KBV
KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

# ENTWURF EINES GESETZES ZUR REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG

## STELLUNGNAHME DER KBV ZU DEN FACHFREMDEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN DER FRAKTIONEN CDU/CSU UND SPD AUF DRS. 21/14107 VOM 5. OKTOBER 2026

7. OKTOBER 2026

# INHALT


ZUR KOMMENTIERUNG 3

KOMMENTIERUNG 4

ÄNDERUNGSANTRAG 1 (§§ 87A, 87B, 87D, 92 SGB V GKV-BSTABG) – UMSETZUNG DER ENTSCHLIEßUNG ZUR PSYCHOTHERAPIE 4

ÄNDERUNGSANTRAG 2 ART. 1 NR. 6 (§§ 73B, 87A, 87B SGB V) – STREICHUNG DES FIXKOSTENDEGRESSIONSABSCHLAGS 7

ÄNDERUNGSANTRAG 5 ART. 1 NR. 10A UND B NEU (§ 126 SGB V, § 127 SGB V) – HILFSMITTEL 8

ÄNDERUNGSANTRAG 7 ART. 1 NR. 18A NEU § 129 SGB V – APOTHEKENBEZOGENE AUSSCHREIBUNGEN FÜR ZYTOSTATIKA 9

ÄNDERUNGSANTRAG 8 (§ 134 SGB V, ANLAGE 4 DIGAV) – DIGA VERGÜTUNGSABSCHLÄGE 10

ÄNDERUNGSANTRAG 11 ART. 1 NR. 2A NEU (§ 31 SGB V) – THERAPIEVERSUCH MIT EINEM CANNABISHALTIGEN FERTIGARZNEIMITTEL 11

ÄNDERUNGSANTRAG 12 ART. 1B, NR. 4. § 87A ABS. 3 SATZ 5-20 SGB V – ANPASSUNGEN DES GKV-BSTABG 11

ÄNDERUNGSANTRAG 12 ART. 2A NR. 2 (§ 44C) 12

ÄNDERUNGSANTRAG 12 ART. 10C NR. 1 (§ 35A ABS. 6A SGB V) 12

# ZUR KOMMENTIERUNG

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

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

# KOMMENTIERUNG

# ÄNDERUNGSANTRAG 1 (§§ 87A, 87B, 87D, 92 SGB V GKV-BSTABG) – UMSETZUNG DER ENTSCHLIEßUNG ZUR PSYCHOTHERAPIE

### Beabsichtigte Neuregelung (Umsetzung Entschließungsantrag)

Mit der Regelung wird die entsprechend zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) gefasste Entschließung umgesetzt und die extrabudgetär zu vergütenden psychotherapeutischen Leistungen ausgeweitet. Das betrifft die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, schwer psychisch kranke Versicherte gemäß den KSV-Psych-Richtlinien und dringlich zu behandelnde psychotherapeutische Akutbehandlungen (innerhalb von zwölf Monaten und nur nach Terminvermittlung durch die Terminservicestellen) sowie eine Bereinigungsvorgabe, soweit Leistungen bislang innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet wurden. Zur Festlegung von Kriterien zur Bestimmung der Dringlichkeit erhält der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) einen entsprechenden Auftrag. Darüber hinaus wird in der Honorarverteilung vorgesehen, dass bei begonnenen Behandlungen Maßnahmen zur Mengenbegrenzung nicht angewandt werden dürfen.

### Bewertung

Grundsätzlich ist der Regelungsvorschlag zur Umsetzung des Entschließungsantrags zur Psychotherapie geeignet, eine Verbesserung der mit dem GKV-BStabG zunächst geschaffenen Ausgangslage einer budgetierten Vergütung für psychotherapeutische Leistungen zu bewirken.

Es wird zunächst begrüßt, dass Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und psychotherapeutische Leistungen bei schwer psychisch Erkrankten mit komplexem Behandlungsbedarf gemäß den KSV-Psych-Richtlinien des GBA extrabudgetär vergütet werden sollen. Nicht nachvollziehbar ist, dass die weiteren Leistungen zur Koordination und Vernetzung gemäß KSV-Psych-Richtlinien der budgetierten Vergütung unterfallen. Sie sind integraler Bestandteil der Versorgung der schwer psychisch Erkrankten mit komplexem Behandlungsbedarf, die von Psychotherapeuten und Psychiatern erbracht werden. Eine Beschränkung auf die psychotherapeutischen Leistungen greift insofern zu kurz und gefährdet sowohl den Fortbestand bestehender als auch die Neugründung weiterer Netzverbünde nach § 92 Abs. 6b SGB V.

Nicht nachvollziehbar ist, dass für dringliche Behandlungsfälle nur eine extrabudgetäre Vergütung von durch die Terminservicestellen vermittelte psychotherapeutische Akutbehandlungen innerhalb von zwölf Monaten vorgesehen ist. Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist als zeitnahe Intervention im Anschluss an die psychotherapeutische Sprechstunde zur akuten Behandlung psychischer Symptomatik nur eine Variante der Versorgung psychisch Erkrankter. Bereits durch die Begrenzung des Therapiekontingents (bis zu 24 x 25 Minuten) sind die mit dieser Behandlungsform erreichbaren Therapieerfolge eingeschränkt. Es ist davon auszugehen, dass bei dringlichen Behandlungsfällen auch ein Behandlungsbedarf über die Akutbehandlung hinaus besteht. Um entsprechend der gesetzlichen Regelungsintention die bedarfsgerechte Versorgung der dringlichen Behandlungsfälle sicherzustellen, sollten sämtliche sich an die Dringlichkeitsfeststellung anschließenden psychotherapeutischen Leistungen zur Behandlung der psychischen Erkrankung extrabudgetär vergütet werden.

Auch die zusätzliche Einschränkung der extrabudgetären Vergütung dringlicher Behandlungsfälle auf TSS-vermittelte Behandlungen wird abgelehnt. Grundsätzlich begrüßen wir die Förderung der Akuttermine und fordern dies für die gesamte Versorgung. In diesem Fall entsteht allerdings eine zusätzliche Zugangshürde für Patienten, bei denen bereits die Dringlichkeit festgestellt wurde. So entstehen Fehlanreize und Versorgungsbrüche, wenn im Anschluss an die psychotherapeutische Sprechstunde nur TSS-vermittelte, nicht aber in der psychotherapeutischen Praxis unmittelbar fortgeführte Behandlungen extrabudgetär vergütet werden. Dadurch besteht die Gefahr, dass sich die Versorgungssituation für diese Patientengruppe entgegen der Regelungsintention verschlechtert.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Erweiterung der Regelung zur extrabudgetären Vergütung auf

- sämtliche psychotherapeutische Leistungen,
- sämtliche Leistungen zur Versorgung schwer psychisch Erkrankter gemäß KSV-Psych-Richtlinie und
- sämtliche psychotherapeutischen Leistungen, die sich an die Feststellung der Dringlichkeit gemäß Psychotherapie-Richtlinie des GBA anschließen (unabhängig von der TSS-Vermittlung).

### Beabsichtigte Neuregelung (Extrabudgetäre Vergütung)

Die gesetzlich vorgegebene extrabudgetäre Vergütung wurde erweitert um die Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, die psychotherapeutischen Leistungen für Patienten, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Abs. 6b erfüllen, die psychotherapeutische Akutbehandlung entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie des GBA nach § 92 Abs. 6a, sofern zuvor die Dringlichkeit einer festgestellt worden ist und die Behandlung aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle erfolgt ist sowie die Leistungen des ambulanten Operierens einschließlich Begleitleistungen.

### Bewertung

Durch die ursprüngliche Regelung des GKV-BStabG werden bisherige Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung im Bewertungsausschuss negiert und die Überprüfung dieser Regelungen durch den Bewertungsausschuss erschwert. Der Gesetzgeber greift mit der Regelung massiv in die Kompetenz der gemeinsamen Selbstverwaltung ein.

Sofern psychotherapeutische Leistungen als Teil der MGV oder der Gesamtvergütung mit begrenztem Ausgabenvolumen nach Abs. 1 durch die Krankenkassen vergütet werden, sind diese gemäß dieser Regelung an die Psychotherapeuten zu verteilen. Da die angemessene Höhe der Vergütung dieser Leistungen bereits im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festzulegen ist und gemäß der Regelung in § 87b Abs. 2 SGB V die Honorarverteilung diese Angemessenheit umzusetzen hat, ergibt sich an dieser Stelle kein Gestaltungsspielraum für eine Quotierung der Leistungsmengen oberhalb der Begrenzung des Ausgabenvolumens. Die Finanzierung dieser Leistungen ist weiterhin nicht geregelt. Zusätzlich sind weitere wesentliche psychotherapeutische Leistungen (psychotherapeutische Sprechstunde, Neuropsychologische Behandlung, psychotherapeutische Leistungen außerhalb dringlicher Behandlungsbedürftigkeit, psychotherapeutische Behandlung von Kindern durch qualifizierte Psychologische Psychotherapeuten und (fach-)ärztliche Psychotherapeuten) trotz der beabsichtigten Neuregelung künftig aus der budgetierten Gesamtvergütung zu honorieren.

Die Frist, neue Leistungen automatisch nach zwei Jahren in die MGV zu überführen, ist wesentlich zu kurz. Die Etablierung dieser neuen Leistungen hat zu diesem Zeitpunkt nach den bisherigen Erfahrungen noch nicht im ausreichenden Maße stattgefunden.

Die durch das GKV-BStabG eingeführte Kann-Regelung zur Festlegung weiterer extrabudgetär zu vergütender Leistungen ist der Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses weiterhin stark eingeschränkt.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Der Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses einschließlich der Möglichkeit der Anrufung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Festlegung der extrabudgetären Vergütung sollte wieder hergestellt werden.

# ÄNDERUNGSANTRAG 1 ART. 1A NR. 4 UND ART. 2A – SEKTORENGLEICHE VERGÜTUNG

### Beabsichtigte Neuregelung

Für das Jahr 2027 soll die Vergütung der Hybrid-DRG neu geregelt werden: Leistungen ohne Übernachtung sollen künftig nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden, während bei Leistungen mit mindestens einer Übernachtung die Vergütung über die Hybrid-DRG-Fallpauschale bestehen bleibt. Die bereits für 2027 festgelegte Leistungsauswahl bleibt grundsätzlich bestehen. Zum 1. Januar 2028 soll § 115f SGB V und damit die sektorengleiche Vergütung über Hybrid-DRG vollständig entfallen und durch das System der Kurzzeitfallpauschalen abgelöst werden.

### Bewertung

#### Kurzfristige Änderungen zum Jahr 2027 (Artikel 1a, Nr. 4: Neuer Absatz 6 in § 115f SGB V)

Aus Sicht der KBV ist kritisch zu hinterfragen, ob die vorgesehenen Änderungen mit dem Ziel einer konsequenten Ambulantisierung vereinbar sind. Die Hybrid-DRG wurden gerade mit dem Ziel eingeführt, sektorenübergreifend einheitliche Vergütungsanreize zu schaffen und bislang stationär erbrachte Leistungen in die ambulante Versorgung zu verlagern. Die für das Jahr 2027 vorliegenden Ergebnisse und Entwicklungen zeigen, dass dieser Mechanismus zunehmend greift und Ambulantisierungspotenziale tatsächlich erschlossen werden. Eine kurzfristige grundlegende Änderung der Vergütungssystematik birgt daher das Risiko diesen noch jungen Transformationsprozess zu beeinträchtigen, anstatt ihn konsequent weiterzuentwickeln.

Die kurzfristig vorgesehenen Änderungen gehen mit einem erheblichem Anpassungsbedarf einher, um greifen zu können. Insbesondere muss sichergestellt werden, dass sämtliche für das Jahr 2027 dem Hybrid-DRG-Katalog zugeordneten und ohne Übernachtung erbrachten Leistungen sachgerecht im vertragsärztlichen Vergütungssystem abgebildet und abrechenbar sind. Dies trifft derzeit auf 500 Leistungen nicht zu. Das entspricht einem Prozentsatz von 55 %. Unspezifische Kodes der Hybrid-DRG können weder im EBM noch im darauf aufsetzenden Katalog nach § 115b SGB V abgebildet und demnach gar nicht mit der neuen Vorgabe abgerechnet werden – 294 Leistungen, 32 %. Eine längere Verweildauer dürfte daher die Folge sein, um in die Hybrid-DRG zu gelangen. Dies ist kontraproduktiv hinsichtlich der Ambulantisierung und keine Kostenersparnis. 206 spezifische Verfahren müssten teilweise in den EBM integriert bzw. mindestens in den AOP-Katalog nach § 115b SGB V aufgenommen werden. Angesichts der kurzen Zeitspanne bis zum Jahreswechsel und der benötigten Vorlaufzeit für die Umsetzung in den Softwaresystemen steht hierfür nur ein äußerst kurzer Umsetzungszeitraum zur Verfügung.

Auch ist vor diesem Hintergrund für das Jahr 2027 insbesondere die notwendige Planungssicherheit für die niedergelassenen Leistungserbringer nicht gewährleistet. Es sollte ausreichend Zeit für eine sachgerechte Überführung der betroffenen Leistungen in die ambulanten Vergütungsstrukturen vorgesehen werden.

#### Änderungen zum Jahr 2028 (Artikel 2a: Streichung des § 115f SGB V zum 1. Januar 2028)

Mit § 115f SGB V wurde ein wichtiger Brückenschlag zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor geschaffen, den die KBV ausdrücklich begrüßt hat. Die ersten vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass dieser sektorenverbindende Ansatz Wirkung entfaltet und die angestrebte Ambulantisierung unterstützt. Vor diesem Hintergrund ist kritisch zu bewerten, dass mit der nun vorgesehenen Neuregelung erneut eine stärkere Abgrenzung der Vertragsärzte gegenüber dem stationären Sektor erfolgt und damit der mit § 115f SGB V eingeschlagene sektorenübergreifende Weg verlassen wird. In diesem Zusammenhang verweisen wir ergänzend auf unsere Kommentierung zu den vorgesehenen Kurzzeitfallpauschalen.

Diese Festlegung erfolgt zweiseitig ohne Beteiligung der vertragsärztlichen Expertise.

Dadurch werden Fälle, die in eine Hybrid-DRG eingeflossen wären, durch Kurzzeitfallpauschalen „ersetzt“ und Vertragsärzte von der Ergänzung zum Leistungskatalog nach § 115b und f SGB V ausgeschlossen.

Eine vollwertige Ambulantisierung muss auch die Möglichkeiten der Verlagerung in die vertragsärztliche Versorgung mit den damit verbundenen Vorteilen, u. a. Arzt-Patienten-Bindung, Versorgung aus einer Hand und hohen Qualitätsstandards, vorsehen.

Nicht tolerabel ist es, dass lediglich postoperative Weiterbehandlungen nach den Kurzzeitfallpauschalen in den vertragsärztlichen Bereich verlagert werden. Die Kurzzeitfallpauschalen setzen durch die verweildauerunabhängige Vergütung zusätzlich Anreize, Patienten vorzeitig zur poststationären Weiterbehandlung in den vertragsärztlichen Bereich abzugeben. Die hierzu notwendigen Leistungen belasten die vertragsärztliche morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Die Fortführung der sektorengleichen Vergütung über Hybrid-DRG.

## ÄNDERUNGSANTRAG 2 ART. 1 NR. 6 (§§ 73B, 87A, 87B SGB V) – STREICHUNG DES FIXKOSTENDEGRESSIONSABSCHLAGS

### Beabsichtigte Neuregelung

Streichung des mit dem GKV-BStabG normierten Fixkostendegressionsabschlags für Haus- und Kinderärzte und für die hausarztzentrierte Versorgung, sodass keine Preisminderungen bei Fallzahl- oder Mengenausweitungen angewandt werden.

### Bewertung

Die KBV begrüßt die richtige Erkenntnis, dass eine gewünschte Ausweitung von Fallzahlen im haus- und kinderärztlichen Bereich nur dann auch betriebswirtschaftlich nachhaltig sein kann, wenn Haus- und Kinderärzte dann nicht im nächsten Zug durch einen Fixkostendegressionsabschlag für eben jenes gewünschte Verhalten bestraft werden. Wünschenswert wäre gewesen, diese richtige Erkenntnis (dort wo beabsichtigt oder medizinisch indiziert sind auch betriebswirtschaftliche Anreize für die Behandlungsübernahme zu setzen) konsequenterweise auch auf den fachärztlichen Bereich zu übertragen. Aus Sicht der KBV sind zumindest diejenigen Leistungen, die gezielt in die fachärztliche Versorgung gesteuert werden nach den gleichen Grundsätzen zu behandeln.

Daneben weisen wir darauf hin, dass § 87a Abs. 3 Satz 5 Nummer 3 einen Verweisfehler enthält.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Korrektur des Verweisfehlers durch Neufassung an anderer Stelle sowie Berücksichtigung auch der fachärztlichen betriebswirtschaftlichen Erfordernisse.

# ÄNDERUNGSANTRAG 5 ART. 1 NR. 10A UND B NEU (§ 126 SGB V, § 127 SGB V) – HILFSMITTEL

### Beabsichtigte Neuregelung

Den Krankenkassen soll erneut ermöglicht werden, Verträge über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln im Wege der Ausschreibung zu schließen. Der Preis darf nicht alleiniges Zuschlagskriterium sein; qualitätsbezogene Kriterien sind mit mindestens 50 % zu gewichten. Für individuell angefertigte Hilfsmittel, Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sowie Versorgungen, bei denen ein Wechsel des Leistungserbringers Kontinuität oder Qualität gefährdet, sollen Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig sein. Die Krankenkassen sollen ihre Zweckmäßigkeitsprüfung dokumentieren und eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier Hilfsmittel gewährleisten.

### Bewertung

Die KBV erkennt das Ziel an, die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen. Sie hat die Maßnahmen zur Preisbegrenzung im Hilfsmittelbereich ausdrücklich mitgetragen.

Die Wiedereinführung von Ausschreibungen sieht die KBV dagegen kritisch. Ausschreibungen wurden mit dem TSVG 2019 abgeschafft, obwohl die mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) eingeführten Qualitätsvorgaben – insbesondere die Mindestgewichtung von Qualitätskriterien – bereits galten. Die nun vorgesehenen Schutzmechanismen entsprechen im Kern diesen Vorgaben. Es ist nicht erkennbar, warum sie heute wirksamer sein sollten.

Aus Sicht der vertragsärztlichen Versorgung ist entscheidend: Probleme in der Hilfsmittelversorgung – ungeeignete Produkte, lange Lieferzeiten, wohnortferne Anbieter, Anbieterwechsel oder Aufzahlungsforderungen – schlagen erfahrungsgemäß unmittelbar in den Praxen auf. Patienten wenden sich zuerst an ihren Arzt. Dies führt zu zusätzlichen Kontakten, Folge- und Neuverordnungen, Begründungen für abweichende Produkte und Rückfragen von Krankenkassen und Leistungserbringern. Diese Aufwände stehen im Widerspruch zum erklärten Ziel des Gesetzgebers, die Praxen von Bürokratie zu entlasten. Die erwarteten Einsparungen dürfen nicht durch Mehraufwand in der ärztlichen Versorgung erkauft werden.

Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten, hält die KBV folgende Ergänzungen für zwingend erforderlich:

1. **Produktneutrale Verordnung sichern.** Es ist klarzustellen, dass die vertragsärztliche Verordnung auf Ebene der Produktart erfolgt. Die Auswahl des Vertragsprodukts und dessen Eignung im Einzelfall liegt allein in der Verantwortung der Krankenkasse und des Vertragspartners. Zusätzliche Begründungs- oder Bescheinigungspflichten für Vertragsärzte infolge von Ausschreibungen sind auszuschließen.
2. **Keine Neuverordnung bei Anbieter- oder Produktwechsel.** Wechselt der Leistungserbringer infolge einer Ausschreibung oder ist das Vertragsprodukt ungeeignet, darf dies keine neue Verordnung erfordern. Die bestehende Verordnung bleibt gültig.
3. **Versorgungsfristen und Sanktionen.** Die Krankenkassen haben verbindliche Fristen für die Versorgung durch den Vertragspartner sicherzustellen und bei Nichteinhaltung unmittelbar eine Ersatzversorgung zu organisieren – ohne erneute ärztliche Verordnung.
4. **Information der Versicherten durch die Krankenkasse.** Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten unmittelbar über Vertragspartner, Bezugswege und mehrkostenfreie Alternativen. Die Praxen sind nicht Auskunftsstelle für das Vertragsgeschäft der Kassen.

### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Die KBV regt an, auf die Wiedereinführung von Ausschreibungen zu verzichten. Hilfsweise ist § 127 Abs. 1c SGB V, um folgende Sätze zu ergänzen:

„Die Versorgung durch den Vertragspartner erfolgt auf Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung der Produktart; eine erneute oder geänderte Verordnung ist infolge der Ausschreibung nicht erforderlich. Die Krankenkassen stellen sicher, dass Versicherte innerhalb angemessener Frist versorgt werden, und informieren diese über die Vertragspartner."

## ÄNDERUNGSANTRAG 7 ART. 1 NR. 18A NEU § 129 SGB V – APOTHEKENBEZOGENE AUSSCHREIBUNGEN FÜR ZYTOSTATIKA

### Beabsichtigte Neuregelung

In § 129 Abs. 5 SGB V wird ergänzend eine neue Regelung aufgenommen, wonach die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zur Sicherstellung der Versorgung ihrer Versicherten Verträge mit Apotheken der entsprechenden maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene schließen können. Diese beinhalten die in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten. In den Verträgen können Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers und die Preise und Preisspannen der Apotheker vereinbart werden.

### Bewertung

Aus Sicht der Vertragsärzteschaft sind Ausschreibungen und damit die geplante Neuregelung in § 129 Abs. 5 SGB V für parenterale onkologische Zubereitungen abzulehnen, da sie etablierte und qualitätsgesicherte Versorgungsstrukturen gefährden.

Die im Änderungsantrag im Vergleich zu der 2016 bis ins Jahr 2017 hinein geltenden Regelung vorgesehener Modifikationen, wie die Vorgabe, dass die Verträge von den Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und auf Landesebene abgeschlossen werden müssen, sind aus Sicht der KBV nicht ausreichend, um die damals aufgetretenen Versorgungsprobleme ausreichend zu verhindern.

Die ambulante Krebsversorgung basiert auf einem eng abgestimmten regionalen Netzwerk aus behandelnden Ärzten, spezialisierten Apotheken und weiteren Leistungserbringern. Die patientenindividuelle Herstellung und zeitkritische Bereitstellung onkologischer Arzneimittel erforderten kurze Kommunikationswege, eine enge fachliche Zusammenarbeit und flexible Anpassungen an den Gesundheitszustand der Patienten. Ausschreibungen würden diese bewährten Strukturen aufbrechen und zusätzliche Schnittstellen schaffen.

Aus ärztlicher Sicht gefährden Ausschreibungen zudem die Therapiehoheit der behandelnden Ärzte, da die Auswahl der versorgenden Apotheke nicht mehr primär nach medizinischen und organisatorischen Erfordernissen, sondern nach vertraglichen Vorgaben der Krankenkassen erfolgt. Gleichzeitig steigt der bürokratische Aufwand durch unterschiedliche Versorgungswege und Ansprechpartner.

Besonders kritisch ist, dass die heutige Onkologie zunehmend auf komplexen Kombinationstherapien aus Zytostatika, Immuntherapeutika und weiteren zielgerichteten Arzneimitteln basiert. Deren sichere und leitliniengerechte Anwendung setzt standardisierte Prozesse sowie eine koordinierte Bereitstellung aller Therapiekomponenten voraus. Eine Trennung der Versorgung durch unterschiedliche Lieferanten ist im Praxisalltag kaum umsetzbar und erhöht das Risiko von Verzögerungen, Fehlbestellungen und Medikationsfehlern.

Insgesamt sind Ausschreibungen für patientenindividuelle onkologische Zubereitungen aus Sicht der KBV weder geeignet, die komplexen Anforderungen der ambulanten Krebsversorgung abzubilden, noch eine sichere, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Patientenversorgung zu gewährleisten. Sie bergen vielmehr Risiken für Versorgungsqualität, Therapiesicherheit und Versorgungskontinuität. Negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung sind zu erwarten.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Ersatzlose Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

# ÄNDERUNGSANTRAG 8 (§ 134 SGB V, ANLAGE 4 DIGAV) – DIGA VERGÜTUNGSABSCHLÄGE

### Beabsichtigte Neuregelung

Es werden Vergütungsabschläge für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in Höhe der Quote der Nutzenabbrüche in den ersten vier Wochen eingeführt.

Zudem erfolgt eine Erhebung und Messung der Quote der Nutzungsabbrüche in den ersten vier Wochen im Rahmen der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung.

### Bewertung

Die KBV begrüßt die Regelung. Sie verlagert das Kostenrisiko frühzeitiger Nutzungsabbrüche dorthin, wo es beeinflusst werden kann: zu den Herstellern. Anwendungen, die Patienten nicht dauerhaft erreichen, sollen nicht in voller Höhe aus Beitragsmitteln vergütet werden. Der Abschlag setzt zugleich einen Anreiz, Benutzerfreundlichkeit und Adhärenz zu verbessern. Die Regelung greift damit ein Anliegen auf, das die KBV seit dem Digital-Gesetz vertritt: Vergütung von DiGA stärker an den nachgewiesenen Nutzen und künftig auch an tatsächlicher Nutzung zu knüpfen.

Die KBV regt eine Ergänzung zu den Änderungen an:

**Abschlag auch auf Preise nach § 134 Abs. 5.**

Nach dem Wortlaut gilt der Abschlag nur für die vereinbarten Vergütungsbeträge nach Abs. 1 Satz 1. Bis zu deren Vereinbarung gelten jedoch die tatsächlichen Herstellerpreise nach Abs. 5. Gerade in dieser Phase – häufig während der Erprobung und ohne nachgewiesenen Nutzen – darf das Abbruchrisiko nicht bei den Krankenkassen verbleiben.

Im Übrigen verweist die KBV auf ihre bisherigen Stellungnahmen, zuletzt zum Referentenentwurf dieses Gesetzes vom 20. April 2026, zur Zweiten Verordnung zur Änderung der DiGAV vom 16. Januar 2025 sowie zum Digital-Gesetz (2023). Die KBV hält insbesondere an folgenden Forderungen fest: Ein Leistungsanspruch auf DiGA sollte erst nach erfolgreich abgeschlossener Erprobung bestehen. Die DiGA höherer Risikoklassen bedürfen einer Methodenbewertung durch den GBA. Für ärztlich verordnete DiGA ist zudem ein Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen einzuführen, um die Verordnenden vor nachgelagerten Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu schützen.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

In § 134 Abs. 4a Satz 1 werden nach den Wörtern „Absatz 1 Satz 1“ die Wörter „sowie von den tatsächlichen Preisen nach Absatz 5 Satz 1“ eingefügt.

# ÄNDERUNGSANTRAG 11 ART. 1 NR. 2A NEU (§ 31 SGB V) – THERAPIEVERSUCH MIT EINEM CANNABISHALTIGEN FERTIGARZNEIMITTEL

### Beabsichtigte Neuregelung

Weiterentwicklung und Konkretisierung des Therapieversuchs mit cannabishaltigen Fertigarzneimitteln im Rahmen des Anspruchs nach § 31 Absatz 6 SGB V. Der Therapieversuch hat nur in der Indikation, für die das cannabishaltige Fertigarzneimittel zugelassen ist, zu erfolgen. Die Dauer des Therapieversuchs wird in das Ermessen der Vertragsärzte gestellt.

### Bewertung

Die beabsichtigte Neuregelung dient der gesetzlichen Klarstellung und ist im Sinne der ärztlichen Verordnungssicherheit zu begrüßen. Neben der Konkretisierung, dass ein erstmaliger Therapieversuch mit einem cannabishaltigen Fertigarzneimittel nur in der jeweils zugelassenen Indikation zu erfolgen hat, wird auch der bisher verpflichtende Einsatz eines zugelassenen Fertigarzneimittels über einen Zeitraum von sechs Monaten gestrichen und die Dauer des Therapieversuchs im Sinne der ärztlichen Therapiefreiheit somit in das ärztliche Ermessen gestellt. Zudem wird der Umgang mit Bestandspatienten spezifiziert.

### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Es bedarf keiner Änderung.

# ÄNDERUNGSANTRAG 12 ART. 1B, NR. 4. § 87A ABS. 3 SATZ 5-20 SGB V – ANPASSUNGEN DES GKV-BSTABG

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Rückführung der TSVG-Konstellationen in die MGV in Satz 8 soll korrigiert werden. Nun werden alle Zeiträume der offenen Sprechstunde einbezogen.

### Bewertung

Der Änderungsantrag dazu enthält weiterhin den Fehler, sodass nicht alle TSVG-Konstellation zurückgeführt werden, sondern nur die offene Sprechstunde im gesamten Zeitraum. Dieser Fehler sollte durch Einbezug aller TSVG-Konstellationen behoben werden.

### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2027 werden die bereits nach Satz 8 in der bis zum 29. Juli 2026 geltenden Fassung für die Kalenderjahre ab 2019 jeweils bereinigten arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumina für die in Satz 7 Nummer 1-3 genannten Leistungen in den nach Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarf rückgeführt.

# ÄNDERUNGSANTRAG 12 ART. 2A NR. 2 (§ 44C)

### Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem GKV-BStabG wird eine gesetzliche Einführung einer abgestuften Teilarbeitsunfähigkeit (Teil-AU) vorgenommen. Versicherte mit voraussichtlich länger als vier Wochen andauernder Arbeitsunfähigkeit können freiwillig zu 25/50/75 Prozent weiterarbeiten, wenn Arzt und Arbeitgeber zustimmen. Die Ausgestaltung wird auf dem GBA übertragen.

### Bewertung

An der Regelung zur Teil-AU bei einer Erkrankung von voraussichtlich mehr als vier Wochen wird festgehalten.

Die KBV lehnt die Regelung aus dem GKV-BStabG wie die geplanten Änderungen ab. Der Gesetzgeber hält an der Einführung der Regelung zur Teil-AU fest und trifft darüber hinaus viele prozessuale Detailregelungen. Für Ärzte, die eine Arbeitsunfähigkeit feststellen müssen, bleibt es dabei, dass die Einführung einer Teil-AU zu einem erheblichen zusätzlichen Prüf-, Dokumentations- und Abstimmungsaufwand führen wird. Sie müssen neben der bisherigen AU-Feststellung künftig auch den Umfang einer noch bestehenden Teilarbeitsfähigkeit, deren medizinische Voraussetzungen, zeitliche Begrenzung sowie den weiteren Verlauf beurteilen und dokumentieren. Damit gehen höhere Anforderungen an die einzelne Bescheinigung, größere Abgrenzungs- und Haftungsrisiken bei der Bewertung teilweiser Leistungsfähigkeit sowie ein erhöhtes Konflikt- und Verantwortungsrisiko einher. Zudem steigt der Aufwand in den Arztpraxen, den Patienten das Verfahren zur Teil-AU zu erklären.

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Die Regelung wird weiterhin abgelehnt.

# ÄNDERUNGSANTRAG 12 ART. 10C NR. 1 (§ 35A ABS. 6A SGB V)

### Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung soll klargestellt werden, dass bei Vergütungserhöhungen u. a. von Vorständen der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen, für die diese Regelung nach § 79 Abs. 6 S. 1 SGB V ebenfalls gilt, auch ein geringerer Zuschlag auf die Grundvergütung als die maximal zulässige Vergütungserhöhung erfolgen kann.

### Bewertung

Bereits die Begrenzung der Vergütungserhöhung auf die durchschnittliche Grundlohnsummenentwicklung der letzten Amtsperiode ist bei den Vorständen der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen im Hinblick auf das gesetzliche Ziel der Einsparung von Beiträgen nicht geeignet, da diese Vergütungen nicht aus Beitragsgeldern, sondern aus den Verwaltungskosten der Mitglieder gezahlt werden, die aus deren Privatvermögen stammen. Darüber hinaus stellt die Regelung einen gravierenden Eingriff in die Berufsfreiheit der Vorstandsmitglieder sowie in die Selbstverwaltungsautonomie der Vertreterverswammlungen dar, die für die Personalgewinnung der Vorstände einen entsprechenden Verhandlungsspielraum benötigen. Vor diesem Hintergrund, dass bereits die Begrenzung der Erhöhung der Vergütung ungeeignet und somit bezogen auf das KV-System verfassungsrechtlich unverhältnismäßig ist, ist eine weitergehende Klarstellung, dass auch eine geringere Erhöhung zulässig sein soll, obsolet.

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung der Regelung sowie des Verweises auf § 79 Abs. a S. 1 SGB V auf § 35a Abs. 6a SGB IV.

**Ihre Ansprechpartner:**

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

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