Zweitmeinungsangebot – daraus lassen sich keine belastbaren Aussagen zur Indikationsqualität oder zu Einsparungen ableiten. Dieses wiegt umso schwerer, da das wohnortnahe Angebot einer Zweitmeinung sehr begrenzt ist. Dieses sei am Beispiel Hamburgs erläutert. Auf dem Stadtgebiet Hamburg wird lediglich durch 3 Ärzte eine Zweitmeinung für Hüftgelenkersatz angeboten (www.116117.de - Arztsuche Zweitmeinung, Abfrage 19.05.2026).

3.1.2 Indikationsstellung stattdessen priorisieren

Insbesondere in der Endoprothetik bestehen seit Jahren etablierte Qualitätsstrukturen, welche die Versorgungsqualität inkl. Indikationsstellung sichern: EndoCert zertifizierten-Zentren sind zur leitliniengerechten Indikationsstellung verpflichtet und werden regelmäßig auditiert. Aus unserer Sicht ist es sachgerechter und nachhaltiger, bestehende Instrumente der Qualitätssicherung (z. B. Zertifizierung) flächendeckend zu stärken. Statt Parallelstrukturen aufzubauen, sollten diese Instrumente konsequent umgesetzt und weiterentwickelt werden. Dies entspricht auch der aktuellen Empfehlung der Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der in diesem Bereich führenden Fachgesellschaft. So seien bisher weniger als die Hälfte der Endoprothesen-Kliniken nach EndoCert zertifiziert (<https://dgou.de/aktuelles/detail/gkv-reform-endocert-statt-doppelpruefung-bei-knie-und-hueftendoprothesen-1>). Mit der Ausweitung der Zertifizierungsquote könnte ein bereits bestehendes Qualitätsinstrument sinnvoll genutzt werden.

Eine generelle Verpflichtung setzt zudem voraus, dass bei den genannten Eingriffen systematisch Optimierungspotenzial in der Indikationsstellung besteht. Aus unserer Sicht ist ein pauschaler Ansatz hierfür nicht geeignet. Statt einer generellen Regelung sollte geprüft werden, wie die Indikationsstellung in bestimmten Leistungsbe-
reichen durch Zertifizierungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen verbessert werden kann.

3.1.3 Bürokratie und Doppelstrukturen vermeiden

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung geht davon aus, dass bis 2030 400 Mio. Euro durch mehrere verpflichtende Zweitmeinungsverfahren eingespart werden könnten. Notwendige Mehrausgaben für die Durchführung einer Zweitmeinung sowie alternative Behandlungsverfahren seien bei dieser Rechnung bereits berücksichtigt.

Diese Annahme des Gesetzgebers kommt unserer Auffassung nach zu kurz. In der Gesamtabwägung ist mit einer Verlängerung der Behandlungswege zu rechnen; dies kann bestehende Wartezeiten zusätzlich erhöhen. Selbst wenn einzelne Eingriffe entfallen, drohen Folgekosten (Krankengeld, konservative Therapie, Mehrdiagnostik) die erhofften Einsparungen zu neutralisieren.

Ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren würde die bestehenden Engpässe in der ambulanten fachärztlichen Versorgung verstärken: Notwendige Facharzt-Termine werden bei unveränderten Kapazitäten zu längeren Wartezeiten führen. Hinzu kommt zusätzlicher administrativer Aufwand: Unabhängigkeits- und Qualifikationsanforderungen sowie ein in der Praxis häufig nicht durchgängig digital abgesicherter Datentransfer können zu doppelten Befunden, zusätzlicher Diagnostik und Mehrkosten führen und binden weitere fachärztliche Ressourcen.

Der Aufbau von Doppelstrukturen zeigt sich im Bereich der Endoprothetik beispielsweise auch in den Mindestmengenregelungen des G-BA zu Kniegelenk-Totalendoprothesen. Die jüngsten Regelungen des G-BA, die erst zum 1. Januar 2026 in Kraft getreten sind, sehen vor, dass je Krankenhausstandort ab 2030 mindestens 150 Fälle pro Jahr erbracht werden müssen. Andernfalls kann die Leistung nicht abgerechnet werden. Bis 2030 werden die notwendigen Mindestmengen schrittweise erhöht (2026, 50/2028, 100). Diese Mengenkonzentration verfolgt bereits das Ziel, die Versorgungsqualität zu verbessern und unnötigen Mengenausweitungen entgegenzuwirken.

Aspekte möglicher Überversorgung werden zudem im Rahmen der Krankenhausreform adressiert (u. a. Vorhaltevergütung, Leistungsgruppen, Konzentration/Spezialisierung). Vor diesem Hintergrund sollte geprüft werden, ob zusätzliche Regelungen erforderlich sind oder zunächst die Wirkungen der Reformmaßnahmen abzuwarten sind.

Fazit

Schon die Finanzkommission Gesundheit weist auf hohe Hürden hin (Qualifikation, Genehmigung, Unabhängigkeit, Befundzugang). Eine schnelle, flächendeckende Umsetzung ist damit unrealistisch. Von einer Verpflichtung zur Zweitmeinung sollte daher abgesehen werden. Stattdessen sollten bestehende (qualitätssteigende) Strukturen (wie z.B. Endocert, Endoprothesenregister), Indikationsqualität, Qualitätssicherung und der digitale Datentransfer weiter gestärkt werden.

Ergänzend sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, das Angebot für eine freiwillige Zweitmeinung, d.h. die Anzahl von Ärzten, die Zweitmeinungen anbieten, deutlich zu erhöhen. Es reicht nicht nur aus, die Versicherten über die Möglichkeit einer Zweitmeinung aufzuklären. Es muss sichergestellt werden, dass Versicherten eine Zweitmeinung auch zeit- und wohnortnah einholen können.

3.2

Artikel 4, Nummer 2:

§ 115f SGB V in Verbindung mit §17b Absatz 2a Krankenhausfinanzierungsgesetz: Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen

Deutschland weist im internationalen Vergleich weiterhin einen sehr hohen Anteil vollstationär erbrachter Interventionen und Operationen auf. Weder die Ausweitung des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V noch die Einführung der Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V haben hier bislang den notwendigen Durchbruch erzielt. Gleichzeitig liegen die Verweildauern bei elektiven stationären Eingriffen weiterhin über dem internationalen Niveau.

Die Hybrid-DRGs sollten die Verlagerung vollstationärer Leistungen in effizientere Versorgungsformen ermöglichen. Tatsächlich haben konzeptionelle Mängel und neue Fehlanreize ihre Wirkung bislang begrenzt. Effizienzgewinne durch kürzere Verweildauern bis hin zum 24-Stunden-Fall wurden vielfach blockiert; zugleich haben sich im Zusammenspiel mit der Krankenhausreform neue dysfunktionale Spielräume eröffnet, etwa bei Mindestvorhaltezahlen, Personalvorgaben und Strukturanforderungen.

Die gesundheitspolitische Debatte setzt Ambulantisierung noch immer zu oft mit einer bloßen Leistungsverlagerung in die vertragsärztliche Versorgung gleich. Das greift zu kurz. In den meisten OECD-Staaten werden ambulante Eingriffe primär im Krankenhaus erbracht und über ambulant-stationäre Fallpauschalen vergütet. 24-Stunden-Fälle gelten dort regelmäßig als ambulant. Genau so entstehen die richtigen Anreize: Für kürzere Verweildauern, höhere Effizienz und mehr Ambulantisierung. Deutliche Entbürokratisierung entstehen Wegfall der obligatorischen MD-Prüfung möglicher sekundärer Fehlbelegung.

Die geplante Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen kann ein wichtiger Schritt sein, um die Verweildauer stationärer Fälle auf ein international wettbewerbsfähiges Maß zu senken. Sie wird aber nur dann ihre volle Wirkung entfalten, wenn am-

bulante Krankenhausleistungen definitorisch und kalkulatorisch in die Kurzzeitfallpauschalen einbezogen werden. Andernfalls bleiben Ambulantisierungspotenziale ungenutzt und die Fehlanreize am Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung im bisherigen System bestehen.

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die sachgerechte Finanzierung der hierfür notwendigen Medizintechnik. Ohne eine realistische Kalkulation der medizintechnischen Sachkosten bleibt jede Ambulantisierungsstrategie unvollständig.

Für eine erfolgreiche Transformation sind aus Sicht des BVMed folgende Anpassungen und Ergänzungen erforderlich:

3.2.1. Gesamtkonzept zur Effizienzsteigerung

DRG-Kurzzeitfallpauschalen, Hybrid-DRGs und AOP-Leistungen müssen zu einem konsistenten Gesamtkonzept der Ambulantisierung und Effizienzsteigerung zusammengeführt werden. Dafür sind die gesetzlichen Vorgaben in §§ 115b und 115f SGB V sowie die untergesetzlichen Regelungen der Selbstverwaltung konsequent aufeinander abzustimmen. Fehlanreize, die Verweildauerreduktionen, Ambulantisierung, Qualitätsverluste begünstigen oder eine höhere Personaleffizienz behindern, müssen systematisch beseitigt werden.

Konzeptioneller Ansatz

Ambulante Interventionen (OPS-Kapitel 8) und Operationen (OPS-Kapitel 5) ohne Übernachtung müssen definitorisch und kalkulatorisch in die Kurzzeitfallpauschalen einbezogen werden. Vertragsärzte können diese Leistungen weiterhin ambulant erbringen; die Vergütung erfolgt dann entweder als AOP-Leistung nach § 115b SGB V oder als Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V. Hybrid-DRGs sind vor allem dort sachgerecht, wo Personal- und Sachkosten nur gering variieren. Bei hoher patientenindividueller Varianz ist die Vergütung über AOP nach § 115b SGB V vorzugswürdig. Ergänzend zu den Krankenhäusern können Vertragsärzte weiterhin ambulante Interventionen und Operationen durchführen. Diese werden als AOP-Leistung (EBM-GOPs zzgl. Sachkostenerstattung) gemäß § 115b SGB V oder als Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V vergütet. Hybrid-Fallpauschalen sind insbesondere dann sachgerecht, wenn Personal- und Sachkosten nur gering variieren; bei hoher patientenindividueller Varianz sollten diese Leistungen über AOP nach § 115b SGB V finanziert werden.

Begründung

Diese kurz- und mittelfristigen Anpassungen schaffen die Voraussetzung, stationäre Leistungen effizienter zu erbringen und den Anteil ambulanter Eingriffe deutlich zu erhöhen, ohne neue kostenintensive Doppelstrukturen aufzubauen. Sie ermöglichen patientengerechtere Behandlungspfade und stärken zugleich die wirtschaftliche Tragfähigkeit spezialisierter Leistungsangebote. Gerade in ländlichen Regionen können spezialisierte Leistungsgruppen unter einheitlichen Strukturqualitätsvorgaben zielgerichtet geplant werden. So lassen sich Fehlsteuerungen zwischen AOP, Hybrid-DRG und Kurzzeitfallpauschalen ebenso verringern wie Reibungsverluste aus der Krankenhausplanung.

Spezialisierte Leistungsgruppen könnten zielgerichtet für die Versorgungsregionen geplant unter Einhaltung einheitlicher Strukturqualitätsvorgaben werden und Mindestvorhaltezahlen würden stationäre und in diesem Leistungssegment eine belastbare Leistungsplanung – sowohl aus medizinischen als auch aus ökonomischen Gesichtspunkten. Mögliche negative Wechselwirkungen, die sich aus den unterschiedlichen Vergütungssystemen von AOP, Hybrid-DRG und Kurzzeitfallpauschalen sowie aus Anforderungen der Krankenhausplanung ergeben, können hierdurch minimiert werden.

3.2.2 Verweildauer der Kurzzeitfallpauschale individuell definieren

Die obere Verweildauergrenze darf nicht pauschal auf drei Tage beziehungsweise zwei Übernachtungen begrenzt werden. Das InEK muss die Möglichkeit erhalten, auch Kurzzeit-DRGs mit höherer Verweildauer zu definieren, wenn dies medizinisch und versorgungsökonomisch sinnvoll ist.

Begründung

Andernfalls würden gerade bei DRGs mit heute noch längerer durchschnittlicher Verweildauer die Anreize entfallen, Aufenthalte schrittweise zu verkürzen und Behandlungsprozesse technologisch weiterzuentwickeln. Eine starre Grenze würde damit Effizienzpotenziale blockieren, statt sie zu heben.

3.2.3 Sachgerechte, kostenbasierte Kalkulation

Die Kalkulation der Kurzzeitfallpauschalen darf nicht schematisch aus den bestehenden Kostendaten des aG-DRG-Systems abgeleitet werden. Das InEK muss die Kalkulationsgrundlagen auf Basis realer Ist-Kosten neu bestimmen. Die Vergütungslogik individueller Zusatzentgelte aus dem aG-DRG-System ist dabei konsequent zu übernehmen.

Begründung

Kurzzeitfallpauschalen können nur funktionieren, wenn die eingesetzte Medizintechnik sachgerecht, transparent und realitätsnah abgebildet wird. Dafür braucht es eine belastbare Finanzierung der medizintechnischen Anwendungen unter expliziter Berücksichtigung der Sachkosten und von Innovationen. Andernfalls droht eine strukturelle Unterfinanzierung genau der Technologien, die Verweildauern verkürzen, Prozesse beschleunigen und Personal wirksam entlasten.

Gerade die für Verweildauerreduktion, Ambulantisierung und höhere Prozesseffizienz entscheidenden Medizinprodukte sind in den bisherigen InEK-Kalkulationsdaten häufig nicht oder nicht sachgerecht abgebildet.

Krankenhäuser vermeiden im aG-DRG-System vielfach den Einsatz verweildauerreduzierender Technologien, weil trotz höherer Sachkosten der Fallerlös durch Kurzliegerabschläge und geringere Pflegekostenerstattung sinkt. Das setzt die falschen Anreize: Effizienz wird bestraft statt gefördert.

Kurzstationäre Leistungen mit geringer Schnitt-Naht-Zeit, aber relevanten Sachkosten werden in der InEK-Kalkulation des aG-DRG-Systems strukturell benachteiligt. Obwohl im Einzelfall erhebliche Kosten für Medizinprodukte anfallen, werden diese dem Fall nicht direkt zugerechnet, sondern über ein an der kurzen Schnitt-Naht-Zeit orientiertes Verteilungsmodell verwässert. Das führt zu systematischer Unterfinanzierung und gefährdet den Einsatz genau der Technologien, die für mehr Effizienz und Ambulantisierung benötigt werden.

Die Vergütungslogik individueller Zusatzentgelte aus dem aG-DRG-System ist hierbei sachgerecht und konsequent zu übernehmen.

3.3

Artikel 3, Nummer 3 a:

§ 6a Absatz 2 Satz 12

Krankenhausentgeltgesetz Geplante Streichung der zusätzlichen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen

Änderungsvorschlag:

Die mit dem Gesetzentwurf geplante Änderung in § 6a „Die Sätze 1 bis 5, 9 und 10 sind letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2026 anzuwenden“ wird gestrichen.

Begründung

Pflegeentlastende Maßnahmen sollten aus Sicht der Medizintechnologie im Pflegebudget des Krankenhauses erhalten und nicht gekürzt oder herausgelöst werden. Medizinprodukte und digitale medizintechnologische Lösungen können helfen, Arbeitsprozesse zu verbessern, Ressourcen zu schonen sowie Arbeitsrisiken zu reduzieren. Ihr Einsatz kann auch zur Erweiterung der Kompetenz- und Tätigkeitsbereiche in der Pflege beitragen. Beruflich Pflegende sollen einen tatsächlichen Nutzen aus der Anwendung von Medizintechnologie ziehen. Es ist uns daher daran gelegen, dass sie die relevanten technologiebezogenen Qualifikationen entwickeln, um neue, oft digitale Angebote kompetent einsetzen und anwenden zu können. Für den Erhalt der pflegeentlastenden Maßnahmen gibt es mehrere starke fachliche, ökonomische und versorgungsbezogene Argumente:

3.3.1

Pflegeentlastung ist Voraussetzung für eine sichere Patientenversorgung

Medizintechnische Lösungen (z. B. Mobilisationshilfen, smarte Infusionssysteme, automatisierte Dokumentation) reduzieren Zeitdruck, körperliche Belastung und Fehleranfälligkeit. Weniger Belastung bedeuten geringere Fehlerquoten, höhere Patientensicherheit und bessere Versorgungsqualität. Ohne Refinanzierung über das Pflegebudget droht der Verzicht auf diese Technologien.

3.3.2

Medizintechnologie kompensiert strukturellen Pflegepersonalmangel

Der Pflegekräftemangel ist strukturell und langfristig, nicht kurzfristig lösbar. Pflegeentlastende Medizintechnologie ermöglicht, dass vorhandenes Personal mehr Zeit für direkte Pflege hat. Eine Streichung der Mittel verschärft den Personalmangel faktisch. Investitionen in Medizintechnologien sind schneller wirksam als Personalaufbau. Medizintechnologie ist kurzfristig implementierbar, wirkt sofort pflegeentlastend. Gerade in der Situation des Pflegepersonalmangels ist das Pflegebudget ein akutes Steuerungsinstrument. Pflegeentlastende Medizintechnologie muss im Pflegebudget verankert sein, da sie eine zentrale Voraussetzung dafür ist, gesundheitspolitische Ziele konsequent und wirksam umzusetzen.

3.4 Pflegekosten über Pflegebewertungsrelationen finanzieren

Die Pflegebewertungsrelation ist für diesen Leistungsbereich entsprechend anzuwenden.

Begründung

Die Praxis zeigt, dass die derzeitige Regelung zur Möglichkeit, „Hybrid-DRG Pflege“ zum Jahresende in das Pflegebudget einzubringen, zu Unklarheiten und Diskussionen führt und bei den operativen Leistungserbringern eher eine Abwehrhaltung auslöst. Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt von ein bis drei Tagen verursachen in der stationären Praxis gleichwohl einen eingriffsbezogenen Aufwand im Tagesgeschäft.

Einbindung externen Sachverständs

Beteiligung der Fachgesellschaften und der Hersteller an der Entwicklung und Weiterentwicklung der Vergütungssysteme für Kurzzeitfallpauschalen

Begründung

In Analogie zum bewährten DRG-Weiterentwicklungsverfahren sollten alle relevanten Beteiligten – insbesondere die medizinischen Fachgesellschaften und die Hersteller – an den Verfahren zur Weiterentwicklung dieser Leistungsart durch die Selbstverwaltungspartner beteiligt werden.

4. Digitale Gesundheitsanwendungen

Artikel 1, Nummer 55: § 134 i.V.m. § 33a SGB V

Änderungsvorschlag:

In § 134 nach Absatz 1 Satz 3 wird der folgende vorgeschlagene Satz wie folgt geändert:

„In der Vereinbarung ist ab dem 1. Januar 2027 ein ~~an der Abgabemenge~~ den Ausgaben der Krankenkassen ohne Mehrwertsteuer für die jeweilige digitale Gesundheitsanwendung orientierter ~~umsatz mengenbezogener Abschlag~~ der Vergütungsbeträge festzulegen. ~~Der Abschlag der Vergütungsbeträge beträgt mindestens zwei Prozent bei mehr als dreitausend Abgaben im Jahr und mindestens dreißig Prozent bei mehr als hunderttausend Abgaben im Jahr.“~~

Begründung:

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind strategisch systemrelevant, um zukunftsgerichtet einen wichtigen Beitrag für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung zu leisten. Eine Mengenausweitung ist in der Regel ein valider Indikator dafür, dass sich eine DiGA in der Versorgung etabliert hat und bestehende Versorgungslücken füllt. Der Stellenwert in der Versorgung wird durch mengenabhängige Abschläge jedoch nicht berücksichtigt.

Mengenabhängige Abschläge basieren auf der Grundannahme, dass mit steigender Nachfrage sinkende Grenzkosten entstehen, die abgeschöpft werden könnten. Diese Logik greift bei DiGA jedoch nicht. Entgegen der Gesetzesbegründung fallen bei DiGA gleichwohl auch nach initialer Entwicklung weiterhin hohe Kosten an. Insbesondere für regulatorische Aufwände (diverse Zertifikate und Verwaltungsakte), regelmäßige neue technische Vorgaben, die Weiterentwicklung der DiGA sowie auch für den Vertrieb ist der finanzielle Aufwand erheblich.

Besonders problematisch ist, dass mengenbezogene Abschläge erfolgreiche Versorgung faktisch sanktionieren. Hohe Verordnungszahlen sind regelmäßig Ausdruck von Wirksamkeit, Akzeptanz bei Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten und einer gelungenen Integration in bestehende Versorgungsprozesse. Wenn steigende Nachfrage automatisch zu sinkender Vergütung führt, entsteht ein systemisch falscher Anreiz: Je besser eine DiGA wirkt und angenommen wird, desto geringer wird ihre Refinanzierbarkeit. Dies unterminiert nicht nur die Versorgungsqualität, sondern auch die Bereitschaft der Hersteller, in Skalierung, Weiterentwicklung und indikationsübergreifende Versorgungslösungen zu investieren.

Wir schlagen daher vor, Abschläge des Vergütungsbetrags nicht auf Grundlage der Abgabemenge und damit in Bezug auf DiGA, die sich bereits in der Versorgung etablieren konnten und Versorgungslücken schließen zu berechnen, sondern auf Basis des Netto-Jahresumsatzes mit der jeweiligen DiGA, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgegeben werden.

Konkretere Regelungen sollten dabei den Verhandlungspartnern der Rahmenvereinbarung nach § 134 Absatz 4 und 5 SGB V obliegen. Die bisherigen Erfahrungen mit der Bestimmung von Schwellenwerten und Höchstbeträgen belegen, dass die Partner im Rahmen ihrer Verhandlungen sachgerechte und ausgewogene Regelungen entwickeln konnten. Vor diesem Hintergrund erscheint es geboten, den Verhandlungspartnern auch künftig einen weitreichenden Gestaltungsspielraum einzuräumen. Von einer starren gesetzlichen Normierung entsprechender Rahmenbedingungen ist daher abzusehen, um weiterhin flexible und praxisgerechte Vorgaben zu ermöglichen.

5. Notwendige Ausnahme für Parenterale Ernährungslösungen

Artikel 1, Nummer 48: § 130a SGB V

Änderungsvorschlag im SGB V:

In § 130a Absatz 1b Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird nach Nummer 3 folgende Nummer 4 eingefügt:

„4. Arzneimittel zur parenteralen Ernährung.“

Begründung:

Der ergänzende Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1b SGB V soll gezielt patentgeschützte Arzneimittel erfassen, die durch Preis- und Mengeneffekte erheblich zum Ausgabenwachstum der GKV beitragen. Arzneimittel zur parenteralen Ernährung erfüllen diese Voraussetzungen nicht.

Parenterale Ernährung ist für schwerkranke Patienten medizinisch notwendig und unterliegt einer engen, indikationsgebundenen Anwendung ohne relevante Ausgaben- oder Mengendynamik. Ihr Anteil an den gesamten Arzneimittelausgaben der GKV ist mit rund 0,6 Prozent gering. Gleichzeitig ist die parenterale Ernährung ein zentraler Bestandteil der ambulanten Versorgung und trägt wesentlich dazu bei, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Eine Einbeziehung in den ergänzenden Herstellerabschlag wäre daher nicht zielgenau und würde keinen relevanten Beitrag zur Beitragssatzstabilisierung leisten.

Zudem ist der Markt für parenterale Ernährung durch hohe regulatorische Anforderungen, komplexe Herstellungsprozesse und bereits erheblichen Kostendruck gekennzeichnet. Zusätzliche Abschläge würden die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Hersteller gefährden und damit die Versorgungssicherheit beeinträchtigen. Dies könnte mittelbar zu einer Verlagerung in die stationäre Versorgung und damit zu höheren Kosten für die GKV führen.

Die ausdrückliche Ausnahme von Arzneimitteln zur parenteralen Ernährung fügt sich systematisch in die bestehenden Ausnahmeregelungen des § 130a Absatz 1b SGB V ein und trägt dem besonderen, lebensnotwendigen Versorgungscharakter dieser Arzneimittel Rechnung.

Ein erhöhter Herstellerabschlag gefährdet die Versorgungssicherheit, erhöht indirekt die GKV-Gesamtausgaben und bremst Innovationen, ohne nennenswerte Einsparungen zu erzielen. Insbesondere die ungleiche Belastung von PE-Herstellern zeigt, dass die Maßnahme nicht die beabsichtigten Effekte erzielen würde. Eine stabile Finanzierung der Parenteralen Ernährung ist essenziell, um die Versorgung zu sichern und das Gesundheitssystem finanziell zu entlasten.

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Georgenstraße 25, 10117 Berlin

+49 30 246 255 - 0

info@bvmed.de

www.bvmed.de

