STELLUNGNAHME ZUM REFERENTENENTWURF EINES GESETZES ZUR MODERNISIERUNG DER HILFSMITTELVERSORGUNG UND MAßNAHMEN ZUM BÜROKRATIERÜCKBAU (HiB)

STAND: 16.11.2026

Das HiB legt den Grundstein für ein effizienteres Gesundheitswesen, unerwünschte Effekte müssen aber vermieden werden

Kernpunkte

- Die Standardisierung von Verwaltungsprozessen sowie von Verfahren in der Hilfsmittelversorgung, wie die Einführung eines verbindlichen Rahmenvertrags, ist der richtige Weg, um Abläufe zu verschlanken und unnötige Aufwände bei Versicherten und bei den Akteuren im Gesundheitswesen zu reduzieren. Insbesondere mit dem elektronischen Datenaustausch zwischen Krankenkassen und Finanzämtern wird eine langjährige Forderung des vdek aufgegriffen.
- Notwendige Instrumente zur Qualitätssicherung, zur Wirtschaftlichkeitskontrolle und zum Schutz der Solidargemeinschaft sind jedoch keine überflüssige Bürokratie und müssen dringend erhalten bleiben. Dazu gehört u.a. die Einbeziehung von Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen in die Blankoverordnung, wodurch unwirtschaftliche Mengenausweitungen zu erwarten sind.
- Die bloße Verlagerung administrativer Aufwände auf die Krankenkassen ist keine Lösung. Echter Bürokratierückbau bedingt, dass Aufwände tatsächlich abgebaut und Prozesse für alle Beteiligten spürbar verschlankt werden.
- Ergänzend schlägt der vdek eine Vereinfachung bei Schutzimpfungen vor. Deren Vergütungen sollte auf Bundesebene im EBM geregelt werden, damit Einzelverhandlungen in den Regionen entfallen können. Mindestens sollte es klare gesetzliche Vorgaben zur Vergütungshöhe bei neuen Impfungen geben.

Der Referentenentwurf legt aus Sicht des vdek einen soliden Grundstein für die Reduzierung von Bürokratie und die Vereinfachung von Verfahren und Prozessen im Gesundheitssystem.

Hilfsmittelversorgung: Sinnvolle Verfahrensvereinfachungen aber auch neue Bürokratie

Die umfassende Standardisierung administrativer Prozesse in der Hilfsmittelversorgung durch einen bundesweit einheitlichen und verbindlichen Rahmenvertrag, Mindestgenehmigungsfreigrenzen und einheitlichere Verfahren bei der Erstattung von Energiekosten bewerten wir grundsätzlich positiv. Wichtig ist, dass dabei der Preis- und Qualitätswettbewerb erhalten bleibt. Auch die Ausrichtung der Präqualifizierung auf anlassbezogene Kontrollen ist ein richtiger Schritt.

Die im Entwurf vorgesehenen zusätzlichen Prüf-, Informations- und Berichtspflichten der Krankenkassen bei Hilfsmitteln, insbesondere die verpflichtende

Genehmigung aller Hörhilfenversorgungen, lehnen wir jedoch ab. Die Ersatzkassen können das Ziel nachvollziehen, Versicherte vor ungerechtfertigten Mehrkosten zu schützen. Wenn aber alle Versorgungen verpflichtend zu genehmigen sind, wären auch ohnehin aufzahlungsfreie Hörhilfen inbegriffen. Ein solches Genehmigungsverfahren würde sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf Seiten der Versicherten und der Leistungserbringer zu unnötigen bürokratischen und administrativen Aufwänden und gegebenenfalls auch zu Verzögerungen in der Versorgung führen. Zielführender ist es, eine verpflichtende Beratung der Versicherten über aufzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeiten in allen Produktbereichen zu etablieren.

Digitalisierung und das Once-Only-Prinzip verschlanken administrative Prozesse

Der vdek begrüßt den elektronischen Datenaustausch der Krankenkassen mit den Finanzämtern, die Zusammenführung der Meldeverfahren bei Krankenkassenwechsel, die Modifizierung des Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahrens, die Digitalisierung des psychotherapeutischen Antrags- und Gutachterverfahrens sowie die Umsetzung des Once-Only-Prinzips in der Verwaltung und in der Qualitätssicherung. All diese Maßnahmen vereinfachen administrative Prozesse und nutzen vorhandene Digitalisierungspotenziale.

Auch die Digitalisierung der gesetzlichen Qualitätssicherung geht aus Sicht des vdek grundsätzlich in die richtige Richtung. Die Bündelung von Datenerhebungen und Datenübermittlungen sowie die stärkere Nutzung bereits vorhandener Datenbestände können einen wichtigen Beitrag zur Verringerung von Dokumentationsaufwänden leisten. Die vorgeschlagenen Maßnahmen bleiben jedoch hinter den bestehenden Möglichkeiten zurück. Bürokratie entsteht nicht allein durch Mehrfachmeldungen identischer Daten, sondern auch durch das historisch gewachsene Nebeneinander verschiedener Qualitäts-, Struktur- und Prüfregime für vergleichbare personelle, organisatorische und strukturelle Mindestanforderungen mit jeweils eigenen Nachweis-, Prüf- und Sanktionsmechanismen. Dies belastet insbesondere Krankenhäuser, Krankenkassen und den Medizinischen Dienst (MD). Der Gesetzgeber sollte die Gelegenheit nutzen, bestehende Nachweis- und Prüfverfahren für Krankenhäuser stärker zu harmonisieren. Eine stärkere Bündelung dieser Verfahren beim MD würde Mehrfachprüfungen vermeiden, vorhandene Prüferkenntnisse besser nutzbar machen und zugleich die Verbindlichkeit qualitätsbezogener Anforderungen stärken.

Aus Sicht des vdek sollte das Once-Only-Prinzip konsequent entlang der gesamten Datenkette umgesetzt werden. Sozialdaten werden bereits heute von den Krankenkassen sowohl für Zwecke der Qualitätssicherung als auch für andere gesetzliche Aufgaben, insbesondere im Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ Gesundheit), bereitgestellt. Ziel muss es sein, dass identische Daten künftig nur einmal übermittelt und anschließend für die jeweiligen gesetzlichen Zwecke genutzt werden können. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass die für Qualitätssicherungsverfahren erforderlichen Daten den Krankenkassen und weiteren berechtigten Stellen rechtzeitig und verlässlich zur Verfügung stehen.

Bürokratie und aufwendige Verfahren müssen allerdings tatsächlich abgebaut und nicht lediglich von anderen Akteuren auf die Krankenkassen verlagert werden. Die Vereinfachungen beim Nachweis des Chronikerstatus sind vor diesem Hintergrund grundsätzlich sinnvoll. Die vorgesehenen Regelungen zur Bestimmung der Belastungsgrenze verursachen jedoch zusätzlichen administrativen Aufwand bei den Krankenkassen. Neben der erforderlichen Dokumentation der jeweils individuell maßgeblichen Belastungsgrenze wird auch der Beratungs- und Kommunikationsaufwand gegenüber den Versicherten steigen, da diese über die für sie geltenden Regelungen und mögliche Handlungsoptionen informiert werden müssen.

Gemeinsame Schiedsstellen für bestimmte Leistungsbereiche einführen

Bei den institutionellen und aufsichtsrechtlichen Verfahren gehen die Pläne in die richtige Richtung, bleiben aber in einigen Leistungsbereichen hinter den notwendigen strukturellen Veränderungen zurück. Die Vereinheitlichung des Schiedswesens kann grundsätzlich Verfahren vereinfachen und zur Rechtssicherheit beitragen. Die Klarstellung des Schiedspersonenverfahrens löst allerdings die grundlegenden Probleme bei Schiedsverfahren in den Bereichen Häusliche Krankenpflege (HKP), Außerklinische Intensivpflege und Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nicht: Entscheidungen einzelner Schiedspersonen bleiben regelmäßig auf das spezifische Verfahren beschränkt. Eine gemeinsame Schiedsstelle für Vertrags- und Vergütungsverhandlungen nach §§ 132a, 132d und 132l SGB V könnte dagegen eine einheitliche, nachvollziehbare Spruchpraxis entwickeln und immer wiederkehrende Auseinandersetzungen beenden.

Wir halten es für notwendig, die Übernahme neuer Impfungen als Sachleistung im KV-System unmittelbar nach Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog per gesetzlicher Regelung sicherzustellen. Die in § 132e Absatz 1 SGB V vorgesehenen, fristverkürzenden Regelungen für freivertragliche Einigungen und Schiedsverfahren greifen aus unserer Sicht allerdings zu kurz. Eine Festlegung der Vergütungen für Schutzimpfungen auf Bundesebene im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), mindestens aber klare gesetzliche Vorgaben zur Vergütungshöhe für neue Impfungen, halten wir für zielführender (konkreter Umsetzungsvorschlag im Ergänzenden Änderungsbedarf).

Anpassungsbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung

Die Änderungen in der psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung sind aus vdek-Sicht differenziert zu bewerten. Die eigenständige Bedarfsplanung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen begrüßen wir ausdrücklich, da sie zu einer zielgenaueren Steuerung des Versorgungsangebots beitragen kann. Die Auswirkungen auf Versorgungskapazitäten, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die bestehende Bedarfsplanung sind dabei unbedingt zu berücksichtigen. Die Umwandlung des Antragsverfahrens zur Kurzzeittherapie in ein einstufiges Antragsverfahren lehnen wir dagegen ab. Durch die geplante Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens entfällt das Argument des Bürokratieabbaus durch eine Aufhebung der Zweiteilung der Kurzzeittherapie. Beim geplanten erleichterten Zugang zu psychosomatischen Institutsambulanzen müssen insbesondere die Patientengruppen klar abgegrenzt und die Schnittstellen

zur ambulanten vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung berücksichtigt werden. Die vorgesehene Befristung und Evaluation begrüßen wir daher.

Kein Bürokratieabbau zulasten von Qualität und Wirtschaftlichkeit

Bei aller Unterstützung für die Pläne zur Vereinfachung von Verfahren und zum Bürokratieabbau müssen unerwünschte Effekte vermieden werden. Notwendige Instrumente der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitskontrolle stellen aus Sicht des vdek keine unnötige Bürokratie dar. Sie sind essenziell für den Schutz der Solidargemeinschaft und müssen dringend erhalten bleiben.

Die Einbeziehung von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbaren Einrichtungen in die Blankoverordnung stellt aus unserer Sicht keine bloße Klarstellung, sondern eine Erweiterung des Kreises der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer dar. Vor dem Hintergrund bereits feststellbarer Ausgabensteigerungen und der bislang vorliegenden Zwischenevaluation sollte die abschließende Evaluation der Blankoverordnung im Jahr 2028 abgewartet werden, bevor weitere Leistungserbringergruppen einbezogen werden.

Dem Modellvorhaben zum physiotherapeutischen Direktzugang begegnet der vdek mit Zurückhaltung. Der Verzicht auf eine vorherige ärztliche Diagnosestellung wirft Fragen zu Kontraindikationen, Versorgungsqualität, Wirtschaftlichkeit und möglichen Mengenausweitungen auf. Voraussetzung für eine mögliche Überführung in die Regelversorgung müssen daher belastbare wissenschaftliche Erkenntnisse sein, dass Fehlsteuerungen vermieden, die Versorgungsqualität gesichert und keine zusätzlichen Mengen- oder Substitutionseffekte zulasten der GKV ausgelöst werden. Mit dem Physiotherapieberufereformgesetz (PhyThBRefG) soll zwar u. a. die diagnostische Kompetenz erweitert werden. Ob diese Kompetenz eine ärztlich erstellte Diagnose ersetzen kann, kann derzeitig aber nicht abschließend bewertet werden. Auch vor diesem Hintergrund sind wissenschaftliche Erkenntnisse zwingend für einen Direktzugang erforderlich.

Bei den Disease-Management-Programmen (DMP) begrüßen wir den Abbau unnötiger Bürokratie ebenfalls grundsätzlich. Der Wegfall der förmlichen Zulassung führt zu Entlastungen, denen durch die Verlagerung in den aufsichtsrechtlichen Bereich allerdings neuer Aufwand gegenübersteht. Weitergehende Möglichkeiten zur Bürokratieentlastung, etwa bei der Evaluation, werden bisher nicht genutzt. Die vorgesehene Verpflichtung zum Angebot neuer DMP lehnt der vdek ab. Die Ersatzkassen treiben bereits eine möglichst schnelle bundesweite Umsetzung voran; eine gesetzliche Verpflichtung ist daher nicht erforderlich. Darüber hinaus würde eine Verpflichtung die Verhandlungsposition der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) schwächen, Mehrausgaben für DMP sind hierdurch wahrscheinlich.

Die Einbeziehung der Prüfungsstellen nach § 106c SGB V als zusätzliche Prüfinstanz für kassenseitige Anträge auf Abrechnungsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung lehnen wir ab. Der Aufbau einer neuen Struktur mit

zusätzlichem administrativem Aufwand widerspricht dem Ziel des Bürokratieabbaus, zumal angesichts der im GKV-Beitragssatzstabilisierungssgesetz (BStabG) geregelten stärkeren Budgetierung von Leistungen ohnehin von einem Rückgang kassenseitiger Prüfaufträge auszugehen ist. Dass zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Kreis der nach § 197a SGB V zur Fehlverhaltensbekämpfung verpflichteten Stellen erweitert werden soll, unterstützen wir. Auch, dass KI-gestützte Verfahren vermehrt zur Identifikation von Auffälligkeiten eingesetzt werden sollen, ist ein wichtiger Schritt.

Kommentierung im Detail
zum
Referentenentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung
und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (HiB)

Lfd. Nr. im Entwurf	Vorschrift	vdek Stellungnahme
		Artikel 1 I Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
9.	§ 23	**Bewertung** Bislang waren viele prophylaktische Arzneimittel nur eingeschränkt oder auf Grundlage spezieller Einzelregelungen erstattungsfähig, daher ist die Regelung nachvollziehbar. Künftig entsteht eine allgemeine Rechtsgrundlage für solche Leistungen. Bei der Koppelung der Maßnahmen an § 35a müssen aber Doppelstrukturen vermieden werden. **Änderungsvorschlag** Die einzelnen Verfahren sind klar abzugrenzen.
11.	§ 33	**Bewertung** Zu a) Wir begrüßen die gesetzliche Verankerung des Beratungsanspruchs, da die Versichertenrechte gestärkt werden. Wir unterstützen das Ziel, die Versicherten vor nicht notwendigen Mehrkosten und ggf. finanziell motivierten Fehlberatungen der Leistungserbringer zu schützen. **Änderungsvorschlag** In § 33 Absatz 1 Satz 5 SGB V wird eingefügt: „Der Anspruch umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch, eine Beratung zur Auswahl der für die konkrete Versorgungsituation geeigneten, notwendigen

		sowie im Rahmen des Sachleistungsprinzips mehrkostenfrei verfügbaren Hilfsmittel und Dienstleistungen und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvertretbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen." **Bewertung** Zu c) Die gesetzliche Regelung zur einheitlichen Übernahme von Energiekosten dient zur Klarstellung des Leistungsanspruchs. Eine Ausweitung des Leistungsanspruchs ist damit nicht beabsichtigt. Insofern sollte eine Ergänzung erfolgen, dass die Energiekosten für Hörhilfen weiterhin keine GKV-Leistung sind (bislang im § 26 Nummer 6 der Hilfsmittel-Richtlinie geregelt). **Änderungsvorschlag** (4) „Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln umfasst auch die Übernahme der Kosten für die Energieversorgung elektrisch betriebener Hilfsmittel. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere insbesondere zur Ermittlung der Energiekosten und zum Bemessungszeitraum in Richtlinien; er kann dabei auch Energiepauschalen vorsehen. Die Richtlinien können zur Vereinfachung des Verfahrens Bagatellgrenzen vorsehen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass durch die Richtlinien die Belange der Versicherten gewahrt bleiben und sie vor finanzieller Überforderung geschützt sind. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit." **Bewertung** Zu d) In Zukunft sollen alle Versorgungen im Hörhilfenbereich durch die Krankenkassen genehmigt werden, um die Mehrkosten für die Versicherten zu reduzieren. Wir können das Ziel nachvollziehen und begrüßen es grundsätzlich auch. Die geplante Regelung geht aber über das angestrebte Ziel hinaus und wird vor allem bei den Krankenkassen neue Bürokratie aufbauen. Um die bürokratischen Mehraufwendungen bei den Krankenkassen zu minimieren, ist die Genehmigung auf die Versorgung mit Mehrkosten zu beschränken. **Änderungsvorschlag** „Ein Verzicht auf die Genehmigung beantragter Versorgung mit Hörhilfen ist ausgeschlossen; es sei denn, die Versorgung erfolgt aufzahlungsfrei."

		Bewertung Zu f) Wir lehnen die Neureglung ab, da sie zusätzliche bürokratische Aufwände bei den Krankenkassen erzeugen wird. Durch den Kontakt der Leistungserbringer mit den Versicherten ist ein direkter Einzug weiterhin möglich. **Änderungsvorschlag** Streichung
12.	§ 33b	**Bewertung** Der vdek begrüßt grundsätzlich, dass die Regelungslücke im GKV-Leistungskatalog geschlossen wird, um eine reibungslose Versorgung im Rahmen der HKP oder der AKI zu gewährleisten. Da die neue Leistungsart nur als Abgrenzung zu den Hilfsmitteln nach § 33 SGB V gedacht ist, aber es ansonsten keine Leistungsausweitung geben soll, fehlt es an grundlegenden Regelungen zu Verordnungsgrundsätzen, zur Antragstellung und Genehmigung sowie Zuzahlungsregelungen und Vertragspartnerbindung. Es wurde lediglich die entsprechende Anwendung der §§ 34, 126, 127 und 302 geregelt. **Änderungsvorschlag** Absatz 3 wird wie folgt ergänzt: „§ 33 Absatz 5a, 5b, 6, 7, 8 sowie die §§ 34, 126, 127 und 302 gelten entsprechend. Der Spitzenverband Bund regelt das Nähere in Richtlinien, insbesondere zum Versorgungsanspruch, zu den Verordnungsgrundsätzen und zur Abgabe der Produkte nach Absatz 1.“
13.	§ 35a	**Bewertung** Wir begrüßen, dass der Zugang neuer erstattungsfähiger prophylaktischer Anwendungen ohne Nutzenbewertung und ohne anschließende AMNOG-basierte Preisbildung in die Regelversorgung mit Hilfe der Änderung verhindert wird. Weiterhin besteht jedoch das Risiko von Doppelstrukturen. Es bleibt unklar, welche Prüfung bereits im Verfahren nach § 23 Absatz 1a erfolgt und worin sich diese von der Bewertung nach § 35a unterscheidet. **Änderungsvorschlag**

		Die Verfahren müssen klar abgegrenzt werden.
16.	§ 39a	**Bewertung** Im Grundsatz begrüßen wir die Änderungen. Durch die Bündelung der Schiedspersonenregelungen in einem eigenständigen § 71a SGB V wird die Systematik des Gesetzes verbessert und mehr Rechtsklarheit geschaffen. Die mit den neuen Sätzen 11 und 12 verbundene Anpassung des § 39a Absatz 1 SGB V ist nachvollziehbar. Besonders die Regelung zur vorläufigen Fortgeltung bestehender Verträge trägt dazu bei, vertragslose Zustände zu vermeiden und die Versorgung der Versicherten sicherzustellen. **Änderungsvorschlag** Ergänzend schlagen wir vor, im neuen Satz 11 das Wort „unabhängige“ vor dem Begriff „Schiedsperson“ aufzunehmen. Zwar wird die Unabhängigkeit bereits in § 71a Absatz 1 SGB V ausdrücklich geregelt. Eine Wiederholung in § 39a Absatz 1 SGB V würde jedoch die Verständlichkeit erhöhen und der Bedeutung der unabhängigen Konfliktlösung Rechnung tragen.
18.	§ 43a	**Bewertung** Derzeit erfolgt die Kostenübernahme von volljährigen Versicherten mittels MD-Gutachten. Eine Analyse des vdek für das Jahr 2025 zeigt, dass 0,53 Prozent (1.346 Fälle) die Altersgruppe der 18- bis 21-Jährigen umfasst. Vor dem Hintergrund dieser geringen Fallzahl, sehen wir keinen Bedarf die Altersgrenze anzuheben; zumal im Einzelfall bereits jetzt eine Weiterbehandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) erfolgt. Weiter führt die Anhebung der Altersgrenze zu Abgrenzungsproblemen und gegebenenfalls Doppelbehandlungen mit den Medizinischen Zentren für Erwachsener mit geistiger oder schwerer Behinderung (MZEB), welche die Weiterbehandlung im Erwachsenenalter sicherstellen sollen. Überdies führt die im Änderungsvorschlag gewählte Formulierung „sowie zur Weiterversorgung junger Volljähriger bis zum 21. Lebensjahr, soweit dies im Einzelfall erforderlich“ zu Irritationen und Mehraufwänden in den Verhandlungen, da festgelegt werden muss, was im „Einzelfall“ bedeutet. **Änderungsvorschlag:** Streichung

21.	§ 49	**Bewertung** Zu a) Die vorgesehene Regelung zum Ruhen des Krankengeldanspruchs bei hauptberuflich Selbstständigen und nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) Versicherten analog zur Dauer des Entgeltfortzahlungsanspruchs von Arbeitnehmer:innen nach § 3 Abs. 1 EntgFG ist grds. nachvollziehbar. Die vorgesehene Beschreibung der anrechenbaren Vorerkrankungszeiten analog zu § 3 Absatz 1 SGB V ist jedoch nicht vollständig sachgerecht formuliert. Die Vorgabe, dass sich der Ruhenszeitraum um die Anzahl der Tage vorhergehender Arbeitsunfähigkeiten wegen derselben Krankheit verkürzt, die innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Beginn der jeweiligen Arbeitsunfähigkeit bestanden, legt nahe, dass ausschließlich Vorerkrankungszeiten anrechenbar sind, die in den Sechsmonatszeitraum vor Beginn der aktuellen Arbeitsunfähigkeit fallen. Dies würde weder mit der Regelung des § 3 Absatz 1 EntgFG noch mit der in der Gesetzesbegründung beschriebenen Intention in Einklang stehen. Schließlich sind im Rahmen von § 3 Absatz 1 EntgFG auch weiter zurückliegende Vorerkrankungszeiten anzurechnen, sofern die „Kette“ der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund derselben Erkrankung nicht für mindestens sechs Monate unterbrochen und die Zwölfmonatsgrenze noch nicht erreicht wurde. Um die gesetzgeberisch intendierte Analogie zu § 3 Absatz 1 EntgFG sicherzustellen und diesbezügliche Rechtsunsicherheiten zu vermeiden, sollte sich die Formulierung in § 49 Absatz 1 Nr. 7 SGB V (neu) unmittelbarer an den entsprechenden Vorgaben in § 3 Absatz 1 EntgFG orientieren. Zudem ist es erforderlich klarzustellen, dass bei der Anrechnung nach § 49 Absatz 1 Nummer 7 SGB V (neu) analog zur Anrechnung von Vorerkrankungszeiten nach § 3 Abs. 1 EntgFG ausschließlich im Rahmen des aktuellen Beschäftigungsverhältnisses – ausschließlich Vorerkrankungszeiten aus einer Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld aufgrund einer Wahlerklärung oder einer Versicherung nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz zu berücksichtigen sind. Zusätzlich sollte klargestellt werden, dass die Anrechnung von Vorerkrankungszeiten mit Anspruch auf Krankengeld innerhalb der Sechs-/Zwölfmonatsfristen auf den Ruhenszeitraum unabhängig davon erfolgt, ob der Anspruch auf Krankengeld aufgrund einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit oder aufgrund einer stationären Behandlung zulasten der Krankenkasse bestand. **Änderungsvorschlag** Absatz 1 Nummer 7 wird durch die folgende Nummer 7 ersetzt:

		„7. während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung auf Kosten der Krankenkasse für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 abgegeben haben oder die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versichert sind~~;~~. ~~d~~Der Ruhenszeitraum verkürzt sich um die Anzahl der Tage ~~der~~ vorhergehender~~n~~ Arbeitsunfähigkeiten oder stationärer Behandlungen auf Kosten der Krankenkasse wegen derselben Krankheit, für die ein Anspruch auf Krankengeld aufgrund einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 oder im Rahmen einer Versicherung nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz bestand; dies gilt nicht, wenn ~~diese jeweils~~ 1. vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung für mindestens sechs Monate keine Arbeitsunfähigkeit oder stationäre Behandlung wegen derselben Krankheit ~~und innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Beginn der jeweiligen Arbeitsunfähigkeit bestanden und für diese Zeiten ein Anspruch auf Krankengeld~~ bestand~~,~~ oder 2. ~~es sei denn,~~ seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung wegen derselben Krankheit ~~ist~~ eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen ist.“ **Bewertung** Zu b) Mit der geplanten Regelung soll die Vorgabe des bisherigen § 46 Satz 5 SGB V für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz, die einen Tarif nach § 53 Absatz 6 SGB V gewählt haben, unter der geänderten Rahmenbedingungen fortgeführt werden. Bislang entsteht für diese Versicherten der Krankengeldanspruch bereits vor Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit zu dem in der Satzung festgelegten Zeitpunkt, spätestens jedoch zu Beginn der 3. Woche. Damit die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz, die einen Wahltarif nach § 53 Absatz 6 SGB V abgeschlossen haben, auch unter der geänderten Systematik weiterhin spätestens ab Beginn der 3. Woche der Arbeitsunfähigkeit Krankengeld erhalten, soll das Ruhen des Krankengeldanspruchs aus entsprechenden Wahltarifen – abweichend vom neuen § 49 Absatz 1 Nummer 7 SGB V – spätestens zu Beginn der 3. Woche enden. Mit der vorgesehenen Neuregelung in § 49 Absatz 2 SGB V wird dieses Ziel aus unserer Sicht jedoch nicht sachgerecht erreicht: Die vorliegende Formulierung würde bewirken, dass bei Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz mit Wahltarif nach § 53 Absatz 6 SGB V, die allgemeine sechswöchige Ruhensregelung des neuen § 49 Absatz 1 Nr. 7 SGB V insgesamt nicht gilt. Dies beträfe somit sowohl das Wahltarifkrankengeld als auch das gesetzliche Krankengeld. Dadurch würde für den vorgenannten Personenkreis auch

		das Ruhen des Anspruchs auf das gesetzliche Krankengeld bereits zu Beginn der 3. Woche der Arbeitsunfähigkeit enden. D. h., dass der ergänzende Anspruch auf das Krankengeld aus dem Wahltarif gar nicht zum Tragen kommen würde. Dies kann nicht im Sinne der gesetzgeberischen Intention sein. Aus unserer Sicht ist es daher erforderlich, die Formulierung des § 49 Absatz 2 SGB V zu präzisieren, sodass die dort beschriebene Ausnahmeregelung ausschließlich für den tatsächlich vorgesehenen Anwendungsbereich (Wahltarifkrankengeld) gilt. Eine zusätzliche Beschreibung der Anforderungen zum verkürzten Ruhen des Krankengeldanspruchs in den Wahltarifen für den vorgenannten Personenkreis ist hingegen verzichtbar, da diese bereits vollständig im neuen § 53 Absatz 6 SGB V festgelegt sind. **Änderungsvorschlag** Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt: „Absatz 1 Nummer 7 gilt nicht für den Anspruch auf Krankengeld aufgrund eines Wahltarifs nach § 53 Absatz 6.“
22.	§ 53	**Bewertung** Zu a) Die bisherigen Vorgaben für Wahltarife in § 53 Absatz 6 SGB V sollen inhaltlich grundsätzlich unverändert auf die neuen Rahmenbedingungen übertragen werden. Insbesondere für Versicherte nach dem KSVG soll weiterhin spätestens ab Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit Krankengeld gezahlt werden. Bislang wird dies dadurch erreicht, dass entsprechende Wahltarife einen Anspruch auf Krankengeld spätestens ab der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit entstehen lassen. Diese Vorgabe ist infolge der geänderten Systematik, nach der der Krankengeldanspruch auch für die vorgenannten Personenkreise ab der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit entsteht, anzupassen, sodass die betreffenden Wahltarife vorsehen, dass das Ruhen spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit endet. Im vorgesehenen § 49 Absatz 2 SGB V (neu) wurde dies entsprechend umgesetzt. Nicht vollständig konsistent hierzu ist jedoch der vorliegende Vorschlag zur Anpassung des § 53 Absatz 6 SGB V. Dieser würde bewirken, dass der sechswöchige Ruhenszeitraum um drei Wochen verkürzt wird, sodass das Krankengeld grundsätzlich erst nach Ablauf des dreiwöchigen Ruhenszeitraums und somit ab der vierten (und nicht der dritten) Woche der Arbeitsunfähigkeit zu zahlen wäre. Zudem erscheint die vorliegende Formulierung „die ein Ruhen des Anspruchs nach § 49 Absatz 1 Nummer 7 ausschließen oder den Zeitraum nach § 49 Absatz 1 Nummer 7 1. Halbsatz verkürzen“ zu eng gefasst, da diese bestehende Wahltarife ausschließen würde, die z. B. eine Zahlung von Krankengeld ab dem 92. Tag der Arbeitsunfähigkeit

		vorsehen. Dies würde mit der gesetzgeberischen Intention, die bestehenden Vorgaben für Wahltarife unter Berücksichtigung der geänderten Systematik fortzuführen, nicht in Einklang stehen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Umsetzung der geänderten Systematik für das Entstehen und Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld bei Versicherten, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 SGB V abgegeben haben oder die nach dem KSVG versichert sind, Anpassungen in der Software der Krankenkassen sowie der Wahltarife erfordert, für die eine entsprechende Vorlaufzeit eingeplant werden muss. **Änderungsvorschlag** § 53 Absatz 6 Satz 1 SGB V wird durch den folgenden Satz ersetzt: „Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die ein Ruhen des Anspruchs nach § 49 Absatz 1 Nummer 7 ausschließen, verlängern oder den Zeitraum nach § 49 Absatz 1 Nummer 7 1. Halbsatz verkürzen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch um mindestens ~~drei~~ vier Wochen." Weiterer Anpassungsbedarf in Artikel 19 – Inkrafttreten: Artikel 19 Absatz 2 wird wie folgt gefasst: „(2) Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa, 20 bis 22, 111, 113 und 114, Artikel 2, Artikel 12 Nummer 2 und Artikel 16 treten am 1. Januar 2028 in Kraft."
24.	§ 62	**Bewertung** Zu a) Wir begrüßen die Vereinfachungen zum Nachweis des Chroniker:innen-Status im Grundsatz. Die Vorgabe, dass für drei Jahre auf den Nachweis zu verzichten ist, führt jedoch zu unnötigen Dokumentationspflichten der Krankenkassen. Es ist ausreichend, dass auf den Nachweis zu verzichten ist, wenn die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen.

		Die Befreiungs- und Erstattungsverfahren von Zuzahlungen sind sowohl für die Versicherten als auch die Krankenkassen sehr verwaltungsaufwändig, da Zuzahlungsbelege von Versicherten gesammelt, bei ihrer Krankenkasse eingereicht und anschließend von der Krankenkasse geprüft werden müssen. In der Praxis hat sich deshalb das alternative Verfahren etabliert, dass Krankenkassen den Versicherten anbieten, eine Vorauszahlung in Höhe ihrer persönlichen Belastungsgrenze an die Krankenkasse zu entrichten und in der Folge für das entsprechende Kalenderjahr eine Bescheinigung über die Zuzahlungsbefreiung zu erhalten. Da die Berechnung des Vorauszahlungsbetrages (in Höhe der persönlichen Belastungsgrenze) für das Folgejahr von der Veröffentlichung der maßgeblichen Rechengrößen in der Sozialversicherung für das Folgejahr abhängt, beschränkt sich dieses Verfahren auf das letzte Quartal des Kalenderjahres, wodurch saisonal hohe Beratungs- und Verwaltungsaufwände bei den Krankenkassen entstehen. Dies kann dazu führen, dass die entsprechenden Bescheinigungen über die Befreiung nicht rechtzeitig zum 01.01. des Folgejahres ausgestellt werden können. Aus Gründen der Rechtssicherheit und mit dem Ziel, das mit dem Vorauszahlungsverfahren einhergehende Entbürokratisierungspotential möglichst weitgehend auszuschöpfen, sollte das Angebot einer Vorauszahlung gesetzlich verankert und so ausgestaltet werden, dass für die Ermittlung der Belastungsgrenze des folgenden Kalenderjahres die maßgeblichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten sowie die maßgeblichen Abschläge und Regelsätze nach § 62 Absatz 2 Sätze 2 ff. SGB V des Vorjahres des Kalenderjahres, für das die Vorauszahlung beantragt wird, maßgeblich sind. Hiermit würden aufwändige nachträgliche Überprüfungen der tatsächlichen Einkommenssituation des Kalenderjahres, für das vorausgezahlt wurde, vermieden. Gleichzeitig gibt es den Krankenkassen Freiräume und Flexibilität bei der Durchführung und Planung der „Vorauszahlungsaktion“, wodurch die höhere saisonale Belastung der Krankenkassen im letzten Kalenderquartal entzerrt werden kann. **Änderungsvorschlag** In Absatz 1 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt: „Neben dem Verfahren nach Satz 1 können die Versicherten die Zuzahlungsverpflichtung in Höhe der Belastungsgrenze auch im Wege der Vorauszahlung leisten. Nach Zahlung der Vorauszahlung erteilen die Krankenkassen den Versicherten eine Bescheinigung darüber, dass für das Kalenderjahr, auf das sich die Vorauszahlung bezieht, keine Zuzahlungen zu leisten sind; wählen Versicherte das Vorauszahlungsverfahren für das folgende Kalenderjahr, so gelten für die Ermittlung der Belastungsgrenze die Regelungen nach Absatz 2

		mit der Maßgabe, dass auf die maßgeblichen Werte des Kalenderjahres abgestellt wird, das dem Kalenderjahr vorausgeht, für das die Vorauszahlung erfolgen soll." Die Sätze 2 bis 5 werden die Sätze 4 bis 7. Der neue Satz 8 wird (auf Basis der Fassung des Referentenentwurfs) wie folgt gefasst: „Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst, soweit erforderlich, zu prüfen; die Krankenkasse **hat** auf den jährlichen Nachweis ~~für die Dauer von mindestens drei Jahren~~ zu verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen. ~~Nach dem Ablauf von drei Jahren kann die Krankenkasse den weiteren Nachweis nach Satz 6 jeweils mit Abstand von drei Jahren erneut verlangen.~~" Die Sätze 7 und 8 werden die Sätze 9 und 10. **Bewertung** Zu b) § 62 Absatz 4 SGB V (neu) Ausweislich der Gesetzesbegründung kann die Information z. B. über Versicherteninformationen, im Rahmen der Kundenkommunikation oder des Krankengeldfallmanagements oder als Hinweis über die elektronische Patientenakte in der Versicherten-App erfolgen. Die Krankenkassen informieren bereits jetzt ihre Versicherten – insbesondere bei Kundenkontakten und auf ihren Websites – allgemein über die Belastungsgrenze und die Möglichkeit der Befreiung bzw. Erstattung von Zuzahlungen und stellen entsprechende Antragsunterlagen zur Verfügung. Es kann unterstellt werden, dass zuzahlungsbefreite Personen bereits die notwendigen Kenntnisse darüber haben, wie sie die Befreiung bzw. Erstattung von Zuzahlungen bei ihrer Krankenkasse beantragen können. Die vorgesehene gesetzliche Verpflichtung ist daher nicht notwendig. Diese würde nur zu weiteren, unnötigen administrativen Aufwänden für die Krankenkassen führen. Zu b) § 62 Absatz 5 SGB V (neu) Wir lehnen die Regelungen vor dem Hintergrund, dass mit ihnen mehr Bürokratie einhergeht, ab. Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass durch die Einführung von § 62 Absatz 5 SGB V die Krankenkassen

		und Versicherten entlastet werden sollen, weil eine Prüfung der Belastungsgrenze durch die Krankenkasse während des einjährigen Befreiungszeitraums entbehrlich ist. Da im Anschluss an diesen einjährigen Befreiungszeitraum Versicherte wieder einen neuen Antrag stellen und Nachweise einreichen müssen, ergeben sich jedoch für die Krankenkassen keine Entlastungen. Vielmehr müssen die Krankenkassen neue Prozesse zur Dokumentation etablieren, vor allem darüber, in welchem Jahr Nachweise erforderlich sind und in welchem Jahr nicht. Auch die Versicherten müssen in ihrem eigenen Interesse nachvollziehen, in welchem Jahr keine Nachweise erforderlich sind. Dabei kann die Systematik, dass in jedem dritten Jahr die Belastungsgrenze des Vorjahres gilt, von Versicherten durchbrochen werden, wenn sie eine neue Ermittlung der Belastungsgrenze beantragen. Es ist davon auszugehen, dass nicht nur durch die erforderliche Dokumentation, sondern auch durch die notwendige Kommunikation mit Versicherten erhebliche bürokratische Aufwände für die Krankenkassen entstehen. Auch für die Versicherten wird die Regelung zu keiner Entlastung führen. Vielmehr sind sie dazu angehalten zu prüfen, ob es sich für sie lohnt in einem Jahr, in dem die Belastungsgrenze des Vorjahres herangezogen wird, eine Neuermittlung der Belastungsgrenze zu beantragen. **Änderungsvorschlag** Die vorgesehenen Regelungen unter Nummer 24 b) (Einführung von § 62 Absatz 4 und 5 SGB V) sind in Gänze zu streichen.
28.	§ 64b	**Bewertung** Mit der Evaluation EVA64 liegen bereits umfangreiche Erkenntnisse zu den Auswirkungen der Modellvorhaben vor. Die Ergebnisse zeigen insbesondere Potenziale zur Reduktion vollstationärer Bettenkapazitäten sowie voll- und teilstationärer Behandlungstage. Der durch die Modellvorhaben angestrebte Erkenntnisgewinn wurde damit weitgehend erreicht. Anstelle einer zeitlich unbefristeten Fortführung der Modellphase sollte daher die Überführung geeigneter Versorgungsansätze in die Regelversorgung geprüft und umgesetzt werden. Die dauerhafte Fortführung von Modellvorhaben ist gegenüber einer entsprechenden Regelversorgungslösung nicht sachgerecht. Sofern dennoch an einer Entfristung der Modellvorhaben festgehalten wird, sollte zumindest geprüft werden, die Verpflichtung zur fortlaufenden Evaluation auszusetzen. Nach Vorliegen der Ergebnisse der EVA64-Evaluation ist nur mit einem begrenzten zusätzlichen Erkenntnisgewinn durch weitere Evaluationen zu rechnen. Die Fortführung verursacht hingegen weiterhin administrativen und finanziellen Aufwand. **Änderungsvorschlag**

		Die erfolgreich evaluierten Versorgungsansätze der Modelle nach § 64b SGB V sollten in eine gesetzliche Regelversorgung überführt werden. Eine dauerhafte Fortführung von Modellvorhaben kann die erforderliche Weiterentwicklung des Regelversorgungssystems nicht ersetzen. Hilfsweise ist die gesetzliche Verpflichtung zur Evaluation der Modellvorhaben nach § 64b SGB V aufzuheben.
35.	§§ 71a bis 71d	**Bewertung** Die Einführung einer zentralen Schiedspersonenregelung in § 71a SGB V ist differenziert zu betrachten. Positiv hervorzuheben sind insbesondere die Bündelung bislang dezentral geregelter Schiedsverfahren sowie die mit der Fortgeltung bestehender Verträge verbundene Stärkung der Versorgungssicherheit. Die Regelung trägt dazu bei, vertragslose Zustände zu vermeiden und eine kontinuierliche Versorgung sicherzustellen. Nichtsdestotrotz werden grundsätzliche Probleme und Bürokratieabbaupotenziale nicht angegangen. Dies betrifft konkret den Bereich der HKP, AKI und SAPV. Schiedssprüche einzelner Schiedspersonen entfalten derzeit regelmäßig keine über den Einzelfall hinausgehende Orientierungswirkung. Aufgrund unterschiedlicher fachlicher Ansätze und Begründungstiefen fehlt häufig eine vergleichbare und konsistente Spruchpraxis, sodass identische oder ähnliche Streitfragen in nachfolgenden Verfahren erneut verhandelt werden müssen. Eine Schiedsstelle könnte durch qualitativ hochwertige, nachvollziehbare und einheitliche Entscheidungen schrittweise eine belastbare Spruchpraxis etablieren, wodurch wiederkehrende Streitigkeiten bereits im Vorfeld geklärt, die Anzahl von Schiedsverfahren reduziert und erhebliche Verwaltungs- und Bürokratieaufwände eingespart werden könnten. Zu §39a: Aus Sicht des vdek besteht jedoch Klarstellungsbedarf insbesondere hinsichtlich des Verweises auf § 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V. Nach dem Wortlaut könnte der Eindruck entstehen, die Schiedspersonenregelung beziehe sich auf die bundesweite Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V selbst. Tatsächlich soll die Regelung jedoch für die regionalen Versorgungsverträge gelten, die auf Grundlage dieser Rahmenvereinbarung nach Satz 4 abgeschlossen werden. Die Gesetzesbegründung bestätigt dieses Verständnis ausdrücklich. Die Formulierung in § 71a SGB V Satz 1 („Kommt ein Vertrag nach § 39a Absatz 1 Satz 4 … nicht zustande …“) erscheint deshalb missverständlich. **Änderungsvorschlag**

		„Kommt ein Vertrag nach § 39a Absatz 1, dessen Rechtsgrundlage die Rahmenvereinbarung nach Satz 4 ist, nicht zustande, ...“ Hierdurch würde deutlicher zum Ausdruck gebracht, dass sich die Schiedspersonenregelung auf die regionalen Versorgungsverträge und eben nicht auf die Rahmenvereinbarung auf der Bundesebene selbst bezieht. **Änderungsvorschlag 2** Streichung „§132a Absatz 4 Satz 1“ und „§132l Absatz 5 Satz 1“ Streichung „§ 132d Absatz 1 Satz 1, Satz 2 und Satz 6“ **Änderungsvorschlag 3** Ergänzung und Streichung § 71a Absatz 2: „Einigen sich die Vertragspartner der in Absatz 1 Satz 1 genannten Verträge nicht auf eine unparteiische Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse oder für den vertragsschließenden Verband zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. § 12 Absatz 1 gilt entsprechend. Für die Erteilung des Bescheids zur Bestimmung der Schiedsperson sind kostendeckende Gebühren zu erheben.”
	§ 71d	**Bewertung** Wir begrüßen die Regelungen. Darüber hinaus sollte das Potenzial des Bürokratieabbaus einer Schiedsstelle auch für die Leistungsbereiche der AKI, HKP und SAPV gelten. Schiedssprüche einzelner Schiedspersonen entfalten regelmäßig keine über den Einzelfall hinausgehende Orientierungswirkung. Aufgrund unterschiedlicher Entscheidungsansätze fehlt häufig eine konsistente Spruchpraxis, sodass vergleichbare Streitfragen nicht nur unterschiedlich entschieden, sondern auch erneut verhandelt werden müssen. Dies verursacht fortlaufende Verhandlungs-, Schieds- und Verwaltungsaufwände bei Krankenkassen und Leistungserbringern. Eine Schiedsstelle könnte durch eine einheitliche und nachvollziehbare Entscheidungspraxis Orientierung für künftige Verfahren schaffen, die Zahl vergleichbarer Schiedsverfahren reduzieren und damit Bürokratie-, Personal- und Verfahrenskosten senken. Allein im Bereich der außerklinischen Intensivpflege entstanden der GKV im Jahr 2025 Schiedskosten von rund 140.000 Euro; für 39 Verfahren wurden 16 unterschiedliche Schiedspersonen eingesetzt. **Änderungsvorschlag** Neuer Absatz 1a, der wie folgt gefasst wird:

		„Kommt ein Vertrag nach §132a Absatz 4 Satz 1, §132l Absatz 5 Satz 1 oder § 132d Absatz 1 Satz 1, Satz 2 und Satz 6 ganz oder teilweise nicht zustande, wird der Inhalt durch die jeweils zuständige Schiedsstelle festgelegt. Die Festlegung erfolgt innerhalb von drei Monaten. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zur Hälfte, dies gilt auch, wenn es auf einer oder auf beiden Seiten der Vertragspartner mehrere Beteiligte gibt." Neuer Absatz 2a, der wie folgt gefasst wird: „Die Landesschiedsstelle besteht aus drei Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, sowie drei Vertretern für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Landesebene sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied können Stellvertreter bestellt werden. Der Vorsitzende und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und die Ersatzkassen, sowie für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Landesebene gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande oder bestellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, sowie für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Landesebene keine Vertreter, werden sie in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach § 71b Absatz 5 Satz 7 und Absatz 6 Satz 3 bestellt. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre." Ergänzung und Streichung § 71d Absatz 5: (5) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die unparteiische Amtsführung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, die Geschäftsführung, das Verfahren, sein Teilnahmerecht an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten regeln. Die §§ 12 Absatz 1 und 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gelten entsprechend. Handelt es sich um eine Landesschiedsstelle, so werden die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere nach Satz 1 zu regeln. Sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.
44.	§ 87	**Bewertung** Zu a) Wir begrüßen die Regelung. Bezüglich der verpflichtenden Nutzung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie bleibt der Entwurf an der entscheidenden Stelle jedoch

		unverbindlich. „*Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) können die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten […]"* Dies sollte keine Option sein. Die Leistungserbringer sollten gesetzlich verpflichtet sein, dass elektronische Antrags- und Gutachterverfahren zu nutzen, um dem Ziel „Entbürokratisierung" auch gerecht zu werden und den Erhalt von Doppelstrukturen (Papier und Digital) zu verhindern. Darüber hinaus beschränkt sich der Entwurf wörtlich auf die Digitalisierung der „genehmigungspflichtigen Leistungen". Es sollten jedoch auch anzeigepflichtige Leistungen (z. B. Akutbehandlungen) oder Mitteilungsdatensätze digitalisiert werden, damit ein vollständiger digitaler Prozess entsteht. **Änderungsvorschlag** § 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V sieht vor, das Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt wurde. Das ist nicht zielführend. Eine wesentliche Funktion des Antragsverfahrens ist die mit der Genehmigung des Antrages durch die Krankenkasse einhergehende vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung. Dadurch wird für Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten gleichermaßen ein sicherer Behandlungsrahmen geschaffen. Die kommende Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens entbürokratisiert und beschleunigt nun auch noch den Prozess, sodass keine Gründe für die Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahren sprechen. Deshalb sollte die nachfolgende Anpassung von § 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V in den Referentenentwurf aufgenommen werden: „*Der GBA hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben* ***zu überprüfen****, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.*" **Bewertung** Zu c) In der Ablaufbeschreibung fehlt der Übertragungsweg des Begutachtungsauftrages von der Krankenkasse zum Vertragsgutachter. Dieser Schritt im Begutachtungsablauf ist zu ergänzen. **Änderungsvorschlag** „Für die Übermittlung der Daten nach Satz 4 durch den Vertragszahnarzt an den vertragszahnärztlichen Gutachter und die Übermittlung des Ergebnisses der Begutachtung durch den vertragszahnärztlichen Gutachter an die Krankenkasse ist ein sicheres Übermittlungsverfahren der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 verpflichtend ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden

		Kalendermonats] zu nutzen. Dies gilt auch für den Begutachtungsauftrag der Krankenkasse an den Vertragsgutachter nach Satz 1.“
48.	§ 92	**Bewertung** Zu b) Wir lehnen die geplante Regelung ab. Mit der geplanten Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens entfällt das Argument des Bürokratieabbaus bei Aufhebung der Zweiteilung der Kurzzeittherapie. Stattdessen zeigen Auswertungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Steuerungswirkung der Zweiteilung, die daher unbedingt erhalten bleiben sollte. **Änderungsvorschlag** Streichung
49.	§ 92a	**Bewertung** Die vorgesehene Absenkung der Innovationsfondsförderung zugunsten eines neuen Zukunftsfonds lehnen wir ab. Es erschließt sich nicht, weshalb für die Förderung digitaler Vorhaben ein zusätzlicher Fonds mit eigener Governance-Struktur geschaffen werden soll. Der Innovationsfonds ist bereits ein etabliertes Förderinstrument mit den notwendigen Verfahren zur Ausschreibung, Begutachtung, Förderung und Evaluation innovativer Versorgungskonzepte. Auch digitale Versorgungsansätze können über den Innovationsfonds gegebenenfalls mit expliziter Beschreibung im § 92a SGB V und in den Förderrichtlinien des Innovationsausschusses gefördert werden. Eine Aufteilung der Fördermittel auf zwei Fonds birgt die Gefahr von Doppelstrukturen, zusätzlichem Verwaltungsaufwand und sinkender Transparenz. Darüber hinaus werden mit dem Zukunftsfonds neue Gremien- und Verwaltungsstrukturen aufgebaut, unter anderem ein Digital Health Council sowie ein Förderträger. Damit sind zusätzliche Verwaltungs- und Projektträgerkosten verbunden, die zulasten der für die Förderzwecke verfügbaren Mittel gehen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht sachgerecht, Mittel aus dem Innovationsfonds abzuziehen, um parallel ein weiteres Förderinstrument mit ähnlicher Zielrichtung aufzubauen. **Änderungsvorschlag** Streichung der Regelung Zielführender ist, die Strukturen des Innovationsfonds weiter zu nutzen und diese zugleich effizienter und effektiver zu machen sowie gegebenenfalls Förderschwerpunkte zu digitalen Versorgungsinnovationen

		innerhalb des bestehenden Förderrahmens zu definieren. Falls eine verbindliche Festlegung auf digitale Versorgungsinnovationen angestrebt wird, wäre auch die Etablierung eines gesonderten Förderbereichs innerhalb des Innovationsfonds, vergleichbar mit der Förderung der Entwicklung oder Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien, möglich. Die gematik könnte ähnlich der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in dieses gesonderte Verfahren eingebunden werden.
52.	§ 105	**Bewertung** Zu Absatz 1a) Die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist ein wichtiges Anliegen, das wir unterstützen. Allerdings sollte für die konkrete Verwendung der Strukturfondsmittel weiterhin ausschlaggebend sein, in welchem Bereich in der jeweiligen KV-Region der größte Handlungsbedarf besteht. Das kann, muss aber nicht in allen Regionen die Verbesserung der Barrierefreiheit sein. Vor diesem Hintergrund wird eine konkrete gesetzliche Vorgabe abgelehnt. Die Entscheidungshoheit sollte bei den regionalen Vertragspartnern verbleiben. **Änderungsvorschlag** Streichung der Regelung
55.	§ 106d	**Bewertung** Die vorgesehene Ausgestaltung der Abrechnungsprüfung nach § 106d Absatz 4a lehnen wir ab. Aufgrund des zu erwartenden Rückgangs kassenseitiger Prüfanträge infolge der deutlich stärkeren Budgetierung von Leistungen durch das BStabG, gehen wir davon aus, dass sich die bürokratischen Aufwände auf Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ohnehin entsprechend reduzieren werden. Demgegenüber würde das vorgeschlagene Verfahren durch die Einbeziehung einer zusätzlichen Zwischenstelle erhebliche neue Aufwände verursachen, ohne die bestehenden Aufgaben in nennenswertem Umfang zu verringern. Bereits heute sind die Krankenkassen gehalten, ihre Prüfanträge zu begründen und die hierfür erforderlichen Unterlagen bereitzustellen. Inhaltliche Prüfungen betreffen zudem häufig vertragliche Regelungen zwischen einzelnen Krankenkassen und KVen, die den jeweiligen Vertragsparteien vorliegen, einer Zwischenstelle jedoch zunächst zugänglich gemacht werden müssten. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Prüfungsstelle überwiegend formale Vorprüfungen durchführen könnte. Die eigentliche inhaltliche Bewertung würde weiterhin bei der KV verbleiben. Gerade bei

		komplexen Sachverhalten entstünde daher kein spürbarer Entlastungseffekt. Gleichzeitig wären zusätzliche Abstimmungsbedarfe und Reibungsverluste durch die Einbindung einer weiteren Institution zu erwarten. Hinzu kommt, dass das bestehende Datenaustauschverfahren grundlegend angepasst werden müsste. Auch die mit der Aufgabenverlagerung verbundenen Haftungsfragen sind bislang nicht hinreichend geklärt. Insgesamt ist daher nicht erkennbar, dass die Einbeziehung der Prüfungsstellen als zusätzliche Instanz für kassenseitige Prüfanträge zu einer Verfahrensvereinfachung oder relevanten Entlastung der Beteiligten beitragen würde. Vielmehr wäre mit zusätzlicher Bürokratie sowie dem Aufbau neuer Prozesse und Strukturen zu rechnen. Die vorgesehene Regelung hinsichtlich der Nichtmehr-Anwendbarkeit des § 45 Absatz 2 SGB I birgt darüber hinaus das Risiko, dass berechtigte Ansprüche der Krankenkassen auf sachlich-rechnerische Berichtigung allein aufgrund des Fristablaufs nicht mehr durchgesetzt werden können. Dies gilt insbesondere im Zusammenspiel mit der geplanten Vorprüfung durch die Prüfungsstelle, die als zusätzlicher Verfahrensschritt und damit voraussichtlich zu weiteren Verzögerungen führt. Die Fristsetzung in § 106d Absatz 6 SGB V zu der Vereinbarung der Voraussetzungen für den Einsatz eines elektronisch gestützten Regelwerkes bewerten wir mit Blick auf die fehlende Umsetzung dieses bereits seit Jahren bestehenden gesetzlichen Auftrages im zahnärztlichen Bereich als sinnvoll. **Änderungsvorschlag** Keine Änderung des bisherigen § 106d Absatz 4 sowie Absatz 5 und keine Aufnahme eines Absatzes 4a.
57.	§ 110a	**Bewertung** Die vorgesehene Umstellung der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V von einer verpflichtenden auf eine freiwillige Abschlussmöglichkeit begrüßen wir grundsätzlich. Die bisherige Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Qualitätsverträgen sowie die hiermit verbundenen Vorgaben zur Verausgabung von Finanzmitteln haben in der Praxis einen erheblichen administrativen Aufwand verursacht, wobei der flächendeckende Mehrwert des Instruments bisher nicht vollständig evaluiert wurde. Vor diesem Hintergrund ist auch der Wegfall der Ausgabenpflicht einschließlich der damit verbundenen Nachweis-, Berechnungs- und Kontrollmechanismen sachgerecht. Insbesondere entfällt die Ermittlung und

		Berücksichtigung von Unterausgaben durch den GKV-SV sowie die Einbindung des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS), was dem Ziel des Bürokratieabbaus entspricht. Positiv ist zudem die Klarstellung, dass Qualitätsverträge nicht mehr abgeschlossen oder fortgeführt werden sollen, wenn gleich- oder höherwertige Qualitätsanforderungen bereits durch Regelungen nach § 136 SGB V bestehen. Damit wird die Funktion der Qualitätsverträge stärker auf die Erprobung neuer qualitätsfördernder Ansätze konzentriert und eine Parallelstruktur zur etablierten Qualitätssicherung vermieden. Dies entspricht dem Charakter von Qualitätsverträgen als Erprobungsinstrument. Sachgerecht ist, dass an der Evaluation der Qualitätsverträge festgehalten wird. Solange Qualitätsverträge weiterhin als Instrument zur Erprobung qualitätsverbessernder Maßnahmen zur Verfügung stehen, besteht ein berechtigtes Interesse daran, die gewonnenen Erkenntnisse systematisch auszuwerten und für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung nutzbar zu machen. Kritisch ist, dass derzeit nicht klar ist, ob die Neuregelung der Finanzierungsverpflichtung starke Anreize zur Beendigung bestehender Qualitätsverträge setzt. Eine verstärkte Kündigung von Verträgen während des Evaluationszeitraums könnte die Datengrundlage verändern und damit die Validität sowie Interpretierbarkeit der Evaluationsergebnisse beeinträchtigen. Zudem führen Vertragskündigungen zu kurzfristigen Verwerfungen bei Leistungserbringern und Kostenträgern. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, für bestehende Qualitätsverträge einen geordneten Abschluss vorzusehen. Eine Fortführung der Ausgabenverpflichtung bis zum 31.12.2027 kann dazu beitragen, Verzerrungen durch vorzeitige Vertragskündigungen zu vermeiden und die Belastbarkeit der Evaluationsergebnisse zu sichern. Kritisch ist die vorgesehene Verpflichtung des GKV-SV zur Festlegung von Pauschalen für die Vorbereitung und Durchführung von Qualitätsverträgen. Da der Referentenentwurf zugleich von einer Verringerung des Finanzvolumens und einer geringeren Zahl von Qualitätsverträgen ausgeht, erscheint der praktische Nutzen dieser Regelung begrenzt. Zudem bleibt unklar, auf welcher Grundlage die Angemessenheit der Pauschalen bestimmt und überprüft werden soll. Sollte hierfür künftig erneut ein Prüf- oder Nachweisverfahren erforderlich werden, würde dies dem Ziel des Bürokratieabbaus widersprechen. **Änderungsvorschlag** Streichung von § 110a Absatz 2 Satz 2 und 3 Fortgeltung des § 110a Absatz 3 mit einer Befristung bis zum 31.12.2027.

58.	§ 111	**Bewertung** Das Ziel einer barrierefreien Rehabilitation unterstützen wir. Die vorgesehene Ergänzung des § 111 Absatz 7 SGB V zur barrierefreien Rehabilitation lehnen wir aber ab. Barrierefreiheit ist eine rehabilitationsträgerübergreifende Aufgabe und wird bereits über das SGB IX geregelt, das internes Qualitätsmanagement, das Qualitätssicherungsverfahren und die Rahmenempfehlungen berücksichtigt. Die vorgesehene Verortung im SGB V ist daher nicht sachgerecht. Weitergehende Anforderungen sollten für alle Rehabilitationsträger trägerübergreifend im SGB IX geregelt werden und dürfen nicht allein von der GKV finanziert werden. **Änderungsvorschlag** Die Änderung wird gestrichen.
68.	§ 118	**Bewertung** Zu b) Die Änderung wird damit begründet, dass das Erfordernis einer fachärztlichen Überweisung in der Versorgungspraxis psychosomatischer Institutsambulanzen (PSIA) zu Zugangsbarrieren und Behandlungsverzögerungen führen könne. Zudem wird angeführt, dass Patient:innen mit psychosomatischem Behandlungsbedarf häufig zunächst hausärztlich versorgt würden und fachärztliche Kapazitäten nicht immer zeitnah verfügbar seien. Aus unserer Sicht muss vermieden werden, dass Defizite im niedergelassenen Bereich durch eine Ausweitung des Zugangs zu PSIA kompensiert werden. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten fachärztlichen Versorgung obliegt zunächst den KVen. Der erleichterte Zugang über eine hausärztliche Überweisung steht zudem im Widerspruch zum Konzept einer abgestuften Versorgung und birgt die Gefahr, die Indikationsstellung für eine Behandlung in psychosomatischen Institutsambulanzen aufzuweichen. Diese Einrichtungen sind für Patient:innen vorgesehen, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen ambulanten, krankenhausnahen Versorgungsangebots bedürfen. Eine Ausweitung des Zugangs kann zu einer Verlagerung von Patient:innen in Institutsambulanzen führen, die grundsätzlich auch und vorrangig im niedergelassenen Bereich versorgt werden müssten. So würden die begrenzten Ressourcen der PSIA zusätzlich belastet und jenen Patient:innen den Zugang zur Versorgung erschweren, für die diese spezialisierten Versorgungsstrukturen vorgesehen sind. **Änderungsvorschlag**

		Streichung
70.	§ 119	**Bewertung** Wir lehnen die Regelung ab. In der Versorgungspraxis werden bereits heute vereinzelt junge Volljährige über das 18. Lebensjahr hinaus in SPZ weiterbetreut, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist. Die gesetzliche Klarstellung erscheint vor dem Hintergrund der bereits bestehenden Versorgungspraxis nur von begrenzter praktischer Relevanz. Es besteht jedoch das Risiko, dass die Ausnahmeregelung den zeitgerechten Übergang der Patient:innen in die Erwachsenenversorgung, zum Beispiel in die Medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V, verzögert und die Abgrenzung der jeweiligen Versorgungsaufträge verwischen. **Änderungsvorschlag** Die Regelung ist entbehrlich, da bereits heute einzelfallbezogen eine Weiterversorgung erfolgen kann, daher sollte sie gestrichen werden.
73.	§ 124	**Bewertung** Diese Leistungsausweitung lehnen wir ab. Beide Verträge nach § 125a schließen Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen und vergleichbare Einrichtungen ausdrücklich von der Leistungserbringung per Blanko-Verordnung aus. Die geplante gesetzliche Änderung hebt diesen Ausschluss faktisch auf. Es handelt sich daher um eine Leistungsausweitung. Angesichts der bereits feststellbaren Ausgabensteigerungen im Zusammenhang mit der Blankoverordnung sowie der bislang nur vorliegenden Zwischenevaluation bestehen erhebliche Risiken weiterer Kostensteigerungen. Aus unserer Sicht sollte daher zunächst die abschließende Evaluation der Blankoverordnung abgewartet werden, bevor eine Ausweitung auf zusätzliche Leistungserbringergruppen erfolgt. Eine gesetzliche Erweiterung ohne belastbare Erkenntnisse zu Wirtschaftlichkeit und Versorgungseffekten ist äußerst kritisch. **Änderungsvorschlag** Streichung der Regelung bis die Ergebnisse der Evaluation vorliegen.
76.	§ 127	**Bewertung** Zu Absatz 1, Punkt 5: Regelungen zum Wiedereinsatz von Hilfsmitteln sind immer abhängig vom Produktbereich und der Versorgungssituation und selbst bei identischem Produktbereich sind sie von Ersatzkasse zu Ersatzkasse höchst

		unterschiedlich. Die Ausgestaltung zum Wiedereinsatz eignet sich nicht als Punkt für den Rahmenvertrag. Sie kann nur auf Vertragsebene zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer in Abhängigkeit von den vertraglich definierten Qualitätsanforderungen an den gesamten Versorgungsprozess erfolgen. Zu Absatz 1, Punkt 7: Die Übermittlung der elektronischen Kostenvoranschläge über die Telematikinfrastruktur (TI) einzubinden ist unnötig und wird abgelehnt. Das seit Jahren etablierte und akzeptierte Verfahren über die Branchensoftware der Leistungserbringer, eKV-Plattformen und Kassensystemen ist gut aufeinander abgestimmt und trägt heute bereits wesentlich zur effizienten Hilfsmittelbeantragung bei. Zu Absatz 1, Punkt 8: Heilungsmöglichkeiten von formalen Fehlern können ebenfalls kein Bestandteil des Rahmenvertrags sein. Allein die Festlegung, was ein rein formaler Fehler ist, lässt sich nicht allgemeingültig beantworten. Der Part Fehlerkorrektur gehört eng in die Vertragsebene und das Vertragscontrolling. Zudem besteht die Gefahr, dass eine allgemeine Regelung im Rahmenvertrag dazu führt, dass Fehler in der Versorgung über den Rahmenvertrag geheilt werden könnten. Dies ist zwingend zu vermeiden. **Änderungsvorschlag**: Absatz 1 Nummer 5, Nummer 7 und Nummr 8 werden ersatzlos gestrichen. **Bewertung** Zu Absatz 5 Die Bindungswirkung von Schiedsverfahren und Schiedssprüchen unter Beteiligung von Leistungserbringergemeinschaften gegenüber deren Mitgliedsbetrieben bleibt weiterhin rechtlich nicht abschließend geklärt. Es fehlt an einer rechtssicheren Grundlage, die eine verbindliche Wirkung gegenüber sämtlichen angeschlossenen Betrieben gewährleistet. **Änderungsvorschlag** Absatz 5 wird wie folgt ergänzt: Die von einer Leistungserbringergemeinschaft im Namen und mit Wirkung für ihre Mitgliedsbetriebe geführten Vertragsverhandlungen sowie die in diesem Zusammenhang geschlossenen Vereinbarungen und ergangenen schiedsgerichtlichen Entscheidungen sind für die von ihr vertretenen Mitgliedsbetriebe verbindlich.

		Bewertung Zu Absätzen 13 und 14 Der vdek lehnt die Neuregelung der Absätze 13 und 14 ab. Hier werden überbordende bürokratische Prozesse aufgebaut, die zudem in die Controllingprozesse der Krankenkassen eingreifen. Des Weiteren ist der Nutzen des Qualitätsreports fraglich, wenn die Informationen anonymisiert und keine Rückschlüsse auf konkrete Leistungserbringer möglich sind. **Änderungsvorschlag** § 127 Absätze 13 und 14 werden ersatzlos gestrichen.
77.	§ 128	**Bewertung** Die Änderung unterstützen wir. Im Zuge des Bürokratieabbaus wäre es ebenfalls sinnvoll, die nicht notwendigen Genehmigungen im § 128 Abs. 4b zu streichen. **Änderungsvorschlag** § 128 Abs. 4b wird ebenfalls gestrichen.
82.	§ 132a	**Bewertung** Schiedsverfahren im Bereich HKP sollen zukünftig über Schiedsstellen nach § 71d erfolgen. Eine Schiedsstelle könnte durch eine einheitliche und nachvollziehbare Entscheidungspraxis Orientierung für künftige Verfahren schaffen, die Zahl vergleichbarer Schiedsverfahren reduzieren und damit Bürokratie-, Personal- und Verfahrenskosten senken. **Änderungsvorschlag** Absatz 3 wird wie folgt geändert: „[…] Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine Schiedsstelle nach § 71d Absatz 1a und 2a festgelegt. Endet ein Vertrag und besteht Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrags, so gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsstelle gemäß § 71d vorläufig weiter.“
84.	§ 132d	**Bewertung**

		Schiedsverfahren im Bereich SAPV sollen zukünftig über Schiedsstellen nach § 71d erfolgen. Eine Schiedsstelle könnte durch eine einheitliche und nachvollziehbare Entscheidungspraxis Orientierung für künftige Verfahren schaffen, die Zahl vergleichbarer Schiedsverfahren reduzieren und damit Bürokratie-, Personal- und Verfahrenskosten senken. **Änderungsvorschlag** Absatz 2 wird wie folgt gefasst: „Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Rahmenvertrages nach Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 durch eine Schiedsstelle nach § 71d Absatz 1a und 2a." Neuer Absatz 3 wird eingefügt: „Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Vertrages nach Absatz 1 Satz 6 durch eine Schiedsstelle nach § 71d Absatz 1a und 2a festgelegt." Absatz 2 Satz 2 kann ersatzlos entfallen. Neuer Absatz 4 (Absatz 2 Satz 3 wird zu einem neuen Absatz 4) „Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen; dies gilt auch, wenn es auf einer oder auf beiden Seiten der Rahmenvertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 und der Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 6 mehrere Beteiligte gibt."
85.	§ 132e	**Bewertung** Wir können die Notwendigkeit, gesetzliche Regelungen zu treffen, die die Übernahme neuer Impfungen als Sachleistung im KV-System unmittelbar nach Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog sicherstellen, nachvollziehen. Allerdings greifen die vorgesehenen Regelungen zu kurz. Die bloße Verkürzung der Frist, sich auf einen Vertragsinhalt zu einigen, wird, auch in Verbindung mit fristverkürzenden Sonderregelungen für Schiedsverfahren, nicht zu schnelleren Abschlüssen der Impfvereinbarungen führen. Es braucht vielmehr eine inhaltliche Lösung für den Umstand, dass die Vergütungsforderungen der Ärzteschaft bei neuen Impfungen seit der Corona-Pandemie oftmals deutlich oberhalb der bislang üblichen, aus Sicht der Krankenkassen angemessenen Impfvergütungen liegen. Dadurch waren Einigungen zur Aufnahme neuer Impfungen in die regionalen Impfvereinbarungen in den letzten Jahren zum Teil erst deutlich zeitverzögert möglich.

		Änderungsvorschlag Die Ersatzkassen haben zwei Gesetzesvorschläge entwickelt, mit denen dieser Entwicklung wirksam begegnet werden kann. Bevorzugt wird eine Festlegung der Vergütungen für Schutzimpfungen auf Bundesebene im EBM (Vorschlag 1). Hilfsweise wird eine stringentere Fassung von § 132e Absatz 1 Satz 10 vorgeschlagen (Vorschlag 2) Beide Formulierungen finden Sie im ergänzenden Änderungsbedarf.
86.	§ 132i	**Bewertung** Durch die Regelung zum Fortbestand eines Altvertrages bis der neue Vertrag Gültigkeit erlangt, wird vermieden, dass für die Hämophiliezentren ein vertragsloser Zustand entsteht. Der Hinweis, dass Anspruch auf einen neuen Vertrag bestehen muss, ist dabei richtig und wichtig, falls sich Qualitätsvoraussetzungen der Zentren geändert haben. Da die Gründe für Vertragsänderungen häufig geänderte gesetzliche Grundlagen sind (z. B. Einführung des § 132i durch das GSAV) sollte ergänzt werden, dass Altverträge nur fortgeführt werden können, sofern keine rechtlichen Belange dem entgegenstehen. **Änderungsvorschlag** Endet ein Vertrag und besteht Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrags, so gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson gemäß § 71a vorläufig weiter. Dies gilt nicht, wenn die weitere Anwendung des bisherigen Vertrags gegen höherrangiges Recht verstößt oder aus sonstigen rechtlichen Gründen unzulässig ist.
88.	§ 132l	**Bewertung** Schiedsverfahren im Bereich AKI sollen zukünftig über Schiedsstellen nach § 71d erfolgen. Eine Schiedsstelle könnte durch eine einheitliche und nachvollziehbare Entscheidungspraxis Orientierung für künftige Verfahren schaffen, die Zahl vergleichbarer Schiedsverfahren reduzieren und damit Bürokratie-, Personal- und Verfahrenskosten senken. **Änderungsvorschlag** Absatz 5 Satz 8 wird wie folgt geändert: „[…] Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Versorgungsvertrages durch eine Schiedsstelle nach § 71d Absatz 1a und 2a ~~von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson nach § 71a~~ festgelegt.“

101.	§ 197a	**Bewertung** Zu Absatz 3b) Wir begrüßen die vorgesehene Erweiterung des Kreises der nach § 197a SGB V verpflichteten Institutionen. Allerdings sollte eine weitere Lücke geschlossen werden: Um mittels fingierter, tatsächlich nicht bestehender Beschäftigungsverhältnisse in einem möglichst großen Umfang Sozialleistungen unterschiedlicher Art von den einzelnen Sozialleistungsträgern zu erlangen, ohne dass auf solche Leistungen ein Anspruch besteht, werden gezielt Scheinfirmen und Scheinarbeitsverhältnisse gegründet und betrieben. Auf diese Weise entstehen nicht nur den Krankenkassen, sondern auch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II und III Millionenschäden. Zur Prävention und Nachverfolgung von Fällen müssen die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen Hinweise und personenbezogene Daten zukünftig auf einer gesicherten Rechtsgrundlage auch an die Träger der Sozialversicherung übermitteln können. **Änderungsvorschlag (gilt für das SGB XI entsprechend)** Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe c), Doppelbuchstabe aa), wird wie folgt gefasst: „Nach Nummer 7 wird die folgende Nummer 8 angefügt: 8. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind. 9. Die Finanzbehörden des Bundes und der Länder dürfen den Stellen nach Absatz 1 personenbezogene Daten einschließlich steuerlicher Erkenntnisse übermitteln, soweit dies zur Verhütung, Aufdeckung, Verfolgung oder Durchsetzung von Ansprüchen wegen Fehlverhaltens im Gesundheitswesen erforderlich ist und tatsächliche Anhaltspunkte für einen Vermögensschaden zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegen.“
103.	Nach § 206	**Bewertung** Aus unserer Sicht ist die grundsätzliche Intention der Neuregelung nachvollziehbar. Bislang berät und vermittelt der vdek bereits bei anfragenden Stellen, ohne dass es einer festen Rechtsgrundlage bedarf. Die Anfragen hierzu sind aber äußerst selten, weshalb eine Rechtsgrundlage nicht zwingend notwendig wäre. Wenn an der Einführung einer gesetzlichen Regelung festgehalten werden soll, so sollten alle Kassenarten verpflichtet werden, über gesonderte Kontaktwege zu den Krankenkassen zu beraten. Genauso sollten auch private Versicherungsunternehmen verpflichtet werden. Wie die Krankenkassen die gesonderten

		Kontaktwege sicherstellen, sollte Ihnen überlassen bleiben. Die Krankenkassenverbände können sie dabei unterstützen. **Änderungsvorschlag** „Krankenkassen und private Krankenversicherungsunternehmen haben öffentliche oder öffentlich geförderte Stellen, die Personen mit klärungsbedürftigem Krankenversicherungsstatus bei der Klärung und Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes unterstützen, über gesonderte Kontaktwege zu beraten. Die ~~Landes-verbände der~~ Krankenkassen ~~und die Ersatzkassen~~ regeln das Nähere zu den Kontaktwegen und können Kooperationsvereinbarungen mit den öffentlichen und öffentlich geförderten Stellen, die Personen bei der Klärung und Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes unterstützen, abschließen.“
104	§ 206a SGB V	**Bewertung** Das Datenaustauschverfahren zwischen der Finanzbehörde und den Krankenkassen ist um den Personenkreis der Pflichtmitglieder mit Arbeitseinkommen zu erweitern, denn diese Einnahme unterliegt auch der Beitragspflicht, soweit Arbeitseinkommen neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird. Darüber hinaus bedarf es in Absatz 3 der Neuregelung einer Präzisierung. Die Übermittlung der Einkommensdaten für Zwecke der Prüfung der Familienversicherung wird nicht nur für die Prüfung des Gesamteinkommens des zu versichernden Familienangehörigen nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V benötigt. Die Einkommensdaten werden vor allem auch zur Feststellung des Gesamteinkommens des nicht gesetzlich krankenversicherten Ehegatten oder Lebenspartners des Mitglieds bei Prüfung des Ausschlusses der Familienversicherung für gemeinsame Kinder im Sinne des § 10 Absatz 3 SGB V benötigt. **Änderungsvorschlag** Absatz 1 in § 206a SGB V wird wie folgt geändert: (1) Die zuständige Finanzbehörde hat der Krankenkasse für das freiwillig versicherte, für ~~oder~~ nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 versicherungspflichtige Mitglied und für Pflichtversicherte mit Arbeitseinkommen, soweit das Arbeitseinkommen neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird, auf elektronische Anforderung unverzüglich Datum und Veranlagungszeitraum seines für die Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensteuer- oder Einkommensteuervorauszahlungsbescheids, die Art des Steuerbescheids, die Erläuterungen zu den Festsetzungen im Steuerbescheid sowie die jeweils im

		Einkommensteuerbescheid oder im Einkommensteuervorauszahlungsbescheid ausgewiesenen, für die Beitragsbemessung erforderlichen Beträge der Einkünfte aus. Die Absatz 4 in § 206a SGB V ist entsprechend auch um den Personenkreis der Pflichtversicherten mit Arbeitseinkommen, soweit Arbeitseinkommen neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird, zu erweitern. Absatz 3 in § 206a SGB V wird wie folgt geändert: In Satz 1 ist die Angabe „§ 10 Absatz 1 Nummer 5“ durch die Angabe „§ 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 3“ zu ersetzen. In Satz 3 werden die Wörter „der nach § 10 Versicherten“ durch die Wörter „des nicht gesetzlichen krankenversicherten Ehegatten oder Lebenspartners im Sinne des § 10 Absatz 3“ ersetzt.
108.	§ 240	**Bewertung** Grundsätzlich lehnen wir die Einführung eines Quellenabzugsverfahren für freiwillig versicherte Rentenbeziehende nicht ab. In bestimmten Fallkonstellationen führt aber die Einführung zu erheblichem Mehraufwand und einer finanziellen Mehrbelastung für Versicherte. Aktuell führen Beschäftigte über der Jahresarbeitsentgeltgrenze, die eine Rente beziehen, aus der Rente lediglich den Beitragszuschuss an die Krankenkasse ab. Mit der Neufassung ist geplant, dass auch die Rente zusätzlich zur Beitragsberechnung herangezogen wird und eine Erstattung nach § 231 Absatz 2 SGB V erfolgen kann. Dies wird auf Unverständnis bei den Versicherten stoßen, da diese temporäre Mehrbelastung nicht zu vermitteln ist und dem Ziel des Bürokratieabbaus zuwiderläuft. Die Versicherten müssten ein Jahr lang Beiträge über der Beitragsbemessungsgrenze abführen und würden diese erst nach einem Jahr über § 231 SGB V erstattet bekommen. **Änderungsvorschlag:** Die Regelung wird gestrichen.
120.	§ 271	**Bewertung** Wir lehnen die Reduktion ab, daher sollte diese Folgeregelung ebenfalls gestrichen werden. **Änderungsvorschlag**

		Die Regelung wird gestrichen.
127.	Nach § 299	**Bewertung** Die Änderungen des § 299 SGB V können nur einen ersten Schritt darstellen. Die vorgesehenen Änderungen des § 299 SGB V adressieren zwar einen wichtigen Teil der bestehenden Bürokratielasten, nämlich die mehrfache Erhebung, Übermittlung und Verarbeitung identischer Daten, die Ursachen bürokratischer Belastungen reichen jedoch weiter. Sie sind auch Ausdruck eines historisch gewachsenen Nebeneinanders verschiedener Qualitäts- und Strukturregime mit jeweils eigenen Nachweis-, Prüf- und Sanktionsmechanismen. Hierzu zählen insbesondere die Qualitätssicherung des GBA, Strukturvorgaben im OPS-System sowie die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen. Dieses Nebeneinander führt zu Mehrfachnachweisen, Mehrfachprüfungen und teilweise redundanten Datenerhebungen. Eine weitergehende Vereinfachung erfordert auch eine stärkere Harmonisierung der zugrundeliegenden Regelungsstrukturen (siehe Ergänzender Änderungsbedarf). Die vorgesehene Bündelung von Datenerhebungen und Datenübermittlungen unterstützen wir ausdrücklich. Das Once-Only-Prinzip sollte jedoch konsequent entlang der gesamten Datenkette gedacht werden. Dies betrifft zunächst die rechtzeitige Bereitstellung der Daten für die Krankenkassen. Die Daten werden nicht ausschließlich für Zwecke der Qualitätssicherung erhoben, sondern vielfach auch für leistungsrechtliche Entscheidungen und Verwaltungsverfahren der Krankenkassen benötigt. Das Once-Only-Prinzip kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn die Daten nicht nur einmal erhoben, sondern den berechtigten Nutzern auch rechtzeitig und verlässlich zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob auch parallele Datenlieferungen der Krankenkassen vermieden werden können. Sozialdaten der Krankenkassen werden bereits heute sowohl für Qualitätssicherungszwecke als auch für das FDZ Gesundheit bereitgestellt. Wenn identische oder weitgehend identische Datenbestände mehrfach an unterschiedliche Stellen geliefert werden müssen, wird das Ziel des Bürokratieabbaus nur teilweise erreicht. Es sollte daher geprüft werden, ob Daten künftig nur einmal an eine zentrale Stelle übermittelt werden und von dort für unterschiedliche gesetzliche Zwecke genutzt werden können. Auch sollte geprüft werden, ob die Datenmeldungen für das Transparenzverzeichnis ebenfalls durch das Once-Only-Prinzip reduziert werden können. Die stärkere Nutzung von Routinedaten begrüßen wir. Allerdings darf die Priorisierung vorhandener Datenbestände nicht dazu führen, dass künftig nur noch Qualitätsfragen beantwortet werden können, für die bereits Daten vorliegen. Das Beispiel der Dekubitusqualität zeigt, dass aussagekräftige Qualitätssicherung

		häufig zusätzliche Informationen benötigt. Um beurteilen zu können, ob ein qualitätsrelevantes Ereignis bereits bei Aufnahme vorlag oder erst während des Krankenhausaufenthaltes entstanden ist, müssen entsprechende Informationen systematisch verfügbar sein. Gute Routinedaten entstehen nicht von selbst. Vielmehr müssen die hierfür erforderlichen Informationen an geeigneter Stelle erhoben werden. Vor diesem Hintergrund sollte der GBA auch künftig Möglichkeiten erhalten, um auf die Weiterentwicklung der Datengrundlagen Einfluss zu nehmen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass sich Qualitätssicherung künftig stärker an den verfügbaren Daten orientiert als an den tatsächlich relevanten Qualitätsfragen. **Änderungsvorschlag** Bezüglich der Harmonisierung und Verschlankung von derzeit parallelen Nachweis-, Prüf- und Sanktionsregimes wird unter „Ergänzender Änderungsbedarf“ ein gesonderter Vorschlag gemacht. Der neu eingefügte Absatz 1b wird wie folgt geändert: „1. die in Absatz 1 Satz 1 und Absatz 1a Satz 1 genannten Daten nur einmal für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 135b Absatz 2, §135 d Absatz 5 oder § 137a Absatz 3 erhoben und übermittelt werden 2. die Datenübermittlung nach Nummer 1 vorrangig mit Daten nach §303d und mit nach § 21 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes angeforderten und übermittelten Daten Daraus ergibt sich die notwendige Folgeänderung: „§ 303d Absatz 1 wird wie folgt um eine Nummer 12 ergänzt: 12. Übermittlung von Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung auf Grundlage von Richtlinien des GBA gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13.
128.	§ 301	**Bewertung** Der Grundgedanke zur besseren Realisierung von Verlegungsabschlägen ist zwar begrüßenswert, ihm liegt aber die Fehlannahme zugrunde, dass der Krankenkasse zeitnah die Abrechnungsdaten des entlassenden Krankenhauses zur Verfügung stünden. Diese werden regelhaft erst mehrere Tage bis Wochen nach der Verlegung an die Krankenkasse übermittelt. **Änderungsvorschlag** Zusätzliche Ergänzung von § 301 Absatz 1 Nummer 7:

		„den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung unverzüglich nach Entlassung/Verlegung.“
137.	Nach § 394	**Bewertung** Die Einrichtung eines Zukunftsfonds sehen wir kritisch, da der Fonds vor dem Hintergrund der geringen Fördermittel sowie des spezifischen Fördertatbestandes keinen Mehrwert schafft und die Governance- und Verwaltungsstruktur nur zusätzliche Bürokratie schafft. Wir lehnen außerdem ab, dass mit Hilfe von Beitragsgeldern eine Förderung von Softwareanbietern erfolgen soll. Zudem besteht die Gefahr einer Querfinanzierung staatlicher Aufgaben bzw. staatlicher Strukturen. Eine Alternative wäre die Erweiterung der Förderung durch den Innovationsfonds, verbunden mit einer deutlichen Vereinfachung, bürokratischen Entlastung der bestehenden Förderstrukturen. **Änderungsvorschlag** Streichung der Regelung
138.	§ 412	**Bewertung** Wir begrüßen die Regelung. Kritisch sehen wir aber den Umgang mit den bisher festgestellten Beitragsschulden in der GKV. An dieser Stelle wäre eine Regulierung wünschenswert. **Änderungsvorschlag** „Zum Ausgleich der Beitragsausfälle für die Solidargemeinschaft der Beitragszahler ist eine Verpflichtung zur rückwirkenden Beitragsübernahme durch die zuständigen Leistungsträger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz für Bestandsfälle für alle Zeiträume der Mitgliedschaft bis zum Inkrafttreten der Neuregelung notwendig. Im Kern ginge es dabei um eine Regelung, die in ihrer Intention den Verpflichtungen von Leistungsträgern der Sozialhilfe zur Übernahme der Beiträge nach § 32 SGB XII nachgebildet ist. Alternativ wäre gegebenenfalls ein wie auch immer gearteter pauschaler Ausgleich an den Gesundheitsfonds aus Steuermitteln in Betracht zu ziehen.”
		Artikel 2 I Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1.	§ 71	**Bewertung**

		Die Änderung ist folgerichtig, sofern die förmliche Zulassung beim BAS entfällt. Dadurch werden Bürokratiekosten abgebaut, die Verlagerung der DMP in den aufsichtsrechtlichen Bereich wird jedoch neue Kosten generieren. Im Weiteren greift die Änderung jedoch zu kurz: Da der Entwurf einen verpflichtenden Abschluss der DMPs, der gemeinsam und einheitlich erfolgen soll, vorsieht, ist dem Wegfall der Freiwilligkeit sowie der damit verbundenen unflexiblen Ausgestaltung auch in Hinsicht der Einsparungen von Mehrkosten durch zukünftige Kosteneinsparungen mittels der kompletten Streichung der DMP-Programme im § 71 Absatz 1 SGB V Rechnung zu tragen. Ferner sind die Verträge der Regelung des § 71 Absatz 3 SGB V zu unterwerfen, um den Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch im Bereich der DMP-Programme zu stärken. **Änderungsvorschlag** In Absatz 1 Satz 2 wird der Teilsatz zwischen dem Wort „Früherkennungsmaßnahmen" und dem Wort „verletzen" gestrichen. In § 137 f SGB V ist an geeigneter Stelle ein Hinweis auf den § 71 Absatz 3 SGB V aufzunehmen.
3.	§ 137f	**Bewertung** Zu a) aa) Wir lehnen die Änderung in Absatz 2 Satz 2 aufgrund der Bewertung zu Artikel 2, Nummer 3b) ab. bb) Die Festlegung der Dokumentationszeiträume und Dokumentationsintervalls durch den GBA begrüßen wir. Anhand der für die Erstfassung bzw. Überarbeitung der Anforderungen zugrundeliegenden medizinischen Leitlinien können indikationsbezogen angepasste Vorgaben erfolgen. Ebenfalls kann dadurch dem Umstand Rechnung getragen werden, dass gut eingestellte chronisch Erkrankte unter bestimmten Voraussetzungen seltener die Verlaufskontrollen wahrnehmen müssen. Dies kann zu einer Aufwandsreduzierung führen, sowohl für den Versicherten als auch für die Leistungserbringer, denen mehr Zeit für die Behandlung schwerwiegender erkrankter Personen zur Verfügung steht. **Änderungsvorschlag** Streichung der Regelung unter aa). **Bewertung**

		Zu b) Wir lehnen die Neuregelung ab. Die Krankenkassen sind bereits heute dazu verpflichtet, ihre Versicherten über die Programminhalte eines DMP zu informieren. Die Information umfassen indikationsbezogene, medizinische Inhalte, welche den durch den GBA geregelten Anforderungen an DMP entsprechen. Eine parallele Entwicklung von Anforderungen an weitere Patienteninformationen durch den GBA konterkariert das Ziel einer Bürokratiekostenreduzierung und wird außerdem den Prozess einer Umsetzung von neuen DMP nicht beschleunigen. Um zu verhindern, dass neue DMP deshalb nicht in die Versorgung kommen, weil es an einer Evaluation von angezeigten (verfügbaren) Schulungsprogrammen fehlt, gibt es des Weiteren bereits heute eine Ausnahmeregelung, die eine Anwendung von nicht evaluierten Schulungen für den Zeitraum bis zum Vorliegen des Evaluationsergebnisses regelt. Darüber hinaus hat der GBA bereits Vorgaben für Schulungen im Videoformat in der DMP-Anforderungen-Richtlinie festgelegt, daher ist eine gesetzliche Regelung nicht erforderlich. **Änderungsvorschlag** Streichung der Regelung b). **Bewertung** Zu c) Eine ausdrückliche Verpflichtung zur Umsetzung ist nicht sachgerecht, da sie die aktuelle Versorgung nicht verbessern würde. Die DMP stellen eine hochwertige, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Versorgung von Versicherten mit chronischen Erkrankungen dar. Aus diesem Grund bieten alle Ersatzkassen die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma bronchiale, COPD, KHK sowie Brustkrebs bundesweit flächendeckend an. Das DMP Osteoporose ist fast flächendeckend umgesetzt, Versicherte mit der Diagnose Rheumatoide Arthritis oder Herzinsuffizienz können bereits in mehreren Regionen in einem DMP betreut werden. Die Ersatzkassen streben einen zügigen Roll-Out und eine schnellstmögliche, bundesweite Umsetzung der übrigen Indikationen an. Aufgrund der bereits in sämtlichen KV-Regionen mit Hochdruck geführten Verhandlungen ist davon auszugehen, dass in absehbarer Zeit sämtliche DMP bundesweit angeboten werden. Zudem wäre die Verpflichtung innerhalb der genannten Fristen die DMP umzusetzen, mit erheblichen Aufwänden für die Krankenkassen, ihre Verbände und die KVen verbunden. Da die Krankenkassen schon heute regelmäßig ihre Versicherten über die Möglichkeit einer Teilnahme an DMP informieren, sind zusätzliche Informationspflichten unnötig.

		Ergänzend wäre allerdings im Falle der Streichung der Regelungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) sicherzustellen, dass nur Versicherte mit gesicherten Diagnosen an dem jeweiligen DMP-Programm teilnehmen können, da DMP krankheitsbezogen konzipiert sind. Die bestehenden Regelungen in Absatz 3 wären daher anzupassen. **Änderungsvorschlag** Streichung der Regelung unter c). In Absatz 3 Satz 2 werden nach dem Wort „ist" die Wörter „eine gesicherte Diagnose sowie" eingefügt. **Bewertung** Zu e) aa) Die Evaluation erfolgt in Form einer regelmäßigen Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung innerhalb der für dieselbe Krankheit zugelassenen Programme. Anhand der gewachsenen Anzahl an DMP zeigt sich, dass sich die Versorgungsform bewährt hat und eine Evaluation entbehrlich wäre. Eine Steuerung der Versorgung von Patienten innerhalb der DMP kann durch die arztbezogene Qualitätssicherung erfolgen. Deren Auswertungen setzen zeitnaher an und der Arzt erhält Hinweise auf Patienten, die bestimmte Ziele nicht erfüllen. Der hohe Aufwand im Rahmen einer Evaluation mit begrenzter Aussagekraft ist nach über 20 Jahren DMP nicht mehr vertretbar, sodass eine Abschaffung der Evaluation auch unter dem Bürokratiekostenaspekt unumgänglich ist. bb) Aufgrund des Streichungsvorschlages unter 3e) aa) ist die Einfügung nicht relevant. cc) Im Rahmen der versichertenbezogenen Qualitätssicherung erhalten die Versicherten anlassbezogen Informationen durch die Krankenkasse, sofern definierte Angaben in der Dokumentation erfolgt sind oder Dokumentationen ausstehen. Die Informationen bzw. Reminder unterstützen die Versicherten und stellen einen wichtigen Bestandteil des DMP dar. Die jährlich jeweils zum 01.10. des Folgejahres zu erstellenden Qualitätsberichte der Krankenkassen besitzen jedoch nur eine eingeschränkte Aussagekraft, welche sich auf die Anzahl der versendeten Information bzw. Reminder an Versicherte bezieht. Die kassenseitige

		Qualitätssicherung zielführend und weiterhin vollumfänglich durchgeführt werden, aber auf die Berichtspflicht kann verzichtet werden. **Änderungsvorschlag:** Streichung des § 137f Absatz 4 SGB V **Bewertung** Zu f) Die Intention, die Versorgung durch die DMP dauerhaft bundesweit sicherzustellen unterstützen wir. Teil dieses Zieles der Verbesserung der Versorgung ist jedoch, dass Krankenkassen und mögliche Vertragspartner auf Seiten der Leistungserbringer auf freiwilliger Basis auf Grundlage der Richtlinien des GBA funktionierende, vertragliche Lösungen erarbeiten, die eine adäquate und wirtschaftliche Umsetzung der DMPs ermöglichen. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der evidenzbasierten, leitliniengerechten Versorgung und im Gegensatz zum ambulanten Honorar nicht nur auf Vergütungs- und Abrechnungsregelungen. Ein Kontrahierungszwang erschwert diese Lösungsfindung und trägt nicht zur Verbesserung der Versorgungssituation bei. In diesem Zusammenhang ist auch anzumerken, dass die Einführung der Verpflichtung der Krankenkassen DMPs anzubieten sowie die Einführung eines Kontrahierungszwang keinesfalls aufwandsneutral erfolgen wird, wie dies in der Gesetzesbegründung dargelegt wird. Allein für die Einführung der zusätzlichen DMPs muss mit Mehrkosten von etwa 400 Millionen Euro gerechnet werden. Darüber hinaus würde die Verhandlungsposition der Krankenkassen geschwächt, was zu Mehrausgaben führen wird. Unklar ist auch, ob die Verpflichtung in Verbindung mit den Fristen von den Arztpraxen überhaupt umgesetzt werden kann. Diese müssten mit Fristablauf deutlich mehr Programme anbieten und die Versicherten gemäß den Vorgaben versorgen. Dies kann zu Akzeptanzproblemen führen. Da für Ärzte die Teilnahme an DMP-Programmen freiwillig ist, kann eine mangelnde Teilnahme aufgrund der Akzeptanzprobleme die Umsetzung der DMPs gefährden. Die Aufnahme eines Kontrahierungszwangs lehnen wir daher ab. Für die Umsetzung der DMP ist es aktuell erforderlich, auch Verträge mit geeigneten Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen zu schließen. Allerdings sind die stationären Einrichtungen nicht an den Prozessen im DMP beteiligt, sodass eine vertragliche Einbindung, welche sich aus diesem Grund auch zunehmend schwieriger gestaltet, entfallen kann. Eine gesetzliche Vorgabe zur Aufnahme der Krankenhäuser lehnen wir daher ab.

		Änderungsvorschlag Streichung des Buchstaben f) **Bewertung** Zu g) Die Sonderregelung zum digitalen DMP nur für die Indikationen Diabetes Typ 1 und 2 ist zu streichen und durch eine Berücksichtigung digitaler Versorgungsprozesse für alle DMP-Indikationen bei der Festlegung der Anforderungen an die DMP zu ersetzen. Die digitalen DMP für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sind als zusätzliche und ergänzende Programme angelegt. Hiermit verbunden waren der Aufbau zusätzlicher Strukturen und Prozesse. Digitale Versorgungsprozesse sollten aber für alle DMP-Indikationen vorgesehen sein und unmittelbar in die bestehenden Programme standardisiert integriert werden. Die Änderung der Bezüge erfolgte aufgrund der Einfügung der Sätze 1 bis 3 in § 137f Absatz 3 und wären bei einem Wegfall der Zulassung der DMP durch das BAS folgerichtig. **Änderungsbedarf** § 137f Absatz 9 wird gestrichen. In § 137f Absatz 2 Satz 2 wird folgende Ziffer 7 eingefügt: „Digitalen Versorgungsprozesse“
4.	§ 137g	**Bewertung** Durch den Wegfall der Zulassung entfallen administrative Aufwände und Bürokratiekosten. Zugleich entstehen jedoch durch die Möglichkeit der nachgelagerten Prüfung durch die jeweilige Aufsicht neue Bürokratiekosten. Bei einem Wegfallen der Zulassung der DMP wäre sicherzustellen, dass im Zuge der Einschreibung von Versicherten in ein DMP neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung auch eine Erstdokumentation erstellt und für die Überprüfung einer Einschreibung herangezogen wird. Die Erstdokumentation dient der Erhebung wesentlicher Basisinformationen, auf welche ebenfalls im Rahmen der arztbezogenen Qualitätssicherung abgestellt wird. Dadurch können Veränderungen im Laufe der DMP-Teilnahme in Bezug auf die Einschreibung dargestellt werden. Dies bedingt eine Erstellung der Erstdokumentation in zeitlichem Zusammenhang mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

		Die Regelung, dass die Versicherten eine elektronische Information über die von ihm übermittelten Daten erhält und nicht ausschließlich auf schriftlichem Wege, wird begrüßt, da damit auch digitalen Ansätzen Rechnung getragen wird. **Änderungsvorschlag** In § 137g Absatz 1 Nummer 1 wird nach den Worten „und deren Durchführung“ die Formulierung „die Überprüfung der Einschreibung“ eingefügt. Unter Bezugnahme auf die Ausführungen zu § 137f Absatz 4 (Artikel 1, Nummer 3e bb) kann § 137g Absatz 3 entfallen. § 137g Absatz 3 wird gestrichen.
7.	§ 295	**Bewertung** Da die ursprüngliche Änderung abgelehnt wird, kann diese Folgeänderung ebenfalls entfallen. **Änderungsvorschlag** Streichung
		Artikel 19 I Inkrafttreten
		Bewertung Die Prüfung der Beitragszahlungen und Meldungen für Bezieher von Versorgungsbezügen (Artikel 1 Nummer 114) sollte später in Kraft treten, da sie sich auf die anstehenden Änderungen in Folge des BStabG problematisch auswirkt. Die Zusammenlegung der Meldeverfahren (Artikel 1 Nummer 98, Nummer 99, Nummer 102 und Artikel 6 Nummer 1) sollte aus Verfahrensgründen besser zur Mitte des Jahres 2029 in Kraft treten. **Änderungsvorschlag** Artikel 19 wird wie folgt gefasst: (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

		(2) Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa), und bb) 111~~,~~ und 113 und 114, Artikel 2, Artikel 12 Nummer 2 und Artikel 16 treten am 1. Januar 2028 in Kraft. (3) Artikel 1 Nummer ~~98, 99, 102~~, 108, 112 und 114 und A~~rtikel 6 Nummer 1~~ treten am 1. Januar 2029 in Kraft. (4) Artikel 1 Nummer 98, 99, 102 und Artikel 6 Nummer 1 treten zum 1. Juli 2029 in Kraft. (4~~5~~) Artikel 1 Nummer 104 tritt am 1. Januar 2030 in Kraft. (~~5~~6) Artikel 6 Nummer 2 tritt am 1. Januar 2033 in Kraft.

Ergänzender Änderungsbedarf

Vorschlag zur Vereinheitlichung der Vergütung für vertragsärztliche Leistungen bei Schutzimpfungen auf Bundesebene

1. Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die KVen

   § 73 Absatz 2 Satz 1 SGB V

   Nach Nummer 14 wird eingefügt:
   „15. Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 und nach Rechtsverordnungen gemäß § 20i Absatz 3, soweit sie nicht von Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, beansprucht werden."

   § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:
   „Satz 1 Nummer 2 bis 4, 6, 10, 11, 14 und 15 gilt nicht für Psychotherapeuten; Satz 1 Nummer 9 gilt nicht für Psychotherapeuten, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht."

2. Übertragung der Regelungskompetenz an den Bewertungsausschuss

   § 87 SGB V

   Nach Absatz 2q wird eingefügt:
   Absatz 2r
   „Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [Frist] im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen über die Vergütung von Leistungen im Zusammenhang mit Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 und Rechtsverordnungen gemäß § 20i Absatz 3, soweit sie nicht von Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, beansprucht werden. Die Vergütung ist indikationsunabhängig und jeweils einheitlich für Einzelimpfstoffe und Kombinationsimpfstoffe, differenziert nach der Zahl Erkrankungen, vor denen die Impfung schützen soll, festzulegen.
   Hierzu sind die nach Abrechnungshäufigkeit gewichteten arithmetischen Mittelwerte der Vergütungen aus den Vereinbarungen gemäß § 132e mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zum xx.xx.20xx zu bilden.
   Nach Inkrafttreten einer Entscheidung gemäß § 20i Absatz 1 Satz 3 oder einer Rechtsverordnung gemäß § 20i Absatz 3 Satz 1 gilt unmittelbar die Vergütung nach den Sätzen 1 und 2 für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit neuen Schutzimpfungen."

3. Ablösung der bisherigen regionalen Vereinbarungen

   § 132e SGB V

   Absatz 1 Satz 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen in Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung mit Betriebsärzten gemäß Satz 3 Ziffer 1, Einrichtungen mit ärztlichem Personal, deren Gemeinschaften, den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i. Als Gemeinschaften im Sinne des Satzes 1 gelten auch Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern, die Schutzimpfungen nach § 20i durchführen. 3 Es sind insbesondere Verträge abzuschließen mit

1. den Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder deren Gemeinschaften und
2. den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen.“

Es wird folgender Satz 11 angefügt:
„Die in den Verträgen nach Satz 1 vereinbarten Vergütungen dürfen die durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 2r festgesetzten Vergütungen nicht überschreiten.“

Nach Absatz 4 wird eingefügt:
Absatz 5
„Mit Inkrafttreten des Beschlusses gemäß § 87 Absatz 2r treten die gemäß Absatz 1 in der bisherigen Fassung zwischen den Krankenkassen oder ihren Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten oder deren Gemeinschaften geschlossenen Verträge außer Kraft.“

4. Wechselwirkung mit den Regelungen für Impfleistungen durch Apotheken

§132e SGB V

Änderung des Absatzes 1a:
„In dem Vertrag nach Satz 1 ist für die Beschaffung der Grippeimpfstoffe, die zur Anwendung durch die Apotheken vorgesehen sind, eine Vergütung der Apotheken von einem Euro je Einzeldosis sowie die Umsatzsteuer vorzusehen. Die Höhe der nach Satz 1 vereinbarten Vergütung für die Durchführung von Schutzimpfungen durch Apotheken nach § 20c Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes hat sich an den durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 2r festgesetzten Vergütungen zu orientieren; sie darf die durch den Bewertungsausschuss beschlossene Vergütung nicht überschreiten. Einigen sich die Vertragsparteien nach Satz 1 nicht bis zum 1. April 2023, legt die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 innerhalb von einem Monat den Inhalt des Vertrages fest. Ein bestehender Vertrag gilt bis zum Wirksamwerden eines neuen Vertrages fort; ein Schiedsspruch gilt bis zum Wirksamwerden des ersten Vertrages, der beide in Satz 1 genannten Schutzimpfungen umfasst, fort.“

Hilfsweise:

Formulierungsvorschlag § 132e Absatz 1 Satz 10 SGB V (Landessebene)

§ 132e Absatz 1 Satz 10 wird wie folgt gefasst:

„Nach Inkrafttreten einer Entscheidung gemäß § 20i Absatz 1 Satz 3 oder einer Rechtsverordnung gemäß § 20i Absatz 3 Satz 1 werden neue Impfleistungen unabhängig von der Darreichungsform nach der in der jeweiligen KV-Region bestehenden Systematik der Einfachimpfungen und der Kombinationsimpfungen vergütet."

Vereinheitlichung von Nachweis-, Prüf-, und Sanktionsregelungen im Bereich der gesetzlichen Qualitätssicherung für Krankenhäuser

A) Änderungsvorschlag

Die verfahrensbezogene Regelungskompetenz für die Prüfung fachlich begründeter, vor Aufnahme der Leistungserbringung feststellbarer und unterjähriger Nichterfüllung der Mindestanforderungen der Strukturrichtlinien des GBA sowie der Anforderungen an Notfallstrukturen und an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien wird beim MD Bund gebündelt. Die Prüfungen werden mit den Prüfungen der Leistungsgruppen und OPS-Strukturmerkmale in einem gemeinsamen standortbezogenen Verfahren zusammengeführt. Nachweise, Prüfintervalle und Gültigkeitszeiträume werden harmonisiert; vorhandene Unterlagen und Prüferkenntnisse werden mithilfe einer zentralen, technischen Lösung wechselseitig genutzt. Die Festlegung der personellen und strukturellen Qualitätsanforderungen verbleibt beim GBA.

Gesetzlich ist in den Strukturrichtlinien zu konkretisieren, welche fachlich begründeten und vorab prüfbaren Mindestanforderungen unverzichtbare Voraussetzungen der jeweiligen Leistungserbringung sind. Deren Erfüllung stellt der MD vor Aufnahme der Leistungserbringung durch Bescheid fest und erteilt bei positivem Ergebnis eine Bescheinigung mit definiertem Gültigkeitszeitraum. Für diese Anforderungen ist gesetzlich festzulegen, dass die betreffenden Leistungen ohne gültige Bescheinigung nicht vereinbart und nicht abgerechnet werden dürfen. Für Notfallstrukturen ist die Zuschlagsberechtigung, für Arzneimittel für neuartige Therapien die Anwendungsberechtigung entsprechend an den Nachweis der jeweils maßgeblichen Voraussetzungen zu knüpfen.

Die zugehörigen Mitteilungspflichten und die Folgen einer zwischenzeitlichen Nichterfüllung sind gesetzlich abzusichern. Die Verfahrens- und Durchsetzungsregelungen für die DeQS-RL und die PPP-RL verbleiben beim GBA.

B) Begründung

Der § 275a zielt darauf ab die Prüfungen des MD zu harmonisieren. Für vergleichbare personelle, organisatorische und strukturelle Mindestanforderungen bestehen derzeit unterschiedliche Nachweis-, Prüf- und Rechtsfolgensysteme. Prüfverfahren, Nachweispflichten und Prüfintervalle werden in mehreren Regelwerken ausgestaltet und müssen fortlaufend aufeinander abgestimmt werden. Eine konsequente Bündelung bietet die Möglichkeit, vorhandene Prüferkenntnisse systematisch zu nutzen, Mehrfachprüfungen zu vermeiden und Krankenhäuser und Krankenkassen von parallelen Nachweis- und Verwaltungsverfahren zu entlasten.

Insbesondere für Mindestanforderungen der Strukturrichtlinien des GBA bedarf es zudem einer klaren gesetzlichen Verknüpfung zwischen dem verbindlichen Prüfergebnis und den Rechtsfolgen für Leistungserbringung und Vergütung. Die maßgeblichen Voraussetzungen sollten bereits vor Aufnahme der betreffenden Leistungserbringung geklärt und geprüft sein. Dies schafft Planungssicherheit und reduziert nachgelagerte Vergütungsstreitigkeiten.

Vorschlag zur Aufhebung der Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung und über eine besondere Versorgung nach § 293a SGB V

A) Änderungsvorschlag
Der § 293a SGB V wird aufgehoben.

B) Begründung
Die bundesweite Vertragstransparenzstelle nach § 293a SGB V und die daran anknüpfende Meldepflicht der Krankenkassen an das BAS sollen aufgehoben werden. Die Vorschrift wurde mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) eingeführt. Die Einführung der Vertragstransparenzstelle verfolgte zwei Zwecke: Die Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273 SGB V und die Information der Öffentlichkeit.

Ihr Aufwand steht jedoch in keinem angemessenen Verhältnis zu ihrem Nutzen. Für die Sicherung der Datengrundlagen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) hat sie bislang keinen Nutzen erbracht und ist dafür auch nicht erforderlich. Das Verzeichnis enthält zudem nur formale Angaben, nämlich Vertragsform, Krankenkasse, Art der Leistungserbringer, Laufzeit, räumlichen Geltungsbereich, gegebenenfalls Einschlussdiagnosen und die Vertragsnummer. Für Versicherte, Aufsichtsbehörden und Landesbehörden ist es daher als Informationsquelle von nachrangiger Bedeutung. Informationen zu ihren Versorgungsangeboten stellen die Krankenkassen ihren Versicherten unmittelbar zur Verfügung.

Die Aufhebung dient dem Bürokratieabbau bei Krankenkassen und beim BAS.

§ 42b SGB XI und § 40 Absatz 3a SGB V
Vereinheitlichung der Versorgung mitaufgenommener Pflegebedürftiger in Rehabilitationseinrichtungen

A) Änderungsvorschlag
§ 40 Absatz 3a SGB V wird gestrichen.
§ 42b Absatz 1 Satz 2 SGB XI wird ebenfalls gestrichen.
In § 42b Absatz 6 Satz 1 SGB XI sind die Wörter „oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches“ zu streichen.

B) Begründung
§ 42b SGB XI definiert den Anspruch auf Versorgung eines/einer Pflegebedürftigen für den Zeitraum, in dem die Pflegeperson eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt, in derselben Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung. Bis zur Einführung der gesetzlichen Regelung im SGB XI zum 01.07.2024 bestand der Anspruch auf Versorgung eines Pflegebedürftigen in einer Rehabilitationseinrichtung im SGB V nur für den Fall, wenn der Rehabilitand zulasten der GKV behandelt wurde. Mit Einführung des § 42b SGB XI wurde der Anspruch zur Mitnahme des Pflegebedürftigen auf Fallkonstellationen erweitert, bei denen die Deutsche Rentenversicherung (DRV) die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahmen übernimmt sowie auf Fallgestaltungen, in denen stationäre Vorsorgemaßnahmen zulasten der GKV in Anspruch genommen werden. Die Koexistenz der zwei Regelungen aus dem SGB V und SGB XI, die im Detail Unterschiede zum Leistungsanspruch, zum Leistungsumfang, zur Vergütung der Einrichtungen und zu den Voraussetzungen der Einrichtungen aufweist, ist in der praktischen Umsetzung komplex und unverständlich. Im Sinne der Gesetzesintention zur Entbürokratisierung sind die beiden bestehenden Regelungen zu vereinheitlichen.
Unverständlich ist, warum die Krankenversicherung des Rehabilitanden bei einer Rehabilitationsmaßnahme zulasten der GKV für die Kosten der Versorgung der pflegebedürftigen Person aufkommen muss, wohingegen die Kosten für die Versorgung des Pflegebedürftigen bei einer Rehabilitation zulasten der DRV oder einer stationären Vorsorgemaßnahme zulasten der GKV durch die Pflegekasse getragen werden. Sofern eine Verantwortung der Pflegekasse in diesen Fällen gesehen wird (da eine Versorgung des Pflegebedürftigen ohnehin durch die Pflegeversicherung erfolgt wäre), sind die Kosten für die Versorgung der Pflegebedürftigen auch bei Rehabilitationsmaßnahme zulasten der GKV durch die Pflegekasse des Pflegebedürftigen zu übernehmen. Aus Sicht des vdek ist es sachgerecht, die Versorgung bei allen Pflegebedürftigen dem Aufgabenbereich der Pflegeversicherung zuzuordnen. In der Folge sind die bestehenden Regelungen im SGB V zu streichen.