

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses

**Zu den Änderungsanträgen 1 bis 3 zum Gesetzentwurf zur
Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der
Pflege**

Bundestags-Drucksache 21/1511

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung.....	3
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen	4
ÄA Nr. 1: § 4 SGB V Begrenzung des Ausgabenanstiegs bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen im Jahr 2026.....	4
ÄA Nr. 2: §§ 92a, 271 SGB V Reduktion des Fördervolumens des Innovationsfonds im Jahr 2026.....	5
ÄA Nr. 3: §§ 9 und 10 KHEntgG, § 9 BPflV	6
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf des AOK-Bundesverbandes	8
Maßnahmen zur Stabilisierung der finanziellen Leistungsfähigkeit der GKV.....	8

I. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden, fachfremden Änderungsanträge Nummer 1 bis 3 ist es, die Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im kommenden Jahr zu stabilisieren. Dazu sollen die Meistbegünstigungsklausel ausgesetzt und weitere Einsparungen beim Innovationsfonds und bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen vorgenommen werden.

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die Absicht, die Beitragssätze stabil zu halten, mahnt jedoch tiefgreifendere Maßnahmen für eine langfristige Lösung der GKV-Finanzprobleme an.

Mit Blick auf das Jahr 2027 müssen im kommenden Jahr die politischen Schnellschüsse und kleinteiligen Sofortmaßnahmen durch dauerhaft wirksame und durchdachte Maßnahmen ersetzt werden. Denn dann entfällt die entlastende Wirkung der Darlehen, die ungebremste Ausgabendynamik bleibt voraussichtlich bestehen und die konjunkturelle Entwicklung ist noch ungewiss.

Es braucht eine faire Lastenteilung zwischen Bund, Ländern und GKV und eine dauerhafte Begrenzung der Ausgaben. Aus unserer Sicht sind dabei die Lasten auf alle Beteiligten, darunter auch pharmazeutische Unternehmen, Ärztinnen und Ärzte und Heilmittelerbringende, angemessen zu verteilen. Dafür hat der AOK-Bundesverband kurzfristig umsetzbare und schnell wirkende Vorschläge unter „Zusätzlicher Änderungsbedarf“ zusammengeführt.

Neben diesen Sofortmaßnahmen braucht es zeitnah konsistente Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit, die endlich einen überzeugenden ordnungspolitischen Pfad zur Stabilisierung der GKV-Finanzen aufzeigen.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Artikel 3 Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch

ÄA Nr. 1: § 4 SGB V Begrenzung des Ausgabenanstiegs bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen im Jahr 2026

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Ausgabenanstieg bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen im Bereich der sächlichen Verwaltungsausgaben wird im Jahr 2026 gegenüber dem Jahr 2024 auf 8 % begrenzt. Aufwendungen für Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e SGB V sind von der Regelung ausgenommen.

B Stellungnahme

Die geplante Begrenzung ist weder sachgerecht noch inhaltlich nachvollziehbar und wird daher volumnfänglich abgelehnt.

Die angestrebte Begrenzung der sächlichen Verwaltungskosten betrifft originäre gesetzlich übertragene Tätigkeiten der Krankenkassen wie Aufklärung, Beratung und Erreichbarkeit/Ansprache der Versicherten über alle Kontaktwege (online, postalisch, Servicecenter). Dazu gehören z. B. die Informationspflichten über anzupassende Zusatzbeitragsätze nach § 175 SGB V. Zudem wirkt die Regelung direkt auf die durch Betriebs- und Unterhaltskosten laufend zu finanzierende Betriebsstruktur.

Die allgemeinen, dem Anstieg der sächlichen Verwaltungskosten zugrunde liegenden Faktoren wie Inflation oder stark gestiegene Energie- und Transportkosten sind von den Krankenkassen nicht beeinflussbar. Darüber hinaus sieht der Begründungstext vor, dass neben der Kontengruppe 71 auch die Kontengruppen 72 bis 75 bei der Deckelung berücksichtigt werden, die weitere Ausgaben wie Prüfungskosten, Schiedsämter und Gerichts- und Verfahrenskosten sowie Kosten für Zulassungsausschüsse und Landesausschüsse enthalten. Auch diese Bereiche sind in der Höhe von den Krankenkassen nicht beeinflussbar. Stattdessen werden zur Kompensation Einsparungen in wenigen variablen Ausgabenbereichen wie Weiterbildung des Personals, Arbeitsmaterial oder Digitalisierungsprozessen notwendig. Da sich die genannten Ausgabentreiber den Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen entziehen, ist die Höhe der Verwaltungskostendeckelung willkürlich und schränkt die Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebs ungerechtfertigt ein.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

ÄA Nr. 2: §§ 92a, 271 SGB V Reduktion des Fördervolumens des Innovationsfonds im Jahr 2026

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird die Gesamtfördersumme des Innovationsfonds im Jahr 2026 einmalig von 200 Millionen Euro auf 100 Millionen Euro abgesenkt, um den Ausgabenanstieg der gesetzlichen Krankenkassen zu begrenzen.

Im Zuge dessen werden die Fördervolumina in den folgenden Bereichen des Innovationsfonds jeweils halbiert:

- Das Fördervolumen für neue Versorgungsformen mit kurzer Laufzeit wird im Jahr 2026 einmalig von 20 Millionen Euro auf 10 Millionen Euro reduziert.
- Das Fördervolumen für medizinische Leitlinien wird im Jahr 2026 einmalig von 5 Millionen Euro auf 2,5 Millionen Euro reduziert.

Zudem werden die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2026 einmalig von ihrer Finanzierungspflicht für den Innovationsfonds befreit.

B Stellungnahme

Es wird begrüßt, Einsparpotenziale beim Innovationsfonds zu heben, da sich das Förderinstrument bisher nicht bewährt hat, die GKV-finanzierte Versorgung entscheidend weiterzuentwickeln. Nur ein Bruchteil der im Innovationsfonds entwickelten neuen Versorgungsformen kommt tatsächlich in der dauerhaften Versorgung an.

Einsparpotenziale beim Innovationsfonds sind auch vor dem Hintergrund der nicht verausgabten Mittel zu bewerten. Nach eigenen Berechnungen auf Basis der Tätigkeitsberichte des BAS stehen dem Innovationsfonds mittlerweile übertragene Mittel von über 200 Millionen Euro zusätzlich zur Verfügung. Der Änderungsvorschlag bleibt somit hinter seinen Möglichkeiten zurück.

C Änderungsvorschlag

Das Volumen des Innovationsfonds sollte dauerhaft auf 100 Millionen Euro begrenzt und ausschließlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Wie bereits im AOK-Sofortprogramm vorgeschlagen, sollte zudem erwogen werden, nicht verausgabte Mittel an den Gesundheitsfonds zurückzuführen und an die Krankenkassen zu verteilen.

Artikel 13a und 13b – neu - Änderung Krankenhausentgeltgesetz und Bundespflegegesetzversordnung

ÄA Nr. 3: §§ 9 und 10 KHEntgG, § 9 BPfIV

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur finanziellen Entlastung insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Veränderungswert als Obergrenze für den Anstieg des Landesbasisfallwerts und der Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern für das Jahr 2026 auf die Höhe des nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswerts festgelegt.

Die Regelung soll einen Beitrag zu einem überragend wichtigen Gemeinwohlbelang leisten, nämlich der Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.

B Stellungnahme

Die Regelung entspricht einer langjährigen Forderung der AOK-Gemeinschaft, die Steigerung der Landesbasisfallwerte auf den Orientierungswert zu begrenzen, wenn dieser unterhalb der Veränderungsrate liegt. Sie ist sachgerecht.

Um einen nachhaltigen Beitrag für die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten, sollte die Regelung allerdings nicht nur für ein Jahr, sondern dauerhaft ausgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die sogenannte Meistbegünstigungsklausel dauerhaft zu streichen.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass der - mit der Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel - geplante Einspareffekt durch die gesetzlich vorgegebene Tarifrefinanzierung konterkariert wird. So ist geregelt, dass für die Bereiche des Pflegedienstes ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und den ärztlichen Personalbereich eine jährliche Tarifrate zu vereinbaren ist, also die vollständige Berücksichtigung der Personalkostensteigerung, die entsprechend des Personalkostenanteils in einem anteiligen Preisanstieg abgebildet ist. Wenn die Tarifrate über dem Orientierungswert liegt, wird eine entsprechende Tariferhöhungsrate und eine anteilige Erhöhungsrate auf Bundesebene vereinbart. Die Landesbasisfallwerte werden dann entsprechend in Höhe der anteiligen Tariferhöhungsrate korrigiert (10 Abs. 5 KHEntgG). Die mit dem jetzigen Vorschlag vorgesehene Ausgabenbegrenzung auf den Orientierungswert in Höhe von 2,98 % greift dann nicht. Nach derzeitigen Schätzungen ist hier mit einem Volumen von 500 Millionen Euro zu rechnen, das bei den veranschlagten Einsparungen gegenzurechnen wäre. Statt der veranschlagten

1,8 Milliarden Euro würden im Ergebnis nur 1,3 Milliarden Euro übrig bleiben. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die in § 10 Abs. 5 KHEntgG vorgesehene Tarifrefinanzierung für das Jahr 2026 ersatzlos zu streichen.

Hilfsweise wäre darauf abzustellen, für die Berechnung der Tarifrate für das Jahr 2026 auf den nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Teil-Orientierungswert für Personalkosten in Höhe von 4,07 % abzustellen.

C Änderungsvorschlag

Streichung § 10 Abs. 6 Satz 6 KHEntgG.

Streichung der Angabe „Satz 6“ in § 9 Abs. 1 Nr. 5 Satz 1 BPfIV.

Einfügung des Satzes 10 „§ 10 Abs. 5 findet für das Jahr 2026 keine Anwendung“ in § 10 Abs. 5 KHEntgG.

Hilfsweise Änderung:

Einfügung des Satzes 5 „Die Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist für das Jahr 2026 in Höhe des Unterschieds zwischen dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Teil-Orientierungswert für Personalkosten in Höhe von 4,07 % und der in Satz 3 genannten Tarifrate zu vereinbaren.“ nach § 10 Abs. 5 Satz 4 KHEntgG.

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf des AOK-Bundesverbandes

Maßnahmen zur Stabilisierung der finanziellen Leistungsfähigkeit der GKV

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist eine zentrale Säule unseres Sozialstaats sowie ein wichtiger Anker der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit unseres Landes. Damit aber die rund 74 Millionen Versicherten und Millionen Arbeitgeber auch weiterhin auf eine stabile gesetzliche Krankenversicherung vertrauen können, bedarf es einer Rückbesinnung auf den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit. Aus diesem Grund plädiert der AOK-Bundesverband für weitergehende Maßnahmen, um die finanzielle Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Die wichtigsten Punkte, die jetzt zeitnah umgesetzt werden sollten, sind im Folgenden zusammengefasst.

Eine Reihe von Maßnahmen für mehr Effizienz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sind dabei besonders zeikritisch und müssen sehr schnell umgesetzt werden, um im Laufe der Legislaturperiode spürbar Wirkung zu entfalten. Zu den Maßnahmen gehört die Reform der Notfallversorgung. Ambulante Versorgung, stationäre Einrichtungen und Rettungsdienst müssen zum Wohle der Patientinnen und Patienten besser miteinander verzahnt werden. Die Krankenhausstrukturreform wird das Angebot in der stationären Versorgung spürbar konzentrieren. Umso wichtiger wird es dadurch, die Reform des Rettungsdienstes und der Notfallversorgung damit in Einklang zu bringen und die Fachkräfte ressourcenschonend einzusetzen. Nur so lässt sich die Bereitschaft der Bevölkerung zur Veränderung der Krankenhausstrukturen absichern.

Neben schnell greifenden Strukturmaßnahmen auf der Versorgungsseite ist außerdem die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches zwischen den Krankenkassen (RSA) dringend angezeigt. Die Zielgenauigkeit des RSA muss erhöht werden, damit wirtschaftlich rational handelnde Krankenkassen ihren Versicherten Versorgungsangebote bereitstellen können, die den spezifischen Bedürfnissen der Versichertengruppen entsprechen. Im Interesse der Betroffenen, aber auch um gesundheitliche Folgekosten für die Solidargemeinschaft zu senken, sollten Krankenkassen insbesondere in die Betreuung von Versicherten mit hohem Beratungs- und Koordinierungsaufwand investieren. Die aktuell vorhandene Unterdeckung im RSA speziell bei vulnerablen Versichertengruppen kann beseitigt werden, indem die Risikogruppen für Beziehende von Erwerbsminderungsrente wieder eingeführt und zusätzliche sozioökonomische Merkmale neu in den RSA-Datensatz aufgenommen werden. Aufgrund technischer Vorlaufzeiten für die Umsetzung im Ausgleichsmechanismus sollten die Maßnahmen bereits im Jahr 2025 gesetzlich umgesetzt werden, damit sie im Laufe der Wahlperiode noch ihre Wirkung entfalten.

Neben diesen strukturellen Reformmaßnahmen, die auf eine sukzessive Stabilisierung der Ausgabenentwicklung im Laufe der gesamten Legislaturperiode hinwirken,

sind noch weitere kurzfristig wirksame Maßnahmen notwendig, die den weiterhin hohen Druck auf die Beitragssatzentwicklung signifikant senken können:

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sind dies:

- Kostendeckende Beitragspauschalen für Bürgergeldbeziehende und ein dynamisierter Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (bis zu 10 Mrd. Euro),
- Anwendung des reduzierten Mehrwertsteuersatzes in Höhe von 7 % auf alle GKV-Leistungen (6-7 Mrd. Euro im Arzneimittelbereich, 600 Mio. Euro Hilfsmittelbereich).

In der ambulanten Versorgung:

- Aufhebung der geplanten Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung (ca. 300 – 500 Mio. Euro) und Rücknahme der Entbudgetierung bei Kinder- und Jugendärzten (ca. 270 Mio. Euro),
- Streichung der Terminvermittlungszuschläge (ca. 150 Mio. Euro),
- Schließen der Bereinigungslücke bei Leistungen nach Terminvermittlung (230 Mio. Euro).

In der stationären Versorgung:

- Ausschluss der Doppelfinanzierung der DRGs und des Pflegebudgets sowie Abschaffung der pflegeentlastenden Maßnahmen (600 Mio. Euro),
- Korrektur der automatischen vollen Tarifrefinanzierung für ärztliches und nicht-ärztliches Personal (500 Mio. Euro),
- Abschaffung der 300-Euro-Aufwandpauschale bei Rechnungsprüfung (200 Mio. Euro),
- Abschaffung der Meistbegünstigungsklausel und Festlegung des Orientierungswertes Krankenhaus als jährliche Preissteigerungsobergrenze (1,8 Mrd. Euro),
- Aussetzen der PPR 2.0 bis zur Entwicklung eines Personalbedarfsbemessungsinstrumentes, das vollständig ohne zusätzlichen Aufwand aus der Pflegedokumentation befüllt wird; gleiches gilt für Personalbedarfsbemessungsinstrumente im ärztlichen Bereich,

- Begrenzung der Budgetsteigerungen in Psychiatrie und Psychosomatik sowie Rückzahlungsverpflichtung für nicht umgesetzte Personalstellen, Ausschluss von Mehrkosten bei Leiharbeit sowie Vereinfachung und Begrenzung von Finanzierungsansprüchen (600 Mio. Euro).

Im Arzneimittelbereich:

- Anhebung des allgemeinen Herstellerabschlags für Arzneimittel von 7 % auf 16 % (1,7 - 1,8 Mrd. €) oder mindestens auf 12 % (1,3 Mrd. Euro),
- Streichung der Umlage für pharmazeutische Dienstleistungen über den Festzuschlag und Umstellung auf Direktabrechnung (150 Mio. Euro),
- Rückwirkung des Erstattungsbetrags für Arzneimittel nach dem AMNOG-Verfahren ab Marktzugang (50 - 100 Mio. Euro),
- Schaffung von Ausschreibungsmöglichkeiten, beispielsweise für Impfstoffe und Arzneimittelversorgung im Therapiegebiet

Außerdem fordern wir:

- Rückführung nicht verausgabter Mittel an den Gesundheitsfonds und Verteilung auf die Krankenkassen:
 - Nacht- und Notdienstfonds für pharmazeutische Dienstleistungen (500 Mio. Euro)
 - Budget für die BGF-Koordinierungsstellen (ca. 90 Mio. Euro)
 - Mittel aus dem Innovationsfonds beim G-BA (ca. 200 Mio. Euro).