

## Stellungnahme

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

20. April 2026

## Vorbemerkung

Der BVMed erkennt 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.

Als zentrale Säule der Gesundheitsversorgung ist sich die Medizintechnikbranche ihrer besonderen Mitverantwortung für ein leistungsfähiges und finanzierbares Gesundheitssystem bewusst und bereit, konstruktiv zur Lösung beizutragen. Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht innovative Ansätze in Prävention, Diagnostik und Therapie und leistet damit nicht nur einen wesentlichen Beitrag zur Versorgungsqualität, sondern auch zur langfristigen Wirtschaftlichkeit des Systems – etwa durch die Vermeidung von Komplikationen, Folgeerkrankungen und Krankenhausaufenthalten sowie durch die Reduktion von Krankheits- und Ausfalltagen. Gleichzeitig trägt er dazu bei, Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung zu entlasten. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass Stabilisierungsschritte zielgerichtet, ausgewogen und nachhaltig ausgestaltet werden und die Innovations- und Versorgungsfähigkeit der Medizintechnik nicht beeinträchtigen.

Vor diesem Hintergrund sieht der BVMed im vorliegenden Gesetzentwurf Diskussions- und Anpassungsbedarf bei einzelnen Regelungen. Insbesondere pauschale Vergütungsobergrenzen über alle Leistungsbereiche hinweg bergen aus unserer Sicht das Risiko von Fehlsteuerungen, 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 – trotz der extrem kurzen Anhörungsfrist von zwei Arbeitstagen – 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 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 Patient:innen, trotz akuter oder chronischer Erkrankungen ein selbstbestimmtes Leben zu führen, 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 Hersteller entwickeln Produkte unter hohen Qualitäts- und regulatorischen Anforderungen. Dies ist verbunden mit steigenden Kosten für Rohstoffe, Energie und Logistik.

Die 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 sowie 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 Ärzt:innen, Pflegefachkräften und pflegenden Angehörigen verzahnt. Während Ärzt:innen 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

### Streichung des pauschalen Preisabschlags für Hilfsmittel § 127 SGB V (Artikel 1 Nummer 46, § 127 Absatz 1b 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 bisher nicht automatisch aufgrund von Preisentwicklungen oder Grundlohnratenveränderungen erhöht. Damit leisten diese langlaufenden 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 die Einweisung in die Anwendung der Patient:innen, der Angehörigen und des Pflegefachpersonals, sowie Anpassungen, Reparaturen und der Ersatzbeschaffungen und Vor-Ortbesuche in vielen Bereichen. Diese Leistungen sind integraler Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Hilfsmittelversorgung und tragen maßgeblich zur Therapiesicherheit, zum Behandlungserfolg und zur Teilhabe bei und vermeiden somit Folgekosten und stationären Aufenthalten.

Ein pauschaler Preisabschlag wirkt daher nicht nur als wirtschaftlicher Eingriff in die Vergütung von Produkten, sondern führt unmittelbar auch zu einer Absenkung der finanziellen Grundlage für diese versorgungsrelevanten Dienstleistungen und Leistungserbringer. In der Konsequenz besteht die Gefahr, dass notwendige Leistungen eingeschränkt werden 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, Kostensteigerungen in vielen Bereichen durch Effizienzsteigerungen eingedämmt bzw. verhindert wurden und bereits keinen ausreichenden Ausgleich für deutlich gestiegene Hersteller-, Material- und sonstige betriebliche Kosten dargestellt hat. Ein zusätzlicher pauschaler Abschlag verschärft diese wirtschaftliche Situation weiter und erhöht das Risiko struktureller Unterfinanzierung und belastet den als moderaten Kostentreiber identifizierten Hilfsmittelbereich überproportional.

#### **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 / 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**

### **Geplantes neues Festbetrag-System für Hilfsmittel (Artikel 1, Nummer 13, § 36 Absätze 1-5 SGB V i.V.m. Artikel 1 Nummer 46 § 127 Absatz 4 SGB V)**

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 Umsatz- und 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.

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.

### **Schlussfolgerung**

Eine Ausweitung des Festbetragssystems kann daher nur unter der Voraussetzung in Betracht gezogen werden, dass sie differenziert, indikationsbezogen und unter strikter Berücksichtigung qualitativer Anforderungen erfolgt. 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.

## 1.3

### Grundlohnsummenbindung der Preisentwicklung bei Hilfsmitteln (Artikel 1, Nummer 46, § 127 Absatz 1, Satz 1 SGB V)

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.

#### **Schlussfolgerung**

Die Anwendung der Grundlohnsummenbindung im Hilfsmittelbereich kann daher als ein vergleichsweise 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. Zudem fehlt eine ausreichende Differenzierung und zielgerichtete Berücksichtigung nach Versorgungsnotwendigkeit und Innovationsgrad.

## 2.

### Verbandmittel und Wundversorgungsprodukte (Artikel 1, Nummer 10, § 31 Absatz 1a SGB V)

#### 2.1

##### Anwendungsbereich

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.

##### **Änderungsvorschlag:**

§ 31 Abs. 1a S. 2 Nr. 2 wie folgt zu ergänzen:

2. Wundexudate, Gerüche, **Mikroben oder Mediatoren** bindet

##### **Begründung:**

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 und medizinisch notwendigen Produkten nachhaltig verbessert.

#### 2.2

### Preismoratorium für Verbandmittel (Artikel 1, Nummer 43, § 130a Absatz 3e neu SGB V)

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. Insbesondere das vollständige Ausbleiben eines regelhaften Inflationsausgleichs verstärkt die strukturelle Entkopplung von Kosten- und Preisentwicklung. Zudem fehlt eine ausreichende Differenzierung nach Produktgruppen und Innovationsgrad sowie die Möglichkeit, 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 mit erheblichem zusätzlichem administrativem Aufwand für die Leistungserbringer verbunden ist. Diese wären künftig gehalten, Preisentwicklungen auf Herstellerbene regelmäßig nachzuvollziehen, zu überprüfen und gegebenenfalls Differenzen 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.

## 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 eine flexible, praxisgerechte und unter Beteiligung der betroffenen Akteure ausgestaltete Regelung zwingend erforderlich, um negative Auswirkungen auf die Versorgung weitestgehend zu vermeiden. Es muss eine transparente, sachgerechte und wenig bürokratische Preisentwicklung sichergestellt werden.

Der Sprechstundenbedarf muss ausdrücklich ausgenommen werden, um die Versorgung der Arztpraxen nicht zu beeinträchtigen. Ebenso müssen versorgungsnahe Dienstleistungen unberührt bleiben, sodass die zentrale Rolle des Fachhandels für eine funktionierende ambulante Versorgung erhalten bleibt.

## Zusätzliche mögliche Instrumente

Vor diesem Hintergrund spricht sich der BVMed dafür aus, anstelle pauschaler Preisregulierungen verstärkt auf Maßnahmen zu setzen, die sowohl wirtschaftliche Effizienzpotenziale adressieren als auch die Versorgungsqualität nachhaltig verbessern.

Hierzu zählen insbesondere:

- **Qualitätsverträge stärken**  
Versorgungsmodelle, die die Qualität der Behandlung in den Mittelpunkt stellen und gezielt Anreize für eine hochwertige und damit zugleich wirtschaftliche Versorgung setzen.
- **Aufwandsgerechte Vergütungsstrukturen**

Vergütungssysteme, die die tatsächlichen Kostenstrukturen – insbesondere den hohen Dienstleistungsanteil der Versorgung – angemessen berücksichtigen.

- **Sektorübergreifende Versorgungspfade**  
Entwicklung einheitlicher, sektorenübergreifender Vergütungslogiken, um Versorgungsbrüche zu vermeiden und Effizienzpotenziale im Gesamtsystem zu heben.

### 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. Bisher 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

### Geplante Streichung der zusätzlichen Finanzierung pfle-geentlastender Maßnahmen (Artikel 3, Nummer 3 a, § 6a Absatz 2 Satz 12 Krankenhausentgeltgesetz)

#### Änderungsvorschlag:

Die mit dem Gesetzentwurf geplante Änderung in § 6a „~~Die Sätze 1 bis 5, 9, 10 und 12 sind letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2026 anzuwenden~~“ wird gestrichen.

#### Begründung

Pflegentlastende Maßnahmen sollten aus Sicht der Medizintechnikunternehmen (MedTech) 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 pflegetlastenden Maßnahmen gibt es mehrere starke fachliche, ökonomische und versorgungsbezogene Argumente:

#### 3.1.1

##### **Pflegentlastung 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.

#### 3.1.2

##### **MedTech kompensiert strukturellen Pflegepersonal-mangel**

Der Pflegekräftemangel ist strukturell und langfristig, nicht kurzfristig lösbar. Pflegentlastende MedTech ermöglicht, dass vorhandenes Personal mehr Zeit für direkte Pflege hat. Eine Streichung der Mittel verschärft den Personal-mangel faktisch. Investitionen in MedTech sind schneller wirksam als Personalaufbau. MedTech ist kurzfristig implementierbar, wirkt sofort pflegentlastend. Gerade in der Situation des Pflegepersonal-mangels ist das Pflegebudget ein akutes Steuerungsinstrument. Pflegentlastende MedTech im Pflegebudget sind instrumentell notwendig, um Konsistenz mit gesundheitspolitischen Zielen zu erreichen.

## 3.2 Zweitmeinung (Artikel 1, Nummer 8, § 27b SGB V)

### Ausgangslage und Inhalt

Der Entwurf macht bei planbaren Eingriffen ein obligatorisches Zweitmeinungsverfahren zur Pflicht, sobald die Gefahr einer Indikationsausweitung auszuschließen ist.

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 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.

Statt einer Ausweitung von Verpflichtungen sollte das bestehende freiwillige Verfahren gezielt weiterentwickelt werden (z. B. durch zusätzliche Indikationen und eine verbesserte Information der Patient:innen).

## 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.

Die vorgesehene Verpflichtung wird u. a. mit „präferenzsensitiven Entscheidungssituationen“ begründet. Aus unserer Sicht ist hierfür derzeit keine hinreichend belastbare Evidenz dargelegt. Auch entspricht dies nach den Erfahrungen der Fachgesellschaften nicht der aktuellen Versorgungspraxis.

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. Vor diesem Hintergrund erscheint eine generelle Verpflichtung zu Zweitmeinungen nicht zielgerichtet. Aus unserer Sicht ist es sachgerechter und nachhaltiger, bestehende Instrumente der Qualitätssicherung (z. B. Zertifizierung) flächendeckend zu stärken.

Ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren würde die bestehenden Engpässe in der ambulanten fachärztlichen Versorgung wahrscheinlich verstärken: Zusätzliche Facharzt-Termine werden bei unveränderten Kapazitäten zu längeren Wartezeiten führen. Die Indikationsqualität wird bereits über Leitlinien, Audits und Zertifizierungen abgesichert. Statt Parallelstrukturen aufzubauen, sollten diese Instrumente konsequent umgesetzt und weiterentwickelt 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; zugleich würden zusätzliche personelle und zeitliche Ressourcen gebunden.

Zusatztermine und erneute Diagnostik verlängern Behandlungspfade um Wochen bis Monate. Dies hat Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, mindert die Lebensqualität und erhöht die GKV-Ausgaben (z. B. durch längeren Krankengeldbezug).

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.

Schon die Finanzkommission Gesundheit weist auf hohe Hürden hin (Qualifikation, Genehmigung, Unabhängigkeit, Befundzugang). Eine schnelle, flächendeckende Umsetzung ist damit unrealistisch.

Die Evidenz für messbare Effekte verpflichtender Zweitmeinungen ist begrenzt. Zudem nutzen das Angebot bisher vor allem Patient:innen mit vorhandenen Zweifeln (Selektion) – daraus lassen sich keine belastbaren Aussagen zur Indikationsqualität oder zu Einsparungen ableiten.

Die Annahmen des Entwurfs sind nicht belegt; Effekte bestehender Qualitätsstrukturen werden ausgeblendet.

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.

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: Von einer Verpflichtung zur Zweitmeinung sollte abgesehen werden. Stattdessen sollten bestehende (qualitätssteigende) Strukturen (wie z.B. Endocert, Endoprothesenregister), Indikationsqualität, Qualitätssicherung und der digitale Datentransfer weiter gestärkt werden.

### 3.3

## Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen (Artikel 4, Nummer 2, § 115f SGB V in Verbindung mit §17b Absatz 2a Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Die im vertragsärztlichen Bereich und im Krankenhaus eingeführten Hybridfallpauschalen sollten die Transformation vollstationärer Leistungen in die vertragsärztliche Versorgung unterstützen. Konzeptionelle Mängel sowie bestehende und neue Fehlansätze wurden inzwischen erkannt: Effizienzsteigerungen durch Verweildauerverkürzungen bis hin zu einer Ambulantisierung als 24 Stunden-Fall (mit oder ohne Übernachtung) waren vielfach nicht realisierbar. Zudem eröffneten sich bei der Umsetzung der Krankenhausreform dysfunktionale Interpretationsspielräume (u. a. Mindestvorhaltezahlen, Personalanforderungen, Strukturvorgaben).

Das geplante Konzept zur Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen kann geeignet sein, Ambulantisierungsraten und durchschnittliche Verweildauern der verbleibenden vollstationären Fälle an ein international vergleichbares Niveau heranzuführen. Zentrales Element ist dabei die sachgerechte Finanzierung der hierfür erforderlichen Medizintechnik.

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

### **3.3.1. Gesamtkonzept zur Effizienzsteigerung**

DRG-Kurzzeitfallpauschalen, Hybrid-DRGs und AOP-Leistungen sind in ein in sich stimmiges Gesamtkonzept zu überführen. Hierfür sind die erforderlichen gesetzlichen Anpassungen in §§ 115b und 115f SGB V sowie die entsprechenden Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner konsistent auszugestalten. Dabei sind Fehlreize, die zu einer Absenkung der Versorgungsqualität, zur Vermeidung von Verweildauerreduktionen oder zur Minderung der Personaleffizienz führen, zu vermeiden bzw. zu beseitigen.

#### **Konzeptioneller Ansatz**

Ambulante Leistungen ohne Übernachtung, die sowohl durch Vertragsärzt:innen als auch durch Krankenhäuser erbracht werden, sind künftig entweder als AOP-Leistung (EBM-GOPs zzgl. Sachkostenerstattung) gemäß § 115b SGB V oder als Hybrid-Fallpauschale gemäß § 115f SGB V zu vergüten. 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. Dabei ist sicherzustellen, dass für vom Krankenhaus erbrachte AOP-Leistungen Medizinprodukte ab einem festzulegenden Schwellenwert als Einzelkosten vergütet werden.

#### **Begründung:**

Diese kurz- und mittelfristigen gesetzlichen sowie untergesetzlichen Anpassungen ermöglichen 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.

### **3.3.2 Verweildauer der Kurzzeitpauschale individuell definieren**

Die obere Verweildauergrenze sollte nicht pauschal auf drei Tage (zwei Übernachtungen) festgelegt werden. Das InEK sollte die Möglichkeit erhalten, auch Kurzzeit-DRGs mit einer höheren Verweildauer zu definieren.

#### **Begründung**

Bei DRGs mit höherer durchschnittlicher Verweildauer würde andernfalls der Anreiz entfallen, Verweildauern schrittweise zu reduzieren und sich technisch in Richtung Ambulantisierung weiterzuentwickeln.

### **3.3.3 Sachgerechte, kostenbasierte Kalkulation**

Die kostenbasierte Kalkulation sollte nicht 1:1 aus den vorliegenden Kostendaten des AR-DRG Systems abgeleitet werden. Das InEK sollte die Kalkulationsgrundlagen auf Basis einer Ist-Kostenkalkulation ermitteln. Die Vergütungslogik des aG-DRG-Systems mit individuellen Zusatzentgelten ist hierbei zu übernehmen.

#### **Begründung**

Die Etablierung von Kurzzeitfallpauschalen erfordert eine sachgerechte, transparente und realitätsnahe Abbildung der eingesetzten Medizintechnik. Aus Sicht der MedTech-Industrie ist hierfür eine kalkulationsdatengestützte Finanzierung der

medizintechnischen Anwendungen unter expliziter Berücksichtigung der Sachkosten sowie von Innovationen zwingend erforderlich.

Die für eine Verweildauerreduktion bis hin zur Ambulantisierung sowie für die Substitution von Personal durch Prozesseffizienz erforderlichen Medizinprodukte sind in den Kalkulationsdaten des InEK oftmals nicht oder nicht sachgerecht abgebildet. Der Einsatz verweildauerreduzierender Technologien und Methoden wird von Krankenhäusern im aG-DRG-System oftmals vermieden, da trotz höherer Sachkosten der Fall Erlös durch den Kurzliegerabschlag sowie eine geringere Pflegekostenerstattung sinkt.

Kurzstationäre Leistungen mit geringer Schnitt-Naht-Zeit, aber relevanten Sachkosten werden in der InEK-Kalkulation des aG-DRG-Systems strukturell benachteiligt. Obwohl in der Summe erhebliche Kosten für Medizinprodukte anfallen, werden diese dem Fall nicht direkt, sondern über ein auf die geringe Schnitt-Naht-Zeit bezogenes Kostenverteilungsmodell zugeordnet. Dies führt zu einer deutlich zu niedrigen Kostenzuweisung und birgt das Risiko einer Unterfinanzierung. Die Vergütungslogik individueller Zusatzentgelte aus dem aG-DRG-System ist hierbei sachgerecht und konsequent zu übernehmen.

### 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. Patient:innen 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 gestrichen:

„In der Vereinbarung ist ab dem 1. Januar 2027 ein an der Abgabemenge der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung orientierter 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:

Der Gesetzgeber weist den Verhandlungspartnern der Rahmenvereinbarung nach § 134 Absatz 4 und 5 SGB V die Zuständigkeit zur Festlegung der Höhe der Vergütungsabschläge zu. 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 Patient:innen 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](mailto:info@bvmed.de)

[www.bvmed.de](http://www.bvmed.de)