

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 21/6130, 21/6559 –

**Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in
der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum,
Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 21/2036 –

**Akute Not der gesetzlichen Krankenversicherung lindern – Vollständige
Finanzierung der Beiträge für Bürgergeldempfänger durch den Bund
gewährleisten**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum,
Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 21/2716 –

Ambulante ärztliche Versorgung zukunftssicher machen

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 21/5332 –

Anpassung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Stärkung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen

- e) zu dem Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 21/5759 –

Gesundheitssystem stärken statt Versicherte belasten – Echte Reformen für eine stabile gesetzliche Krankenversicherung

- f) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, Linda Heitmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 21/5753 –

Entlastung statt Belastung für Beitragszahlende und Betriebe – Krankenkassenbeiträge jetzt senken

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verzeichnet seit Ende 2023 eine erhebliche Verschlechterung, was sich im Jahr 2024 in einem Defizit von knapp 10 Milliarden Euro bei Krankenkassen und Gesundheitsfonds niedergeschlagen hat. Nach Auffassung der Bundesregierung droht ohne struktu-

relle Gegenmaßnahmen bis zum Jahr 2030 eine Deckungslücke von rund 40 Milliarden Euro.

Zu Buchstabe b

Die GKV steht vor einer erheblichen finanziellen Belastung, die sich nach Auffassung der Antragsteller insbesondere auch aus der unzureichenden Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Bürgergeldempfänger ergibt.

Zu Buchstabe c

Nach Auffassung der Antragsteller leidet die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland unter zunehmend langen Wartezeiten für Patienten sowie unter stark belastenden Arbeitsbedingungen für niedergelassene Ärzte.

Zu Buchstabe d

Nach Auffassung der Antragsteller steht die ärztliche Versorgung in Deutschland, insbesondere in ländlichen Regionen aufgrund unzureichender Finanzierung vor erheblichen Herausforderungen und spürbaren Versorgungslücken.

Zu Buchstabe e

Nach Auffassung der Antragsteller steht die GKV vor einer Finanzkrise mit massiven Defiziten bis zum Jahr 2030. Nur echte Reformen könnten für eine stabile gesetzliche Krankenversicherung sorgen.

Zu Buchstabe f

Nach Auffassung der Antragsteller belastet die aktuelle wirtschaftliche Unsicherheit das Leben der Menschen erheblich, während zeitgleich die Beiträge zur GKV kontinuierlich steigen. Das geplante Reformpaket zur Stabilisierung der GKV der Bundesregierung führe für viele Beitragszahlende jedoch nur zu weiteren finanziellen Belastungen und einer Erhöhung der Lohnnebenkosten.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Mit dem Gesetzentwurf soll ein breit angelegtes Maßnahmenpaket zur Stabilisierung der GKV-Financen eingebracht werden, um die Beitragssätze zur GKV ab dem Jahr 2027 dauerhaft zu stabilisieren. Die Ausgabensteigerungen sollen in allen Leistungsbereichen gedämpft und die Einnahmenseite solidarisch gestärkt werden.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 21/6130, 21/6559 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke.

Annahme einer Entschließung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, AfD und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke.

Zu Buchstabe b

Mit dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf zur Einführung vollständig kostendeckender und steuerfinanzierter GKV-Beiträge für Bürgergeldbezieher vorzulegen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2036 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe c

Mit dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, die Rahmenbedingungen für niedergelassene Ärzte durch strukturelle, bürokratische und finanzielle Entlastungen grundlegend zu verbessern.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2716 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe d

Mit dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf zur Anpassung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vorzulegen, um insbesondere die Verteilung von Arztsitzen neu zu regulieren und ländliche Gebiete gezielter zu unterstützen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5332 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe e

Mit dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, statt kurzfristiger Maßnahmen strukturelle und langfristig tragfähige Reformen im Gesundheitssystem vorzunehmen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5759 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe f

Mit dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, die kurzfristigen Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit (FKG) im Umfang von 42 Milliarden Euro weitestgehend umzusetzen und die Kassenbeiträge zum 1. Januar 2027 um zwei Prozentpunkte zu senken.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5753 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD, SPD und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs und der Entschließung.

Zu den Buchstaben b bis f

Annahme der Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Bund, Länder und Kommunen

Durch die Verschiebung der Rückzahlung der in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten Darlehen entstehen dem Bund Mindereinnahmen von jeweils 1 Milliarde Euro in den Jahren 2029 bis 2032 und von 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2033 sowie entsprechende Mehreinnahmen von jeweils 1 Milliarde Euro in den Jahren 2035 bis 2038 und von 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2039. Durch die Erhöhung der Beitragspauschalen für die Beziehenden von Grundsicherung entstehen dem Bund Mehrausgaben in Höhe von 250 Millionen Euro in 2027, 500 Millionen Euro in 2028, 1 Milliarde Euro in 2029, 1,5 Milliarden Euro in 2030 und 2 Milliarden Euro ab 2031. Die Reduktion des Bundeszuschusses ab dem Jahr 2027 hat für den Bund Minderausgaben in Höhe von jährlich 2 Milliarden Euro zur Folge.

Im Bereich der stationären Versorgung gelten einheitliche Vergütungen für alle Kostenträger. Daher induzieren die Einsparmaßnahmen im Krankenhausbereich ebenfalls Einsparungen für Bund, Länder und Kommunen im Rahmen der Beihilfe in Höhe von rund 100 Millionen Euro in 2027 aufwachsend auf bis zu rund 300 Millionen Euro in 2030.

Im Bereich Arzneimittel führen die Einführung eines ergänzenden dynamischen Herstellerabschlags sowie die Einführung einer gesetzlichen Auffanglösung für Preis-Mengen-Regelungen nach § 130b Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für Bund, Länder und Kommunen bei den Ausgaben für die Beihilfe zu geschätzten Einsparungen in Höhe von insgesamt rund 40 Millionen Euro im Jahr 2027, rund 60 Millionen Euro im Jahr 2028, rund 120 Millionen Euro im Jahr 2029 und rund 200 Millionen Euro im Jahr 2030, wobei die Wechselwirkung mit anderen Maßnahmen im Arzneimittelbereich zu beachten ist. Die Abschaffung der „Leitplanken“ für Erstattungsbeträge führt zu jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rund 5 Millionen Euro in 2027, rund 10 Millionen Euro in 2028, rund 15 Millionen Euro in 2029 und rund 20 Millionen Euro in 2030.

Gesetzliche Krankenversicherung

Durch den Gesetzentwurf wird die GKV durch Mehreinnahmen und Minderausgaben in Höhe von insgesamt rund 16 Milliarden Euro im Jahr 2027 aufwachsend auf bis zu rund 38 Milliarden Euro im Jahr 2030 entlastet, die sich wie folgt verteilen:

	Angaben in Milliarden Euro			
	2027	2028	2029	2030
Deckungslücke für einen stabilen Zusatzbeitrags- satz in Höhe von 2,9 Prozent	15,3	21,5	31,9	40,4
Gesamtentlastung durch den Gesetzentwurf	16,3	23,1	31,1	38,1
davon:				
Minderausgaben	13,7	18,8	25,1	31,5
davon:				
Leistungserbringer, Hersteller, Krankenkassen	11,2	16,2	22,4	28,7
darunter:				
Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik	4,4	8,7	14,1	18,8
Streichung Sondervergütungen	3,5	3,8	4,0	4,3
Sonstige Maßnahmen	3,4	3,7	4,2	5,6
Patientinnen und Patienten	2,5	2,6	2,7	2,8
darunter:				
Leistungsanpassung	0,6	0,6	0,6	0,6
Zuzahlungen	1,9	2,0	2,1	2,2
Mehreinnahmen	4,3	5,9	6,0	6,1
davon:				
Arbeitgeber	3,1	3,2	3,3	3,3
darunter:				
Beitrag für geringfügig Beschäftigte	1,9	1,9	1,9	1,9
Anhebung Bemessungsgrenzen	1,3	1,3	1,3	1,4
Mitglieder	1,2	2,7	2,8	2,8
darunter:				
Anhebung Bemessungsgrenzen	1,2	1,2	1,2	1,3
Anpassung beitragsfreie Mitversicherung	-	1,5	1,5	1,5
Bund	-1,8	-1,5	0,0	0,5
darunter:				
Verschiebung Rückzahlung Darlehen	0,0	0,0	1,0	1,0
Beiträge für Grundsicherungsempfänger	0,3	0,5	1,0	1,5
Absenkung Bundeszuschuss	-2,0	-2,0	-2,0	-2,0
Nachrichtlich				
Abgabe auf zuckergesüßte Getränke*	-	0,5	0,5	0,5

* nicht in diesem Gesetz geregelte, aber seitens der Bundesregierung geplante Maßnahme, deren Finanzwirkung hier nur nachrichtlich ausgewiesen und daher nicht in den Gesamtwirkungen berücksichtigt wird.

Das geschätzte Entlastungsvolumen des Maßnahmenpakets liegt in den ersten zwei Jahren oberhalb der prognostizierten Deckungslücke. Sowohl ausgaben- wie einnahmenseitig bestehen zum gegenwärtigen Zeitpunkt Risiken, dass die Deckungslücken höher ausfallen als prognostiziert. Bereits eine höhere Ausgabendynamik von nur 1 Prozentpunkt in 2026 oder 2027 gegenüber der hier zugrunde gelegten Prognose führt (bei Gesamtausgaben von rund 400 Milliarden Euro) zu höheren Ausgaben von rund 4,0 Milliarden Euro. Auch einnahmenseitig bestehen

angesichts der geopolitischen und weltwirtschaftlichen Entwicklungen Risiken. Zudem sind die geschätzten Finanzwirkungen vieler Maßnahmen naturgemäß mit Unsicherheiten verbunden, da sie beispielsweise auch von der konkreten Umsetzung der Selbstverwaltung oder den Reaktionen der betroffenen Akteure abhängen. Ein moderater Sicherheitspuffer trägt dazu bei, dass der durchschnittlich ausgabendeckende Zusatzbeitragssatz stabil bleiben kann.

In den Jahren 2029 und 2030 wird die Deckungslücke mit den in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen nicht vollständig geschlossen. Es verbleibt eine geringfügige Deckungslücke. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die geplanten Strukturreformen auf Basis der im zweiten Bericht der Finanzkommission Gesundheit erwarteten Empfehlungen für strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen ab dem Jahr 2029 ergänzend zur Konsolidierung der GKV-Financen beitragen werden.

Der größte Teil des Entlastungsvolumens dieses Gesetzes wird mit 11 Milliarden Euro (69 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) im Jahr 2027 aufwachsend auf 29 Milliarden Euro im Jahr 2030 (75 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) durch Begrenzungen der Vergütungsanstiege und Einsparungen im Bereich der Leistungserbringer, Hersteller und Krankenkassen erbracht. Durch die zentrale Begrenzung der Vergütungs- und Preisanstiege auf die jeweilige Kostenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen mit der Einnahmenentwicklung der GKV (Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied – Grundlohnrate) als fester Obergrenze erzielt die GKV Einsparungen in 2027 in Höhe von rund 4,4 Milliarden Euro aufwachsend auf bis zu knapp 19 Milliarden Euro in 2030. Damit gehen allein ein Viertel der Gesamtentlastung der GKV in 2027 bis die Hälfte der Gesamtentlastung der GKV in 2030 auf die (Wieder-)Einführung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zurück. Dies verdeutlicht, dass Beitragssatzstabilität in der GKV ohne diese zentrale Maßnahme in allen Leistungsbereichen nicht erreichbar ist.

Der Beitrag der Patientinnen und Patienten aufgrund einer moderaten Leistungsanpassung sowie einer nachholenden Anhebung der Zuzahlungen beträgt 2,5 Milliarden Euro in 2027 (15 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) und rund 2,8 Milliarden Euro in 2030 (7 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen). Hierbei ist zu beachten, dass ohne dieses Gesetz die Finanzierungslücke durch Anstiege bei den Zusatzbeiträgen zu schließen wäre und die Mitglieder der GKV die entsprechenden Belastungen von bis zu 40 Milliarden Euro in 2030 hälftig zu tragen hätten.

Die Arbeitgeber tragen aufgrund der Anhebung des pauschalen Arbeitgeber-Beitragssatzes für geringfügig Beschäftigte sowie der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze moderate Belastungen in 2027 von rund 3,1 Milliarden Euro (19 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) und rund 3,3 Milliarden Euro in 2030 (9 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen), die wiederum zu Mehreinnahmen der GKV in gleicher Höhe führen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Belastungen der Arbeitgeber durch die paritätische Tragung der höheren Zusatzbeitragssätze ohne dieses Reformpaket in 2027 mit rund 5,4 Milliarden Euro und in 2030 mit rund 14 Milliarden Euro deutlich höher gelegen hätten.

Die Mitglieder werden durch die außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze um rund 1,2 Milliarden Euro in 2027 (7 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) und unter Berücksichtigung des ab 2028 wirksamen Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner mit rund 2,8 Milliarden Euro in 2030 (7 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) belastet, was wiederum zu Mehreinnahmen der GKV in glei-

cher Höhe führt. Auch hier ist zu berücksichtigen, dass die Belastungen der Mitglieder durch die paritätische Tragung der Zusatzbeiträge ohne dieses Reformpaket bei rund 7,7 Milliarden Euro in 2027 und rund 20 Milliarden Euro in 2030 gelegen hätten.

Durch die Verschiebung der Rückzahlung der in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten Darlehen sowie die Erhöhung der monatlichen Beitragspauschalen für die Beziehenden von Grundsicherung beteiligt sich auch der Bund mittel- und langfristig an der Stabilisierung der Beitragssätze.

Aufgrund der notwendigen Haushaltskonsolidierung des Bundes ist eine Reduktion des Bundeszuschusses für die GKV ab dem Jahr 2027 um 2 Milliarden Euro erforderlich.

Zu den Buchstaben b bis f

Wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Die Entlastung von insgesamt 16,27 Millionen Euro jährlichem Erfüllungsaufwand für alle Normadressatengruppen unterliegt der „One-in-one-out“-Regel und beruht nicht auf unionsrechtlichen Vorgaben.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht ein geringer, mangels belastbarer Daten nicht näher bezifferbarer zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Dieser ergibt sich im Wesentlichen aus der einmaligen Einarbeitung in geringfügig erweiterte Angaben im Rahmen bereits bestehender Verfahren, wie der Überprüfung der Familienversicherung.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht ein zusätzlicher einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von unter 1,2 Millionen Euro. Dieser beruht im Wesentlichen auf einmaligen IT-technischen Anpassungsaufwänden.

Im Saldo ergibt sich insgesamt zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 160 000 Euro.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Es entstehen zusätzliche Bürokratiekosten aus Informationspflichten durch die notwendige Aufklärung und Information von Patientinnen und Patienten durch die ausstellenden Ärztinnen und Ärzte sowie für Ärztinnen und Ärzte durch die Aufbereitung der Daten und die Datenübermittlung im Rahmen des eAU-Verfahrens in Höhe von geschätzt 5 Millionen Euro aus der Einführung einer Teilkrankschreibung.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entsteht ein zusätzlicher einmaliger Erfüllungsaufwand von schätzungsweise knapp 1 Million Euro. Dieser besteht insbesondere in einmaligen IT-Anpassungsaufwänden.

Für die Verwaltung ergibt sich eine jährliche Entlastung beim Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 16,4 Millionen Euro.

Zu den Buchstaben b bis f

Wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Neben den unter D. gemachten Ausführungen entstehen noch folgende Finanzwirkungen:

Im Bereich der stationären Versorgung gelten einheitliche Vergütungen für alle Kostenträger. Daher induzieren die Einsparmaßnahmen im Krankenhausbereich ebenfalls Einsparungen für die private Krankenversicherung in Höhe von rund 300 Millionen Euro in 2027 aufwachsend auf bis zu rund 900 Millionen Euro im Jahr 2030. Auch weitere Kostenträger wie beispielsweise Selbstzahler werden in Höhe eines geringen, nicht quantifizierbaren Volumens entlastet.

Durch die außerordentlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze um monatlich jeweils 300 Euro entstehen den Mitgliedern der GKV ab dem Jahr 2027 jährliche Mehrausgaben von 1,2 Milliarden Euro im Jahr 2027, die sich auf 1,3 Milliarden Euro im Jahr 2030 erhöhen.

Durch die Beitragszuschläge für bestimmte familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner nach § 242b SGB V entstehen den Mitgliedern der GKV ab dem Jahr 2028 Mehrausgaben von ca. 1,5 Milliarden Euro.

Durch die außerordentlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze um monatlich jeweils 300 Euro entstehen den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern ab dem Jahr 2027 jährliche Mehrausgaben von 1,3 Milliarden Euro im Jahr 2027, die sich auf 1,4 Milliarden Euro im Jahr 2030 erhöhen.

Durch die Erhöhung des vom Arbeitgeber aus einer geringfügigen Beschäftigung zu tragenden Beitrags entstehen den Arbeitgebern jährlich Mehrbelastungen von 2,3 Milliarden Euro. Hierbei sind die Belastungen der Arbeitgeber für Beschäftigte im Übergangsbereich berücksichtigt.

Die Regelungen im Arzneimittelbereich führen für die private Krankenversicherung zu geschätzten Einsparungen in Höhe von rund 80 Millionen Euro im Jahr 2027, in Höhe von rund 130 Millionen Euro im Jahr 2028, in Höhe von rund 250 Millionen Euro im Jahr 2029 und in Höhe von rund 420 Millionen Euro im Jahr 2030.

Zu den Buchstaben b bis f

Wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/6130, 21/6559 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) folgende Entschließung anzunehmen:

„I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung verfolgt das Ziel der Stabilisierung der Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung, da die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung seit Jahren deutlich stärker steigen als ihre Einnahmen. Das im Gesetzentwurf vorgesehene Maßnahmenpaket zur Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik ist daher unerlässlich, um für Beitragssatzstabilität Sorge zu tragen.

Die Versicherten und alle Akteure im Gesundheitswesen müssen hierzu ihren Beitrag leisten. Gleichzeitig müssen sich die Patientinnen und Patienten darauf verlassen können, dass ihre Versorgung auch in einer Phase der Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt ist.

Dies gilt insbesondere für die vulnerable Gruppe der psychisch Kranken. Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Ursachen für lange Krankheitsausfälle. Die Zahl der Betroffenen steigt stetig.¹ Einschränkungen in der Versorgung würden zu erheblichen finanziellen Mehrbelastungen der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten in der Zukunft führen. Eine kontinuierliche Versorgung ist daher entscheidend.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, Regelungen für den Bereich der Psychotherapie vorzulegen,

- 1. welche die Versorgungskontinuität begonnener Behandlungen über den 31. Dezember 2026 bis zum Abschluss der Behandlung sicherstellen,
- 2. die Ausnahmefälle für extrabudgetäre Vergütung bei Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der Fachtherapeuten für Kinder und Jugendliche, sowie für Behandlungen von schwer psychisch kranken Versicherten entsprechend der KSVPsych-Richtlinien und von als dringlich festgelegten Fällen vorsehen,
- 3. die den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, bis spätestens zum 31. Dezember 2026 eine Regelung zur Feststellung der Dringlichkeit einer Behandlung im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde zu erarbeiten und zu definieren.

Die Koalitionsfraktionen werden in der ersten regulären Sitzungswoche nach der parlamentarischen Sommerpause 2026 die oben aufgeführten Regelungen im Deutschen Bundestag beschließen.“;

- c) den Antrag auf Drucksache 21/2036 abzulehnen;
- d) den Antrag auf Drucksache 21/2716 abzulehnen;
- e) den Antrag auf Drucksache 21/5332 abzulehnen;

¹ Vgl. BARMER Gesundheitsreport 2026

- f) den Antrag auf Drucksache 21/5759 abzulehnen;
- g) den Antrag auf Drucksache 21/5753 abzulehnen.

Berlin, den 8. Juli 2026

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Tanja Machalet
Vorsitzende

Simone Borchardt
Berichterstatlerin

Kay-Uwe Ziegler
Berichterstatler

Dr. Christos Pantazis
Berichterstatler

Dr. Janosch Dahmen
Berichterstatler

Ates Gürpınar
Berichterstatler

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

– Drucksachen 21/6130, 21/6559 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)	Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 9 des Gesetzes vom 12. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 143) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 2 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:	1. u n v e r ä n d e r t
„(1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“	
2. § 3 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	2. § 3 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Für nach § 10 versicherte <i>Kinder</i> werden <i>keine Beiträge</i> erhoben. Für nach § 10 versicherte <i>Ehegatten und Lebenspartner</i> werden Beiträge <i>nach Maßgabe des § 242b</i> erhoben.“	„Für nach § 10 versicherte Ehegatten und Lebenspartner werden Zuschläge auf die Beitragssätze der Mitglieder nach § 242b erhoben. Für nach § 10 versicherte Kinder werden keine Beiträge erhoben.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. § 4 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:	3. § 4 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:
„(5) Die Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse dürfen sich ab dem Haushaltsjahr 2027 gegenüber dem vorausgegangenen Haushaltsjahr jeweils nur nach Maßgabe der Entwicklung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 je Versicherten erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik sowie für Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl entstehen.“	„(5) Ab dem Haushaltsjahr 2027 dürfen sich die Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse mit Ausnahme der Verwaltungsausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkasse und der knappschaftlichen Krankenversicherung im Verhältnis zu ihren Verwaltungsausgaben im jeweils vorangegangenen Haushaltsjahr nur nach Maßgabe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate je Versicherten erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik sowie für Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl entstehen. Für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung gilt § 18a Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend. “
4. § 4a wird wie folgt geändert:	4. § 4a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:	a) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:
„(3) Krankenkassen sind berechtigt, um Mitglieder und für ihre Leistungen zu werben. Bei Werbemaßnahmen der Krankenkassen muss die sachbezogene Information im Vordergrund stehen. Die Werbung hat in einer Form zu erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist. Die Ausgaben einer Krankenkasse für Werbemaßnahmen dürfen in jedem Haushaltsjahr 0,075 Prozent der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 Absatz 1 des Vierten Buches je Mitglied nicht überschreiten. <i>Der Berechnung ist die Mitgliederzahl des betreffenden Haushaltsjahres zugrunde zu legen.</i> “	„(3) Krankenkassen sind berechtigt, um Mitglieder und für ihre Leistungen zu werben. Bei Werbemaßnahmen der Krankenkassen muss die sachbezogene Information im Vordergrund stehen. Die Werbung hat in einer Form zu erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist. Die Ausgaben einer Krankenkasse für Werbemaßnahmen dürfen in jedem Haushaltsjahr 0,075 Prozent der jeweiligen monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches je Mitglied nicht überschreiten.“
b) Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:	b) Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:
„2. für Werbeausgaben für näher bestimmte Werbemaßnahmen,“.	„2. Höchstgrenzen für Werbeausgaben für näher bestimmte Werbemaßnahmen,“.
5. § 6 wird wie folgt geändert:	5. § 6 wird wie folgt geändert:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) In Absatz 1 Nummer 1 wird die Angabe „nach den Absätzen 6 oder 7“ durch die Angabe „nach den Absätzen 6, 7 oder 8“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Nach Absatz 6 Satz 3 <i>werden die folgenden Sätze</i> eingefügt:	b) Nach Absatz 6 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:
„Die nach den Sätzen 1 <i>bis</i> 3 für das Jahr 2027 ermittelte Jahresarbeitsentgeltgrenze wird im Jahr 2027 zusätzlich um 3 600 Euro erhöht. <i>Die nach Satz 4 im Jahr 2027 erhöhte Jahresarbeitsentgeltgrenze wird in den folgenden Jahren wieder nach den Sätzen 2 und 3 verändert.</i> “	„Die nach den Sätzen 1 und 2 für das Jahr 2027 ermittelte Jahresarbeitsentgeltgrenze wird im Jahr 2027 zusätzlich um 3 600 Euro erhöht und in den folgenden Jahren nach Satz 2 geändert. “
c) Absatz 7 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	c) Absatz 7 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„ <i>Sie verändert sich in den folgenden Jahren entsprechend der Regelung in Absatz 6 Satz 2 und 3. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches fest.</i> “	„Absatz 6 Satz 2 und 4 gilt entsprechend. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für die in Satz 1 genannten Arbeiter und Angestellten in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches gesondert fest.“
d) Absatz 8 wird durch den folgenden Absatz 8 ersetzt:	d) Absatz 8 wird durch den folgenden Absatz 8 ersetzt:
„(8) Abweichend von Absatz 6 Satz 4 <i>beträgt</i> die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2026 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2027 <i>den Wert der nach Absatz 6 Satz 1 bis 3 für das Jahr 2027 ermittelten Jahresarbeitsentgeltgrenze ohne die zusätzliche Erhöhung nach Absatz 6 Satz 4. Sie verändert sich in den folgenden Jahren entsprechend der Regelung in Absatz 6 Satz 2 und 3. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches fest.</i> “	„(8) Abweichend von Absatz 6 Satz 3 wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2026 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2027 nicht erhöht. Absatz 6 Satz 2 und 4 gilt entsprechend. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für die in Satz 1 genannten Arbeiter und Angestellten in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches gesondert fest.“
6. § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:	6. § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:
„1. wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6 Satz 2 und 3, Absatz 7 oder 8,“.	„1. wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6 Satz 2 und 4 , Absatz 7 oder 8,“.
7. § 10 Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:	7. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung und zur Feststellung der Voraussetzungen nach § 242b Satz 2 notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.“	
8. § 11 Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:	8. § 11 Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:
„(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation <i>nach den §§ 23, 40</i> , der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft <i>nach § 24d</i> , der künstlichen Befruchtung <i>nach § 27a</i> , der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz <i>nach § 28 Absatz 2</i> , bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln <i>nach § 34 Absatz 1 Satz 1</i> , mit Heilmitteln <i>nach § 32</i> , mit Hilfsmitteln <i>nach § 33</i> und mit digitalen Gesundheitsanwendungen <i>nach § 33a</i> , im Bereich der häuslichen Krankenpflege <i>nach § 37</i> und der Haushaltshilfe <i>nach § 38</i> sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen. Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen <i>sind</i> als zusätzliche Satzungsleistungen <i>im Sinne dieses Absatzes ausgeschlossen</i> .“	„(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, der künstlichen Befruchtung, der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz, bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln, mit Heilmitteln, mit Hilfsmitteln und mit digitalen Gesundheitsanwendungen, im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen. Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen können nicht als zusätzliche Satzungsleistungen in der Satzung vorgesehen werden .“
9. Nach § 25 Absatz 4 Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:	9. Nach § 25 Absatz 4 Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse die von ihm in Richtlinien nach § 92 getroffenen Regelungen über	„Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse die von ihm in Richtlinien nach § 92 getroffenen Regelungen über
1. die <i>allgemeine Gesundheitsuntersuchung</i> nach Absatz 1 im Hinblick auf Altersgrenzen, Zielgruppen, Häufigkeit der Untersuchungen, Untersuchungsinhalte, ge-	1. die Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 im Hinblick auf Altersgrenzen, Zielgruppen, Häufigkeit der Untersuchungen, Untersuchungsinhalte, geschlechtsspezifische

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
schlechtsspezifische Besonderheiten und Zielerkrankungen, insbesondere hinsichtlich einer möglichen Eingrenzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken und Begleit- und Folgeerkrankungen als Schwerpunkt der Gesundheitsuntersuchung, und	sche Besonderheiten und Zielerkrankungen, insbesondere hinsichtlich einer möglichen Eingrenzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken und Begleit- und Folgeerkrankungen als Schwerpunkt der Gesundheitsuntersuchung, und
2. <i>Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs</i> nach Absatz 2 unter Berücksichtigung eines möglichen risikobasierten Screenings und einer möglichen Anpassung der Häufigkeit der Untersuchungen.	2. Untersuchungen zur Früherkennung von Hautkrebserkrankungen nach Absatz 2 unter Berücksichtigung eines möglichen risikobasierten Screenings und einer möglichen Anpassung der Häufigkeit der Untersuchungen.
Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung dieser Richtlinien.“	Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung dieser Richtlinien.“
10. § 27b wird durch den folgenden § 27b ersetzt:	10. § 27b wird durch den folgenden § 27b ersetzt:
„§ 27b	„§ 27b
Zweitmeinung	Zweitmeinung
(1) Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 4 einzuholen. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13, für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht; der Gemeinsame Bundesausschuss soll jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Er legt indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung zum empfohlenen Eingriff und an die Erbringer einer Zweitmeinung fest, um eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung zu sichern. Kriterien für die besondere Expertise sind	(2) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist, und	
2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.	
Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Anforderungen mit zusätzlichen Kriterien festlegen. Zusätzliche Kriterien sind insbesondere	
1. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,	
2. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder	
3. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.	
Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen nach Satz 2 die Möglichkeiten einer telemedizinischen Erbringung der Zweitmeinung.	
(3) Der <i>Anspruch auf Vergütung für die Leistung</i> des Arztes oder der Einrichtung, durch den oder durch die ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 bestimmter Eingriff durchgeführt wird, entfällt, wenn dem Arzt oder der Einrichtung vor dem Eingriff kein Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung vorliegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt erstmals bis zum 31. März 2027 mindestens einen und danach jährlich mindestens <i>einen weiteren</i> der <i>planbaren Eingriffe</i> nach Absatz 2 Satz 1, für den die Einholung einer Zweitmeinung Voraussetzung für die Vergütung des Eingriffs ist. Das Nähere <i>zum Nachweis</i> nach Satz 1 bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach Absatz 2 Satz 1.	(3) Der Vergütungsanspruch des Arztes oder der Einrichtung, durch den oder durch die ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 bestimmter Eingriff durchgeführt wird, gegen die Krankenkasse entfällt, wenn dem Arzt oder der Einrichtung vor dem Eingriff kein Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung vorliegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt erstmals bis zum 31. März 2027 mindestens einen und danach jährlich mindestens zwei weitere der von ihm nach Absatz 2 Satz 1 bestimmten, planbaren Eingriffe , für die die Einholung einer Zweitmeinung Voraussetzung für die Vergütung des Arztes oder der Einrichtung für die Durchführung des Eingriffs ist. Das Nähere zu dem in Satz 1 genannten Nachweis bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13.
(4) <i>Soweit</i> sie die <i>Anforderungen</i> nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen, sind zur Erbringung einer Zweitmeinung berechtigt:	(4) Sofern sie die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen erfüllen, sind zur Erbringung einer Zweitmeinung berechtigt:
1. zugelassene Ärzte,	1. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,	2. <i>u n v e r ä n d e r t</i>
3. ermächtigte Ärzte und Einrichtungen,	3. <i>u n v e r ä n d e r t</i>
4. zugelassene Krankenhäuser und	4. <i>u n v e r ä n d e r t</i>
5. nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.	5. <i>u n v e r ä n d e r t</i>
(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer, die unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen zur Erbringung einer unabhängigen Zweitmeinung geeignet und bereit sind.	(5) <i>u n v e r ä n d e r t</i>
(6) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 5 hinweisen. Bei <i>Eingriffen, die von Absatz 3 Satz 2 erfasst werden, muss der Arzt den Versicherten auf die Folgen einer ausbleibenden Einholung einer Zweitmeinung hinweisen.</i> Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend hat der Arzt die Informationen, <i>die das Institut nach § 139a zum Zweck der Versicherteninformation zu dem Eingriff und Behandlungsalternativen bereitstellt und die der Gemeinsame Bundesausschuss hierfür bestimmt hat, dem Versicherten in Textform auszuhändigen.</i> Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Arbeitstage, bei <i>Eingriffen, die von Absatz 3 Satz 2 erfasst werden, in der Regel mindestens 15 Arbeitstage vor dem geplanten Eingriff erfolgt.</i> In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen und <i>im Fall des Absatzes 3 der Einholung einer Zweitmeinung nachkommen kann.</i> Der Arzt hat den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften der Befundunterlagen aus der Behandlungsakte nach § 630g Absatz 1 Satz 3 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, die für die Einholung der Zweitmeinung erforderlich sind, hinzuweisen. Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammen-	(6) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 5 hinweisen. Bei vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 3 Satz 2 bestimmten Eingriffen hat der Arzt den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass bei Fehlen eines Nachweises über eine eingeholte Zweitmeinung die Kosten für die Durchführung des Eingriffs von dem Versicherten zu tragen sind. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend hat der Arzt dem Versicherten Informationen zu dem jeweiligen Eingriff und zu Behandlungsalternativen in Textform auszuhändigen. Das Nähere zu den auszuhändigenden Informationen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13. Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Arbeitstage, bei vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 3 Satz 2 bestimmten Eingriffen in der Regel mindestens 15 Arbeitstage vor dem geplanten Eingriff erfolgt. In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen und bei vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 3 Satz 2 bestimmten Eingriffen eine Zweitmeinung einholen kann.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
stellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse.	Der Arzt hat den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften der Befundunterlagen aus der Behandlungsakte nach § 630g Absatz 1 Satz 3 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, die für die Einholung der Zweitmeinung erforderlich sind, hinzuweisen. Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse.
(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vorsehen. Sofern diese zusätzlichen Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss <i>bestimmten Eingriffe</i> nach Absatz 2 Satz 1 betreffen, müssen sie die Anforderungen <i>nach Absatz 2 Satz 2</i> erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat. Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse ein Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a anbietet.“	(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vorsehen. Sofern diese zusätzlichen Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 1 bestimmten Eingriffe betreffen, müssen sie die Anforderungen erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 2 festgelegt hat. Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse ein Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a anbietet.“
11. § 28 wird wie folgt geändert:	11. § 28 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 Satz 6 und 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) Die Sätze 6 und 7 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung	„Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung
1. durch Vertragszahnärzte, die keine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen, oder	1. durch Vertragszahnärzte, die keine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, keinen dem Fachzahnarzt für Kieferorthopädie gleichwertigen Abschluss oder keine im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte festgelegte ausreichende praktische Erfahrung in der kieferorthopädischen Behandlung besitzen, oder
2. von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben.	2. unverändert
Satz 6 Nummer 2 gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.“	Satz 6 Nummer 2 gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bb) Nach Satz 10 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] fest,
	1. welcher Abschluss einem Fachzahnarzt für Kieferorthopädie als gleichwertig im Sinne des Satzes 6 Nummer 1 gilt und
	2. welche praktische Erfahrung in der kieferorthopädischen Behandlung als ausreichend im Sinne des Satzes 6 Nummer 1 gilt.
	Der Bundeszahnärztekammer ist vor jeder Festlegung nach Satz 11 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozess einzubeziehen.“
b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:	b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:
„(2a) Auf eine vor dem Ablauf des ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] bereits begonnene kieferorthopädische Behandlung ist § 28 Absatz 2 Satz 6 in der am ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung weiter anzuwenden.“	„(2a) Absatz 2 Satz 6 und 7 in der am ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung ist weiter anzuwenden
	1. auf eine vor dem Ablauf des ... [einsetzen: Datum des Tages und Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie Jahreszahl des vierten auf die Verkündung folgenden Jahres] begonnene kieferorthopädische Behandlung oder
	2. auf Vertragszahnärzte, die vor Ablauf des ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] ein Studium, das zum Führen des Titels Master of Science im Fachbereich der Kieferorthopädie berechtigt, ab-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	geschlossen oder ein solches Studium aufgenommen haben.
	Der Vertragszahnarzt hat die Berechtigung zum Führen des in Satz 1 Nummer 2 genannten Titels oder das Datum der Aufnahme eines Studiums, das zu einem solchen Titel führt, gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen.“
	c) Nach Absatz 3 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:
	„Der Einholung des Konsiliarberichts bedarf es nicht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt oder auf Empfehlung eines Krankenhauses im Anschluss an eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung.“
12. § 31 wird wie folgt geändert:	12. § 31 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	a) Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit es sich nicht um homöopathische und anthroposophische Arzneimittel handelt oder die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen.“	„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit es sich nicht um homöopathische oder anthroposophische Arzneimittel handelt oder die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen.“
b) Absatz 1a wird durch den folgenden Absatz 1a ersetzt:	b) Absatz 1a wird durch den folgenden Absatz 1a ersetzt:
„(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Als Verbandmittel gilt auch ein Gegenstand, der ergänzend zu den in Satz 1 genannten Eigenschaften	„(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Als Verbandmittel gilt auch ein Gegenstand, der ergänzend zu einer der in Satz 1 genannten Eigenschaften
1. Wunden feucht hält oder Wunden reinigt,	1. unverändert
2. Wundexsudat oder Gerüche bindet,	2. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. ein Verkleben mit der Wunde verhindert oder atraumatisch wechselbar ist oder	3. u n v e r ä n d e r t
4. <i>proteasemodulierend oder</i> antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkt.	4. antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkt.
Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2. Absatz 1 Satz 2 gilt für sonstige Produkte zur Wundbehandlung entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien. § 34 Absatz 6 gilt entsprechend. Für die Beratung sind Gebühren zu erheben. Das Nähere zur Beratung und zu den Gebühren regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.“	Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Absatz 1 Satz 2 gilt für sonstige Produkte zur Wundbehandlung entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien. § 34 Absatz 6 gilt entsprechend. Für die Beratung sind Gebühren zu erheben. Das Nähere zur Beratung und zu den Gebühren regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.“
c) Die Absätze 6 und 7 werden durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:	c) Die Absätze 6 und 7 werden durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:
„(6) Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn	„(6) Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn
1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung	1. u n v e r ä n d e r t
a) nicht zur Verfügung steht oder	
b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustan-	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
des der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann und	
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.	2. unverändert
Die Leistung bedarf bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist. Verordnet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Leistung nach Satz 1 im Rahmen der Versorgung nach § 37b oder im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung mit einer Leistung nach Satz 1 im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts, ist über den Antrag auf Genehmigung nach Satz 2 abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden. Leistungen, die auf der Grundlage einer Verordnung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes zu erbringen sind, bei denen allein die Dosierung eines Arzneimittels nach Satz 1 angepasst wird oder die einen Wechsel zu anderen Extrakten in standardisierter Qualität anordnen, bedürfen keiner erneuten Genehmigung nach Satz 2. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere zur Leistungsgewährung sowie zu einzelnen Facharztgruppen und den erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, bei denen der Genehmigungsvorbehalt entfällt, in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 ist über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Sofern eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, ist abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang zu entscheiden; der Medizinische Dienst nimmt, sofern eine gutachtliche Stellungnahme eingeholt wird, innerhalb von zwei Wochen Stellung.“	Die vertragsärztliche Versorgung hat zunächst mit einem zugelassenen cannabis-haltigen Fertigarzneimittel im Rahmen eines sechsmonatigen Therapieversuchs zu erfolgen. Die Leistung bedarf bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, es sei denn die Leistung wird von einer oder einem vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 9 bestimmten Fachärztin oder Facharzt verordnet. Die Genehmigung ist vor Beginn der Leistung zu erteilen. Abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 ist über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Sofern eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, ist abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang zu entscheiden; der Medizinische Dienst nimmt, sofern eine gutachtliche Stellungnahme eingeholt wird, innerhalb von zwei Wochen Stellung. Verordnet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Leistung nach Satz 1 im Rahmen der Versorgung nach § 37b oder im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung mit einer Leistung nach Satz 1 im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts, ist über den Antrag auf Genehmigung nach Satz 3 abweichend von Satz 5 innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden. Leistungen, die auf der Grundlage einer Verordnung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes zu erbringen sind, bei denen allein die Dosierung eines Arzneimittels nach Satz 1 angepasst wird oder die einen Wechsel zu anderen Extrakten in standardisierter Qualität anordnen, bedürfen keiner erneuten Genehmigung nach Satz 3. Der

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere zur Leistungsgewährung sowie zu einzelnen Facharztgruppen, bei denen der Genehmigungsvorbehalt nach Satz 3 entfällt, und zu deren erforderlichen ärztlichen Qualifikationen in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.“
	12a. In § 33 Absatz 8 Satz 3 wird die Angabe „10 Euro“ durch die Angabe „15 Euro“ ersetzt.
13. § 34 wird wie folgt geändert:	13. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.	
b) Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen.	
14. § 35a wird wie folgt geändert:	14. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 6 wird die Angabe „Anwendung,“ durch die Angabe „Anwendung.“ ersetzt.	
bb) Nummer 7 wird gestrichen.	
b) Absatz 1d wird gestrichen.	
c) Absatz 3 Satz 4 bis 6 wird gestrichen.	
15. § 36 wird durch den folgenden § 36 ersetzt:	15. § 36 wird durch den folgenden § 36 ersetzt:
„§ 36	„§ 36
Festbeträge für Hilfsmittel	Festbeträge für Hilfsmittel
(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll geeignete Hilfsmittel bestimmen, für die, soweit <i>hierdurch</i> eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gefördert und eine angemessene Versorgung gewährleistet <i>werden kann</i> , <i>Festbeträge festgesetzt werden können. Dabei sollen</i> unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige <i>Produkte</i> in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden. Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Hersteller- und Leistungserbringerdaten <i>dürfen</i> nur ohne Einrichtungsbezug <i>bekanntgegeben werden</i> .	(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll geeignete Hilfsmittel bestimmen, für die Festbeträge festgesetzt werden können , soweit durch die Festsetzung eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gefördert und eine angemessene Versorgung der Versicherten gewährleistet wird. Bei der Bestimmung der Hilfsmittel sollen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Hilfsmittel in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung mit diesen Hilfsmitteln festgelegt werden. Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung nach Satz 1 einzubeziehen. Der Spitzenverband

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Bund der Krankenkassen darf den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene Hersteller- und Leistungserbringerdaten nur ohne Einrichtungsbezug übermitteln.
(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt für die Versorgung mit den nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmitteln einheitliche Festbeträge fest. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Hersteller und Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 und nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann von den Herstellern und Leistungserbringern oder deren Verbänden zur Festsetzung nach Satz 1 <i>insbesondere</i> Nachweise über die produktspezifischen Umsatz- und Absatzzahlen, Kalkulationszuschläge sowie die durchschnittlichen Stundenverrechnungssätze und Arbeitszeiten verlangen. <i>Der Anspruch nach Satz 4 umfasst auch die Hersteller- und Leistungserbringerabgabepreise je Festbetragsgruppe sowie die auf diese und den Gesamtumsatz der Festbetragsgruppe bezogenen Rabatte.</i> Näheres zu Art und Form der Informationen und Auskünfte nach den Sätzen 3 bis 5 sowie zu deren Übermittlung sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln. Soweit einzelne Berechnungsparameter im Rahmen der Informationen und Auskünfte nach den Sätzen 3 bis 5 nicht gemäß den Vorgaben der Verfahrensordnung nach Absatz 3 übermittelt werden, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Parameter auf der vorliegenden Datengrundlage durch Schätzung festlegen. Für das Verfahren zur Schätzung gilt Absatz 4 Satz 1 entsprechend; Einzelheiten sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln.	(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt für die Versorgung mit den nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmitteln einheitliche Festbeträge fest. Absatz 1 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Die Hersteller und Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 und nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann von den Herstellern und Leistungserbringern oder deren Verbänden zur Festsetzung nach Satz 1 Nachweise über die produktspezifischen Umsatz- und Absatzzahlen, über die Hersteller- und Leistungserbringerabgabepreise einschließlich gewährter Rabatte, über Kalkulationszuschläge, über die durchschnittlichen Stundenverrechnungssätze und Arbeitszeiten sowie über sonstige für eine sachgerechte Festbetragsberechnung erforderliche Kosten- und Strukturdaten verlangen. Die Hersteller und Leistungserbringer haben die Informationen und Auskünfte, soweit möglich, in aggregierter oder anonymisierter Form zu übermitteln. Personenbezogene Daten dürfen nur übermittelt und vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verarbeitet werden, soweit dies für die Festsetzung der Festbeträge erforderlich ist. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat an ihn übermittelten Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse durch geeignete organisatorische und technische Maßnahmen zu schützen und darf diese ausschließlich zum Zwecke der Festbetragsfestsetzung verwenden. Zur Prüfung der Plausibilität, Repräsentativität und Vollständigkeit der Daten kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Herstellern und Leistungserbringern geeignete Nachweise verlangen. Näheres zu Art, Inhalt, Form, Aufbereitung, Aggregation, Anonymisierung, Übermittlung und Prüfung der Informationen und Auskünfte sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln. Soweit einzelne Parameter zur Kalkulation der Festbeträge nicht gemäß den Vorgaben übermittelt werden, die in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 geregelt werden, kann der Spitzenver-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	band Bund der Krankenkassen diese Parameter auf der ihm vorliegenden Datengrundlage durch Schätzung festlegen. Für das Verfahren zur Schätzung gilt Absatz 4 Satz 1 entsprechend; Einzelheiten sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln.
(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] eine Verfahrensordnung, in der er nach Maßgabe der Absätze 1, 2 und 4 das Nähere zum Verfahren, zur Überprüfung, Kalkulation und Anpassung sowie zur <i>Datenübermittlung</i> durch die Hersteller und Leistungserbringer regelt; hierbei sind Wege einer digitalen Umsetzung der einzelnen <i>Inhalte</i> zu prüfen. In der Verfahrensordnung legt er insbesondere Fristen für die Überprüfung der Festbeträge fest. <i>Er kann dabei vorsehen, dass die einzelnen Gruppen nach Absatz 1 Satz 2 zu unterschiedlichen Zeitpunkten überprüft werden.</i> Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist vor Beschlussfassung innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in <i>die Entscheidung</i> einzubeziehen. Die Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Für Änderungen der Verfahrensordnung gelten die Sätze 4 und 5 entsprechend.	(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] eine Verfahrensordnung, in der er nach Maßgabe der Absätze 1, 2 und 4 das Nähere zum Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge, zur Überprüfung, Kalkulation und Anpassung der Festbeträge sowie zur Übermittlung der Informationen und Auskünfte durch die Hersteller und Leistungserbringer regelt; hierbei sind Wege einer digitalen Umsetzung der einzelnen Verfahrensschritte zur Festsetzung der Festbeträge zu prüfen. In der Verfahrensordnung legt er nach Maßgabe von Absatz 4 Satz 8 insbesondere Fristen für die Überprüfung und die Anpassung der Festbeträge fest. Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist vor Beschlussfassung nach Satz 1 innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in den Beschluss nach Satz 1 einzubeziehen. Die Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Für Änderungen der Verfahrensordnung gelten die Sätze 3 und 4 entsprechend.
(4) Die Festbeträge sind so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Ausgangspunkt für die Kalkulation eines Festbetrags für die <i>Hilfsmittel einer Festbetragsgruppe</i> nach Absatz 1 Satz 2 <i>ist der sich aus Satz 4 ergebende Herstellerpreis</i>. Der <i>Herstellerpreis</i> soll die obere Preislinie des unteren Drittels in der <i>Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Herstellerabgabepreis nach Absatz 2</i> nicht übersteigen; <i>die Herstellerabgabepreise sind dabei nach Abgabemengen zu gewichten</i>. Soweit wie möglich ist <i>dabei</i> eine für die Versor-	(4) Die Festbeträge sind so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Ausgangspunkt für die Kalkulation eines Festbetrags für Hilfsmittel, die nach Absatz 1 Satz 2 in einer Festbetragsgruppe zusammengefasst wurden, sind die Hersteller- und Leistungserbringerpreise sowie sonstige nach Absatz 2 Satz 3 übermittelte kosten- und versorgungsrelevante Daten. Bei der Kalkulation sind insbesondere die produktspezifischen Umsatz- und Absatzzahlen, gewährte Rabatte, durchschnittliche Stundenverrechnungssätze

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gung hinreichende Hilfsmittelauswahl <i>sicherzustellen</i>. Die Festbeträge sind erstmals innerhalb von drei Jahren nach Genehmigung der Verfahrensordnung nach Absatz 3, danach regelmäßig mindestens alle drei Jahre, zu überprüfen; <i>sie</i> sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen. Innerhalb des Zeitraums nach Satz 6 <i>soll</i> eine Überprüfung auch <i>erfolgen</i>, sofern die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland in drei aufeinander folgenden Monaten jeweils mehr als 7 Prozent im Vergleich zum Vorjahresmonat beträgt. <i>Die Überprüfung nach Satz 7 erfolgt nur auf Antrag der maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer</i>. Innerhalb des Zeitraums nach Satz 6 können je Festbetragsgruppe höchstens zwei Anträge nach Satz 8 gestellt werden. Die Einzelheiten zum Antragsverfahren, insbesondere die <i>Fristen zur Überprüfung</i>, sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln. <i>Sofern die Voraussetzungen des Satzes 7 vorliegen, gilt für die Dauer des Verfahrens der Überprüfung nach Satz 6 der erweiterte Verhandlungskorridor des § 127 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz für das betroffene Festbetragsgruppensystem entsprechend</i>.	und Arbeitszeiten zu berücksichtigen. Die von den Herstellern und Leistungserbringern übermittelten Daten sind bei der Kalkulation unter Berücksichtigung der jeweiligen Abgabe- und Versorgungsmenge zu gewichten. Der Festbetrag soll die obere Preislinie des unteren Drittels der sich unter Berücksichtigung der Kostenparameter aus Satz 3 ergebenden Preise nicht überschreiten. Soweit wie möglich ist bei der Kalkulation der Festbeträge sicherzustellen, dass nach Festsetzung des jeweiligen Festbetrags eine für die Versorgung der Versicherten hinreichende Hilfsmittelauswahl besteht. Die Festbeträge sind erstmals innerhalb von drei Jahren nach Genehmigung der Verfahrensordnung nach Absatz 3, danach regelmäßig mindestens alle drei Jahre, zu überprüfen. Sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen. Innerhalb des Zeitraums nach Satz 8 erfolgt eine Überprüfung auch auf Antrag der maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene, sofern die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland in drei aufeinander folgenden Monaten jeweils mehr als 7 Prozent im Vergleich zum Vorjahresmonat beträgt. Innerhalb eines Zeitraums nach Satz 8 können je Festbetragsgruppe höchstens zwei Anträge nach Satz 10 gestellt werden. Die Einzelheiten zum Antragsverfahren sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln.
(5) Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen <i>die Gruppeneinteilung</i> nach Absatz 1 oder gegen einzelne <i>Bestandteile</i> der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.“	(5) Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen eine Zusammenfassung von Hilfsmitteln in einer Festbetragsgruppe nach Absatz 1 Satz 2 oder gegen einzelne Verfahrensschritte der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.“
16. § 44 wird wie folgt geändert:	16. § 44 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:
	„(1a) Erbringen Versicherte während der Dauer einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit teilweise ihre Arbeitsleistung nach § 44c Absatz 1 Satz 1, haben sie in dem Zeitraum, in dem sie ihre Arbeitsleistung erbringen, Anspruch auf

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	teilweises Krankengeld in dem Umfang, in dem die behandelnde Arzt nach § 44c Absatz 1 Satz 1 ihre Teilarbeitsunfähigkeit festgestellt hat. Der Arbeitgeber ist verpflichtet dem Versicherten für die teilweise Erbringung der Arbeitsleistung anteiliges Arbeitsentgelt zu gewähren.“
a) Absatz 2 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	b) unverändert
„Der Anspruch auf Krankengeld entsteht mit Zugang der Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 bei der Krankenkasse, wenn die Versicherten erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung begründen oder unmittelbar vor Abgabe der Wahlerklärung einen Anspruch auf Krankengeld hatten, der aufgrund eines Wechsels ihres Versichertenstatus, insbesondere durch Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit, ohne Abgabe der Wahlerklärung nicht mehr besteht, und die Wahlerklärung der Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach Begründung der Mitgliedschaft oder nach Eintritt des Statuswechsels zugeht. Für andere Versicherte, die eine Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 abgeben, entsteht der Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten nach Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse. Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu oder tritt eine Arbeitsunfähigkeit während der in Satz 5 genannten Wartezeit ein, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt. Abweichend von den Sätzen 5 und 6 entsteht der Anspruch auf Krankengeld ab dem ersten Tag der Krankheit, wenn diese Krankheit, die die Versicherten während der in Satz 5 genannten Wartezeit arbeitsunfähig macht oder aufgrund derer sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, innerhalb der in Satz 5 genannten Wartezeit durch einen Unfall herbeigeführt worden ist.“	
b) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:	c) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf Versicherte <i>bei bevorstehendem Bezug oder Bezug von Krankengeld</i> zur Beratung, zur Prüfung von Leistungsansprüchen sowie zur Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit kontaktieren. Die <i>Kontaktaufnahme kann schriftlich, elektronisch oder telefonisch erfolgen</i>. Die Versicherten sind bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Recht zu informieren, der weiteren Kontaktaufnahme zu widersprechen. Im <i>Falle</i> eines Widerspruchs ist eine weitere Kontaktaufnahme unzulässig, soweit sie nicht zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung zwingend erforderlich ist. <i>Der Widerspruch kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden</i>. Die Krankenkassen dürfen <i>ihre Aufgaben</i> nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“	„(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf Versicherte, die Krankengeld beziehen oder in absehbarer Zeit beziehen werden, zur Beratung, zur Prüfung von Leistungsansprüchen sowie zur Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit kontaktieren. Die Krankenkassen sollen im Rahmen der Beratung nach Satz 1 Versicherte, bei denen Anhaltspunkte für eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegen, auf diese Anhaltspunkte hinweisen und sie über die Möglichkeit einer Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben beim jeweiligen Träger der Rentenversicherung informieren. Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen bis zum 31. Dezember 2028 Kriterien für Anhaltspunkte für eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit fest und erarbeiten Empfehlungen zu Form und Inhalt der von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellenden Informationen. Die Versicherten sind bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Recht zu informieren, der weiteren Kontaktaufnahme zu widersprechen. Im Fall eines Widerspruchs ist eine weitere Kontaktaufnahme nach Satz 2 unzulässig, soweit sie nicht zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung zwingend erforderlich ist. Die Krankenkassen dürfen die in Satz 1 genannte individuelle Beratung und Hilfestellung nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2032 einen Bericht über Auswirkungen der Regelungen der Sätze 1, 2 und 5 bis 9 insbesondere über die Auswirkungen der Regelungen auf die Dauer des Krankengeldbezugs, den Erfolg eingeleiteter Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben bei der Kontaktaufnahme vor. Das

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Bundesministerium für Gesundheit legt die Ergebnisse des Berichts dem Deutschen Bundestag vor. Das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 8 können die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. Dezember 2028 vereinbaren“
17. Nach § 44b werden die folgenden §§ 44c und 44d eingefügt:	17. Nach § 44b wird der folgende § 44c eingefügt:
„§ 44c	„§ 44c
Teilarbeitsunfähigkeit	Teilarbeitsunfähigkeit
(1) Versicherte, die infolge einer nicht nur geringfügigen Erkrankung absehbar länger arbeitsunfähig sein werden, können während der Dauer der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit <i>eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit aufnehmen</i> , wenn	(1) Versicherte, die infolge einer nicht nur geringfügigen Erkrankung absehbar länger arbeitsunfähig sein werden, können während der Dauer der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung des Arbeitgebers ihre Arbeitsleistung teilweise erbringen , wenn die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt mit Einwilligung des Versicherten eine Teilarbeitsunfähigkeit im Umfang von 25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit des Versicherten feststellt. Eine nicht nur geringfügige Erkrankung liegt vor, wenn nach ärztlicher Einschätzung aufgrund der Art, Schwere oder voraussichtlichen Dauer der Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als vier Wochen zu erwarten ist.
1. <i>sie sich dazu gesundheitlich in der Lage sehen,</i>	entfällt
2. <i>die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt eine entsprechende Teilarbeitsunfähigkeit in Höhe von 25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit des Versicherten feststellt und</i>	entfällt
3. <i>der Arbeitgeber der teilweisen Arbeitsaufnahme zustimmt.</i>	entfällt
<i>Eine nicht nur geringfügige Erkrankung im Sinne einer Teilarbeitsunfähigkeit liegt insbesondere vor, wenn aufgrund der Art, Schwere oder voraussichtlichen Dauer der Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als vier Wochen zu erwarten ist.</i>	
(2) <i>Stimmen Versicherte einer teilweisen Ausübung der bisherigen Tätigkeit während der Arbeitsunfähigkeit zu, muss der Wunsch nach einer Teilarbeitsunfähigkeit dem Arbeitgeber ange-</i>	(2) Versicherte, die ihre Arbeitsleistung teilweise erbringen möchten, müssen dem Arbeitgeber ihre Bereitschaft zu einer teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung unter Angabe

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
zeigt werden. Nach Anzeige der Teilarbeitsunfähigkeit durch den Versicherten hat der Arbeitgeber innerhalb von sieben Kalendertagen zu prüfen und gegenüber dem Versicherten zu erklären, ob der Arbeitsplatz für eine Ausübung der Tätigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 geeignet ist. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Erklärung, gilt der Arbeitsplatz als geeignet. Widerspricht der Arbeitgeber dem Wunsch nach einer Teilarbeitsunfähigkeit, wird die Arbeitsunfähigkeit entsprechend der ärztlichen Feststellung in vollem Umfang fortgeführt.	des Umfangs, für den der behandelnde Arzt eine Teilarbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 festgestellt hat, und den durch den Arzt attestierten Zeitraums anzeigen. Der Arbeitgeber hat innerhalb von sieben Kalendertagen nach Zugang der Anzeige dem Versicherten mitzuteilen, ob er der teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung in dem angezeigten Umfang zustimmt. Stimmt der Arbeitgeber der teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung zu, hat er dem Versicherten den Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme in Textform mitzuteilen.
(3) Ein Anspruch der Versicherten auf Einrichtung oder Anpassung eines Arbeitsplatzes zur teilweisen Ausübung der bisherigen Tätigkeit besteht nicht.	(3) Die Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 wird als Feststellung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit behandelt
	1. für den gesamten attestierten Zeitraum, wenn der Arbeitgeber die teilweise Erbringung der Arbeitsleistung ablehnt oder nicht innerhalb von sieben Kalendertagen nach Zugang der Anzeige des Versicherten mitteilt, ob er der teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung in dem angezeigten Umfang zustimmt,
	2. ab Beginn des attestierten Zeitraums bis zu dem vom Arbeitgeber nach Absatz 2 Satz 3 mitgeteilten Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme oder
	3. wenn der Versicherte oder der Arbeitgeber die Teilarbeitsunfähigkeit vor Ablauf des attestierten Zeitraums beendet, ab dem Zeitpunkt der Beendigung der Teilarbeitsunfähigkeit.
	Vor Ablauf des attestierten Zeitraums kann der Versicherte die Teilarbeitsunfähigkeit beenden, in dem er dem Arbeitgeber in Textform mitteilt, die Arbeitsleistung nicht mehr oder nicht im vereinbarten Umfang erbringen zu können. Der Arbeitgeber kann vor Ablauf des attestierten Zeitraums die Teilarbeitsunfähigkeit beenden, indem er seine Zustimmung zur teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung gegenüber dem Arbeitnehmer in Textform zurücknimmt.
(4) Das Nähere zur Feststellung und Ausgestaltung der Teilarbeitsunfähigkeit, insbesondere zu den in Absatz 1 genannten Voraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in	(4) Erbringt ein Versicherter während der Dauer einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit teilweise seine Arbeitsleistung nach Absatz 1 Satz 1, ist der Arbeitgeber ver-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats].</i>	pflichtet, ihm hierfür anteiliges Arbeitsentgelt zu gewähren.
<i>(5) Die Vorschriften des Entgeltfortzahlungsgesetzes bleiben von den Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit unberührt.</i>	(5) Ein Anspruch der Versicherten auf Einrichtung oder Anpassung eines Arbeitsplatzes zur teilweisen Ausübung der bisherigen Tätigkeit besteht nicht.
<i>(6) Für die elektronische Übermittlung der Daten zur festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit gelten § 5 Absatz 1a des Entgeltfortzahlungsgesetzes und die §§ 109, 109a des Vierten Buches entsprechend.</i>	(6) Das Nähere zur Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit nach Absatz 1, insbesondere zu den Voraussetzungen einer Teilarbeitsunfähigkeit im Umfang von 25, 50 oder 75 Prozent, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats].
	(7) Die Vorschriften des Entgeltfortzahlungsgesetzes finden auf die Teilarbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass ein anteiliger Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht, soweit der Versicherte infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung verhindert ist; die im Entgeltfortzahlungsgesetz geregelte Höchstdauer des Anspruchs verlängert sich dadurch nicht.
	(8) Für die elektronische Übermittlung der Daten zur festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit und für die Ausstellung der Bescheinigung über eine Teilarbeitsunfähigkeit gilt § 109 des Vierten Buches sowie § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 und § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 entsprechend.
	(9) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Wirksamkeit der Teilarbeitsunfähigkeit im Vergleich zur stufenweisen Wiedereingliederung, auch als Teil eines betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 167 Absatz 2 des Neunten Buchs, und die Auswirkungen der Teilarbeitsunfähigkeit und des teilweisen Krankengeldes auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber, die Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten, die Inanspruchnahme von Krankengeld, die Entwicklung von Erwerbsminderungsrenten sowie die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung, unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	sen, der Sozialpartner sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages und Monats des Inkrafttretens nach Artikel 8 Absatz 4 sowie Jahreszahl des ersten auf das Inkrafttreten nach Artikel 8 Absatz 4 folgenden Jahres] und erneut bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages und Monats des Inkrafttretens nach Artikel 8 Absatz 4 sowie Jahreszahl des fünften auf das Inkrafttreten nach Artikel 8 Absatz 4 folgenden Jahres].“
§ 44d	§ 44d
<i>Teilkrankengeld</i>	entfällt
<i>(1) Versicherte haben Anspruch auf Teilkrankengeld, soweit sie aufgrund von Krankheit teilweise arbeitsunfähig nach § 44c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind und sie ihre Arbeitsleistung krankheitsbedingt nicht vollständig erbringen können. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die geleistete Arbeitszeit mit anteiligem Arbeitsentgelt zu vergüten.</i>	
<i>(2) Teilkrankengeld wird in der Höhe der nach § 44c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 krankheitsbedingt nicht erbrachten Arbeitszeit geleistet. § 47 gilt mit der Maßgabe, dass das Teilkrankengeld aus dem um die verbleibende Arbeitsfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 krankheitsbedingt verminderten Entgelt berechnet wird.“</i>	
18. <i>Nach § 47 Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:</i>	18. § 47 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:
	„(1a) Das Krankengeld nach § 44 Absatz 1a wird auf Grundlage der nach § 44c Absatz 1 Satz 1 ärztlich festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit berechnet. Für die Berechnung des Krankengeldes nach § 44 Absatz 1a gelten die Absätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass das zu berechnende Regelentgelt um das nach § 44c Absatz 4 für die erbrachte Arbeitsleistung anteilig zu gewährende Arbeitsentgelt in Höhe des nach § 44c Absatz 1 Satz 1 festgestellten Umfangs der Teilarbeitsunfähigkeit

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	durch die Krankenkasse zu reduzieren ist.“
	b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:
„(2a) Endet ein Beschäftigungsverhältnis während Arbeitsunfähigkeit, beträgt das Krankengeld vom Tage nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses an abweichend von Absatz 1 60 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes. Der Betrag erhöht sich auf 67 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes, sofern der Versicherte oder der Ehe- oder Lebenspartner mindestens ein Kind im Sinne des § 32 des Einkommensteuergesetzes hat.“	„(2a) Endet ein Beschäftigungsverhältnis während der Arbeitsunfähigkeit, beträgt das Krankengeld ab dem Tag, der auf den Tag folgt, an dem das Beschäftigungsverhältnis beendet wurde, abweichend von Absatz 1 60 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes. Hat der Versicherte oder dessen Ehepartner oder Lebenspartner mindestens ein Kind im Sinne des § 32 Absatz 1, 3 bis 5 des Einkommensteuergesetzes, beträgt das Krankengeld in dem in Satz 1 genannten Fall 67 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner unbeschränkt einkommensteuerpflichtig sind und nicht dauernd getrennt leben.“
19. § 49 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	19. § 49 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) Nummer 1 wird durch die folgenden Nummern 1 und 2 ersetzt:	a) Die Nummern 1 und 2 werden durch die folgenden Nummern 1 und 2 ersetzt:
„1. soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten,	„1. unverändert
2. solange Versicherte Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz in Anspruch nehmen,“.	2. unverändert
b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:	b) unverändert
„5. solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird,“.	
c) Nach Nummer 8 werden die folgenden Sätze eingefügt:	c) Nach Nummer 8 wird der folgende Satz eingefügt:
„Satz 1 Nummer 1 gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt oder Entgelt aus einer teilweisen Ausübung der Tätigkeit nach § 44d. Satz 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder das Krankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit erzielt worden ist. Satz 1 Nummer 5 gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder die Übermitt-	„Der Anspruch auf Krankengeld ruht nicht

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>lung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Absatz 1 Satz 10 erfolgt.“</i>	
	1. nach Satz 1 Nummer 1, wenn Versicherte nur einmalig ein beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder anteiliges Arbeitsentgelt nach § 44c Absatz 4 erhalten,
	2. nach Satz 1 Nummer 2, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder das Krankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, dass aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit erzielt worden ist, oder
	3. nach Satz 1 Nummer 5, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Absatz 1 Satz 10 erfolgt.“
20. § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:	20. u n v e r ä n d e r t
„1. Rente wegen voller Erwerbsminderung, Teilrente wegen Alters von mehr als zwei Dritteln der Vollrente oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,“.	
21. § 51 Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:	21. § 51 Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:
„(1) Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. Haben diese Versicherten ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer sie entweder einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem Leistungsträger mit Sitz im Inland oder einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Inland zu stellen haben.	„(1) Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. Haben diese Versicherten ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb der sie entweder einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem Leistungsträger mit Sitz im Inland oder einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Inland zu stellen haben.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte mit Erreichen der Regelaltersgrenze, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.“	(2) Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte mit Erreichen der Regelaltersgrenze, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb der sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.“
22. § 55 wird wie folgt geändert:	22. § 55 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:	a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:
„(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Absatz 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 60 Prozent. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung	„(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Absatz 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 60 Prozent. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
1. die Untersuchungen nach § 22 Absatz 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und	1. un v e r ä n d e r t
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.	2. un v e r ä n d e r t
Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 65 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 65 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt	Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 65 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Abweichend von den Sätzen 4 und 5 entfällt die Erhöhung der Festzuschüsse nicht aufgrund einer Nichtinanspruchnahme der Untersuchungen nach Satz 4 im Kalenderjahr 2020. In

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat. <i>Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2.</i> “	begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 und unabhängig von Satz 6 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 65 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Die Sätze 3 bis 7 gelten nicht für Versicherte, die einen Anspruch nach Absatz 2 Satz 1 haben. “
b) Absatz 2 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	b) u n v e r ä n d e r t
„Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach den Absätzen 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung.“	
c) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:	c) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:
„(6) Für alle vor dem 1. Januar 2027 bewilligten Festzuschüsse <i>gilt</i> § 55 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung.“	„(6) Für alle vor dem 1. Januar 2027 bewilligten Festzuschüsse gelten die Absätze 1 und 2 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung.“
23. § 61 wird durch den folgenden § 61 ersetzt:	23. § 61 wird durch den folgenden § 61 ersetzt:
„§ 61	„§ 61
Zuzahlungen	Zuzahlungen
Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 Prozent des Abgabepreises, min-	Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 Prozent des Abgabepreises, min-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
destens jedoch 7,50 Euro und höchstens 15 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels; im Fall einer Bestimmung nach § 130b Absatz 1c entspricht die Höhe der Zuzahlung dem nach § 131 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2a übermittelten Betrag. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches sowie in Wohneinheiten nach § 1321 Absatz 5 Nummer 1 werden je Kalendertag 15 Euro erhoben. Bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür <i>besteht</i> nicht. Erfolgt in der Apotheke auf Grund einer Nichtverfügbarkeit ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, ist die Zuzahlung nach Satz 1 nur einmalig auf der Grundlage der Packungsgröße zu leisten, die der verordneten Menge entspricht. Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung. <i>Zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres erhöhen oder vermindern sich die in den Sätzen 1 bis 3 genannten Zuzahlungen entsprechend der durchschnittlichen Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt die veränderten Beträge im Bundesanzeiger bis zum 15. September eines jeden Jahres bekannt.</i>“	destens jedoch 7,50 Euro und höchstens 15 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels; im Fall einer Bestimmung nach § 130b Absatz 1c entspricht die Höhe der Zuzahlung dem nach § 131 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2a übermittelten Betrag. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches sowie in Wohneinheiten nach § 1321 Absatz 5 Nummer 1 werden je Kalendertag 15 Euro erhoben. Bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch besteht hierfür nicht. Erfolgt in der Apotheke auf Grund einer Nichtverfügbarkeit ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, ist die Zuzahlung nach Satz 1 nur einmalig auf der Grundlage der Packungsgröße zu leisten, die der verordneten Menge entspricht. Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung.“
24. § 63 Absatz 3 Satz 2 und 3 wird gestrichen.	24. u n v e r ä n d e r t
25. § 71 wird wie folgt geändert:	25. § 71 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 3 Satz 3 und 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	b) Absatz 3 Satz 3 und 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Die <i>durchschnittliche</i> Veränderungsrate nach Satz 1 wird für die Jahre 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in § 223 Absatz 4 Satz 1 <i>ermittelt</i>. Das Ergebnis der Ermittlung nach Satz 1 ist in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt zu <i>mindern</i>. Die durchschnitt-	„Bei der Feststellung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach Satz 1 werden für die Jahre 2028 und 2029 nicht die beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt, die im Jahr 2027 allein aufgrund der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 4 Satz 1 nicht nach § 223 Absatz 3 Satz 2 außer Ansatz geblieben

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
liche Veränderungsrate <i>nach den Sätzen 1 bis 4</i> wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“	sind. Das nach Satz 1 bis 3 für die Jahre 2027, 2028 und 2029 ermittelte Ergebnis der durchschnittlichen Veränderungsrate wird jeweils um einen Prozentpunkt verringert . Die durchschnittliche Veränderungsrate wird für jedes Kalenderjahr durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“
26. § 73 Absatz 9 Satz 1 Nummer 5 und 6 wird durch die folgenden Nummern 5 bis 7 ersetzt:	26. § 73 Absatz 9 Satz 1 Nummer 5 und 6 wird durch die folgenden Nummern 5 bis 7 ersetzt:
„5. die Informationen nach § 35a Absatz 3a Satz 1,	„5. u n v e r ä n d e r t
6. ab dem 1. Oktober 2023 das Schulungsmaterial nach § 34 Absatz 1f Satz 2 des Arzneimittelgesetzes und die Informationen nach § 34 Absatz 1h Satz 3 des Arzneimittelgesetzes, auch in Verbindung mit § 39 Absatz 2e des Arzneimittelgesetzes oder § 39d Absatz 6 des Arzneimittelgesetzes und	6. ab dem 1. Oktober 2023 das Schulungsmaterial nach § 34 Absatz 1f Satz 2 des Arzneimittelgesetzes und die Informationen nach § 34 Absatz 1h Satz 3 des Arzneimittelgesetzes, auch in Verbindung mit § 39 Absatz 2e des Arzneimittelgesetzes oder § 39d Absatz 6 des Arzneimittelgesetzes, und
7. die Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130e“.	7. u n v e r ä n d e r t
27. § 73b Absatz 5 wird wie folgt geändert:	27. § 73b Absatz 5 wird wie folgt geändert:
a) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	a) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt <i>entsprechend</i> . Kommt es zu einer Mengensteigerung auf Grund einer steigenden Anzahl an Teilnehmern an den Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung, sind diese zusätzlichen Leistungen mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu vergüten. Hierzu haben die Vertragspartner in ihren Verträgen bis zum 31. März 2027 die Höhe des Abschlags auf die vereinbarten Preise festzusetzen und ein Verfahren zur Anwendung des Abschlags nach Satz 3 auf die Hausärzte zu vereinbaren. Für die Feststellung eines Anstiegs der Teilnehmer an den Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung haben die Vertragspartner jedes Kalenderquartal die Teilnehmerzahl mit der Teilnehmerzahl des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres zu vergleichen.“	„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt. In den Verträgen nach Absatz 4 ist für den Fall, dass ein Hausarzt in einem Kalenderquartal von mehr Teilnehmern in Anspruch genommen wird als im entsprechenden Kalenderquartal des Vorjahres, ein Abschlag auf die Vergütung dieses Hausarztes zu vereinbaren. Der Abschlag ist auf die Vergütung zu erheben, die an den jeweiligen Hausarzt aufgrund der gestiegenen Teilnehmerzahl zu entrichten ist. Die Höhe des Abschlags und das Verfahren zur Anwendung des Abschlags sind von den Vertragspartnern bis zum 31. März 2027 in den Verträgen nach Absatz 4 zu vereinbaren. Bei Vereinbarung der Höhe des Abschlags ist die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu berücksichtigen. “
b) Der neue Satz 8 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	b) Nach dem neuen Satz 9 wird folgender Satz eingefügt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen mit Ausnahme der Regelungen nach den Sätzen 2 bis 5 bestimmen.“	„Dies gilt nicht für die Regelungen nach den Sätzen 2 bis 6.“
28. § 74 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	28.
„Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach § 275 einholen, sofern eine teilweise Erbringung der Arbeitsleistung nach § 44c oder § 44d für arbeitsunfähige Versicherte nicht möglich ist.“	entfällt
29. § 79 Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:	29. u n v e r ä n d e r t
„(6) Für den Vorstand gilt § 35a Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2, 5 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches entsprechend; für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend. Die Vertreterversammlung hat bei ihrer Wahl darauf zu achten, dass die Mitglieder des Vorstandes die erforderliche fachliche Eignung für ihren jeweiligen Geschäftsbereich besitzen. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt § 35a Absatz 6a Satz 2 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass sich die Bedeutung der Körperschaft insbesondere nach der Zahl der Mitglieder bemisst.“	
30. § 85 wird wie folgt geändert:	30. § 85 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2d wird durch den folgenden Absatz 2d ersetzt:	a) Absatz 2d wird durch den folgenden Absatz 2d ersetzt:
„(2d) Für die Veränderung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz gilt § 71 Absatz 1 bis 3; dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder	„(2d) Die Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen in jedem Kalenderjahr höchstens um die für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichte durchschnittliche Veränderungsrate angehoben werden. Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behand-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind.“	lung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind.“
b) Absatz 3 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	b) u n v e r ä n d e r t
„Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen gilt § 71 Absatz 1 bis 3 in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz; dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind.“	
c) Absatz 3a wird gestrichen.	c) u n v e r ä n d e r t
31. § 87 wird wie folgt geändert:	31. § 87 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 13 und 14 wird gestrichen.	a) u n v e r ä n d e r t
b) <i>Nach Absatz 1c wird der folgende Absatz 1d eingefügt:</i>	entfällt
<i>„(1d) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fassen die Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung bis spätestens zum 31. Dezember 2027 zu folgenden Leistungskomplexen zusammen:</i>	
<i>1. Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,</i>	
<i>2. Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben,</i>	
<i>3. Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels,</i>	
<i>4. Maßnahmen für die Feststellung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs.</i>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>Die den Leistungskomplexen zugehörigen kieferorthopädischen Maßnahmen sind Satz 1 Nummer 1 bis 4 jeweils zuzuordnen. Die Leistungskomplexe nach Satz 1 Nummer 1 und 2 können in bis zu drei Schweregrade unterteilt werden. Die weiteren Einzelheiten zu den Leistungskomplexen sowie Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität kieferorthopädischer Behandlungen regeln die Vertragspartner im Bundesmantelvertrag.“</i>	
c) Absatz 2a Satz 25 und 26 wird gestrichen.	b) Absatz 2a Satz 25 und 26 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Hygienezuschläge auf Versicherten- und Grundpauschalen enthalten. Der Bewertungsausschuss hat bis zum 31. März 2027 Folgendes im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen:
	1. die Bewertungen der Leistungen, die im Rahmen einer Phakoemulsifikation erbracht werden, und
	2. die Bewertungen des technischen Leistungsanteils der Leistungen der Facharztgruppen der Radiologen, der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen.“
d) Absatz 2b wird wie folgt geändert:	c) Absatz 2b Satz 3 bis 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
aa) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	entfällt
„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf die Versichertenpauschale für Behandlungen <i>auf Grund</i> einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 und für die <i>erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins</i> nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 enthalten.“	„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf die jeweilige Versichertenpauschale für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 oder für Behandlungen enthalten, die aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 erfolgen. Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird. Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewer-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	tungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Vergütung für die ärztliche Beratung nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes über die Organ- und Gewebsspende sowie über die Möglichkeit enthalten, eine Erklärung zur Organ- und Gewebsspende im Register nach § 2a des Transplantationsgesetzes abgeben, ändern und widerrufen zu können.“
bb) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	entfällt
„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Vergütung für die ärztliche Beratung nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes in der ab dem 1. März 2022 geltenden Fassung über die Organ- und Gewebsspende sowie über die Möglichkeit, eine Erklärung zur Organ- und Gewebsspende im Register nach § 2a des Transplantationsgesetzes in der ab dem 1. März 2022 geltenden Fassung abgeben, ändern und widerrufen zu können, enthalten.“	
e) Absatz 2c wird wie folgt geändert:	d) Absatz 2c wird wie folgt geändert:
aa) Die Sätze 3 und 4 werden durch den folgenden Satz ersetzt:	aa) Die Sätze 3 und 4 werden durch den folgenden Satz ersetzt:
„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf die Grundpauschale für Behandlungen auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 und auf Grund einer erfolgten Vermittlung nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 enthalten.“	„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf die jeweilige Grundpauschale für Behandlungen enthalten, die aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 oder aufgrund einer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 erfolgten Vermittlung erfolgen.“
bb) Die neuen Sätze 8 und 9 werden durch den folgenden Satz ersetzt:	bb) Die neuen Sätze 7 bis 9 werden durch den folgenden Satz ersetzt:
„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf diejenigen psychotherapeutischen Leistungen, die im Rahmen des ersten Therapieblocks einer neuen Kurzzeittherapie erbracht werden, enthalten.“	„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf diejenigen psychotherapeutischen Leistungen enthalten, die im Rahmen des ersten Therapieblocks einer neuen Kurzzeittherapie erbracht werden.“
f) Absatz 2g wird durch den folgenden Absatz 2g ersetzt:	e) Absatz 2g wird durch den folgenden Absatz 2g ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(2g) Bei der Anpassung des Orientierungswertes nach Absatz 2e sind insbesondere	„(2g) Bei der Anpassung des Orientierungswertes nach Absatz 2e sind insbesondere
1. die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind, sowie	2. u n v e r ä n d e r t
3. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, soweit diese nicht durch eine Abstaffelungsregelung nach Absatz 2 Satz 3 berücksichtigt worden ist,	3. u n v e r ä n d e r t
zu berücksichtigen. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt <i>entsprechend</i> .“	zu berücksichtigen. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“
<i>g) Nach Absatz 2h Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:</i>	f) Absatz 2h wird durch den folgenden Absatz 2h ersetzt:
	„(2h) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen können zu Leistungskomplexen zusammengefasst werden. Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung sind bis spätestens zum 30. Juni 2028 zu folgenden Leistungskomplexen zusammenzufassen:
	1. Leistungen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels,
	2. Leistungen für die kieferorthopädische Behandlung von allen anderen Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
	3. Leistungen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Lebensjahr bereits vollendet haben, und
	4. Leistungen für die Feststellung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs.
	Jede im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführte Leistung der kieferorthopädischen Behandlung ist einem oder mehreren der in Satz 2 genannten Leistungskomplexe zuzuordnen. Die weiteren Einzelheiten zu den in Satz 2 genannten Leistungskomplexen sowie Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität kieferorthopädischer Behandlungen werden im Bundesmantelvertrag geregelt. Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend einer ursachengerechten, zahnsubstanzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Bei der Festlegung der Bewertungsrelationen ist wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen. Alle einem der in Satz 2 genannten Leistungskomplexe zugeordneten Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung werden unabhängig von der Gesamtbehandlungsdauer der jeweils behandelten Person mit einer Gesamtpunktzahl für den Leistungskomplex bewertet. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung legen dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens vier Jahre nach Einführung der in Satz 2 genannten Leistungskomplexe einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Regelungen in den Sätzen 2, 3, 5 und 7 vor. Der Bericht hat insbesondere die Auswirkungen auf die Ausgaben und die Wirtschaftlichkeit der kieferorthopädischen Versorgung, die Qualität und die Behandlungsergebnisse der kieferorthopädischen Versorgung, die Inanspruchnahme kieferorthopädischer Leistungen und die Versorgung der Versicherten sowie den admi-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nistrativen Aufwand der Prüfung, der Dokumentation und der Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen darzustellen und zu bewerten.“
„Die Leistungskomplexe der kieferorthopädischen Versorgung nach Absatz 1d werden in Abhängigkeit ihres Schweregrades jeweils mit einer Gesamtpunktzahl bewertet; mit dieser Gesamtpunktzahl sind alle unter das jeweilige Leistungspaket fallenden kieferorthopädischen Maßnahmen unabhängig von der Gesamtbehandlungsdauer abgegolten.“	entfällt
32. § 87a wird wie folgt geändert:	32. § 87a wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Leistungen.“ durch die Angabe „Leistungen; § 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.“ ersetzt.	a) Nach Absatz 2 Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:
	„Für die Vereinbarungen nach diesem Absatz gilt § 71 Absatz 1 bis 3.“
b) Absatz 3 Satz 5 bis 20 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	b) Absatz 3 Satz 5 bis 20 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Folgende Leistungen sind erstmals für das Jahr 2027 in der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Satz 1 enthalten:	„Mit Wirkung für das Jahr 2027 ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 7 um den Leistungsbedarf für die in § 87 Absatz 2a Satz 25 genannten Zuschläge zu bereinigen. Führt die Überprüfung durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 2a Satz 26 und 27 zu einer Veränderung der Bewertung der Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, sind die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Veränderungen in Höhe der vorgenommenen Veränderung anzupassen. Folgende Leistungen werden mit den für das jeweilige Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2027, vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet:
1. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 4 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,	1. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 4 erbracht werden,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und	2. u n v e r ä n d e r t
3. Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung nach § 19a Absatz 1 Satz 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden.	3. Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung nach § 19a Absatz 1 Satz 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden,
	4. Leistungen, die auf Grund einer Empfehlung des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 in der bis zum ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingen Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden,
	5. alle Leistungen, für die zum Zeitpunkt der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das folgende Kalenderjahr Abrechnungsdaten für diese Leistungen von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen, sowie
	6. Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden.
Im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2027 <i>wird das bereits bereinigte Volumen</i> für die Leistungen nach Satz 5 <i>in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung rückgeführt, wobei vereinbarte Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbe-</i>	Im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2027 werden die bereits nach Satz 8 in der bis zum ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung für die Kalenderjahre 2023 bis 2025 jeweils bereinigten arztgruppen-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>darfs seit der Bereinigung zu berücksichtigen sind. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 15. Februar 2027 entsprechende Vorgaben.“</i>	spezifischen Punktzahlvolumina für die in Satz 7 Nummer 3 genannten Leistungen in den nach Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarf rückgeführt. Die jeweiligen Volumina nach Satz 8 sind um die nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Veränderungen anzupassen, beginnend mit den vereinbarten Veränderungen für das der jeweiligen Bereinigung folgende Kalenderjahr bis zu denen des Kalenderjahres 2026. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 15. Februar 2027 Vorgaben zur Durchführung der Rückführung nach Satz 8 und zur Anpassung des Volumens nach Satz 9. Der nach Satz 2 zu vereinbarende Behandlungsbedarf wird für das Kalenderjahr 2027 quartalsweise und basiswirksam um das Punktzahlvolumen des von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf sachliche und rechnerische Richtigkeit geprüften und in Punkten bewerteten Leistungsbedarfs für die in Satz 7 Nummer 4 und 6 genannten Leistungen des dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartals des Kalenderjahres 2025 angehoben. Das Punktzahlvolumen nach Satz 11 ist um die für die Kalenderjahre 2026 und 2027 vereinbarten Veränderungen
	1. der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sowie
	2. des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 2 Satz 2, soweit diese für die in Satz 5 Nummer 4 und 6 genannten Leistungen relevant sind,
	anzupassen. Der Behandlungsbedarf nach Satz 2 wird ab dem Kalenderjahr 2027 jeweils um das Punktzahlvolumen des von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf sachliche und rechnerische Richtigkeit geprüften und in Punkten bewerteten Leistungsbedarfs der letzten vier vorliegenden Abrechnungsquartale für die in Satz 7 Nummer 5 genannten Leistungen unter Berücksichtigung von etwaigen Veränderungen entsprechend Satz 12 angehoben.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) Die Absätze 3b und 3c werden durch die folgenden Absätze 3b und 3c ersetzt:	c) Die Absätze 3b und 3c werden durch die folgenden Absätze 3b und 3c ersetzt:
„(3b) Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin sind von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten, soweit sie aus der für diese Leistungen festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig vergütet werden können. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 und § 85 Absatz 1 wird die <i>morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der Vergütung der</i> in Satz 1 genannten Leistungen nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Wenn die vollständige Vergütung der in Satz 1 genannten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen über einen Zeitraum vom zweiten <i>Quartal</i> eines Kalenderjahres bis zum ersten <i>Quartal</i> des folgenden Kalenderjahres insgesamt unterschreitet, vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum Ablauf des zweiten <i>Quartals</i> des letztgenannten Kalenderjahres jeweils Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, deren Auszahlungshöhe in Summe der Höhe der genannten Unterschreitung entspricht. Sind im Zeitraum einer in Satz 3 genannten Unterschreitung nach Satz 13 Ausgleichszahlungen zu leisten, so sind diese Ausgleichszahlungen mit der Unterschreitung zu verrechnen. Für die quartalsweise Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, <i>die bis zum vierten Kalenderquartal des Kalenderjahres 2028 durchzuführen ist</i>, haben die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 jeweils den prozentualen Anteil des Honorarvolumens, das für die <i>Leistungen nach Satz 1</i> in dem dem jeweiligen <i>Quartal</i> entsprechenden <i>Quartal</i> des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, am Honorarvolumen, das für den Leistungsbedarf aller Arztgruppen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	„(3b) Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin sind von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten, soweit sie aus der für diese Leistungen festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig vergütet werden können. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 und § 85 Absatz 1 wird die auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Wenn die vollständige Vergütung der in Satz 1 genannten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen über einen Zeitraum vom zweiten Kalenderquartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Kalenderquartal des folgenden Kalenderjahres insgesamt unterschreitet, vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum Ablauf des zweiten Kalenderquartal des letztgenannten Kalenderjahres jeweils Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, deren Auszahlungshöhe in Summe der Höhe der genannten Unterschreitung entspricht. Sind im Zeitraum einer in Satz 3 genannten Unterschreitung nach Satz 13 Ausgleichszahlungen zu leisten, so sind diese Ausgleichszahlungen mit der Unterschreitung zu verrechnen. Für die nach Satz 10 in den Kalenderjahren 2027 und 2028 jeweils zu erfolgende quartalsweise Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, haben die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 jeweils den prozentualen Anteil des Honorarvolumens, das für die in Satz 1 genannten Leistungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, am Honorarvolumen, das für den Leistungsbedarf aller Arztgruppen innerhalb der morbiditätsbe-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
in dem dem jeweiligen <i>Quartal</i> entsprechenden <i>Quartal</i> des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, zu bestimmen und diesen prozentualen Anteil mit der für das jeweilige <i>Quartal</i> vereinbarten und bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu multiplizieren. Soweit <i>der</i> nach Absatz 3 Satz 2 <i>vereinbarte Behandlungsbedarf</i> einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 vergüteten Leistungen für das jeweilige <i>Quartal</i> gegenüber dem diesem <i>Quartal</i> entsprechenden <i>Quartal</i> des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 <i>von dem Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen</i> abweicht, ist der nach Satz 5 zu bestimmende prozentuale Anteil entsprechend anzupassen. Satz 6 gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend. Sofern das Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in dem dem jeweiligen <i>Quartal</i> entsprechenden <i>Quartal</i> des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 Zuschläge und zusätzliche Honorarzahlungen enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge und zusätzlichen Honorarzahlungen in der quartalsweise festzulegenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen zu berücksichtigen. Für die Zuschläge <i>nach Satz 3</i> sowie <i>nach Absatz 2 Satz 2 und 3</i> gilt Satz 2 nicht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des ersten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] <i>nach Maßgabe der Sätze 5 bis 8</i> Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die quartalsweise für die Kalenderquartale des Kalenderjahres 2027 und des Kalenderjahres 2028 bis zum ersten Tag des jeweiligen Kalenderquartals, <i>erstmal</i>s bis zum <i>Beginn</i> des auf den Beschluss des Bewertungsausschusses folgenden Kalenderquartals, und ab dem Kalenderjahr 2029 jährlich bis zum 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres zu erfolgen hat. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 10 haben insbesondere die An-	dingten Gesamtvergütung in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, zu bestimmen und diesen prozentualen Anteil mit der für das jeweilige Kalenderquartal vereinbarten und bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu multiplizieren. Soweit aufgrund von Änderungen des nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten Behandlungsbedarfs einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 in der bis zum... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung vergüteten Leistungen der Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen für das jeweilige Kalenderquartal gegenüber dem diesem Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 abweicht, ist der nach Satz 5 zu bestimmende prozentuale Anteil entsprechend anzupassen. Satz 6 gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend. Sofern das Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 leistungsbezogene und nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarzahlungen enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge und zusätzlichen Honorarzahlungen in der quartalsweise festzulegenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen zu berücksichtigen. Für die in den Sätzen 3 und 8 genannten Zuschläge sowie für die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Zuschläge gilt Satz 2 nicht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des ersten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die quartalsweise für die Kalenderquartale des Kalenderjahres 2027 und des Kalenderjahres 2028 bis zum ersten Tag des jeweiligen Ka-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
passung des nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Punktwertes und die Veränderung des <i>auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden</i> nach Absatz 3 Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs sowie jeweils <i>darauf entfallende</i> Bereinigungen einzubeziehen. Zudem beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil an <i>dieser</i> Ausgleichszahlung <i>bemisst</i>. <i>Eine Ausgleichszahlung ist dann zu leisten, wenn die auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausreicht</i>, um die vollständige Vergütung nach Satz 1 zu gewährleisten. Sofern eine Ausgleichszahlung zu leisten ist, <i>mindern sich die vereinbarten Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 um einen Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages der sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalenderwoche] die Höhe des Abschlags auf die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 festzusetzen. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 haben diesen Abschlag bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages der zwölften auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalenderwoche] in ihren Vereinbarungen über die Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu übernehmen. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 haben jedes Kalenderquartal die Leistungsmenge mit der Leistungsmenge des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres zu vergleichen. Ist es zu einer Mengenausweitung gekommen und sind die Krankenkassen nach Satz 13 zu Ausgleichszahlungen verpflichtet, ist der Abschlag auf die Leistungsmenge anzuwenden, die die Leistungsmenge des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres übersteigt. Dies gilt auch, wenn es zu einer Verrechnung nach Satz 4 kommt. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben sich auf ein Verfahren zu verständigen, nach dem die</i>	lenderquartals, erstmalig bis zum ersten Tag des auf den Beschluss des Bewertungsausschusses folgenden Kalenderquartals, und ab dem Kalenderjahr 2029 jährlich bis zum 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres zu erfolgen hat. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 10 haben insbesondere die Anpassung des nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Punktwertes und die Veränderung des nach Absatz 3 Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen sowie die jeweils auf die Veränderung entfallenden Bereinigungen einzubeziehen. Zudem beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an den in Satz 13 genannten Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil an der Ausgleichszahlung zu bemessen hat. Wenn in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung die Differenz zwischen der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und den mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 bewerteten in Satz 1 genannten Leistungen ausschließlich der in Satz 8 genannten Zuschläge und zusätzlichen Honorarzahlungen in einem Kalenderquartal einen Wert von null unterschreitet, leisten die Krankenkassen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung Ausgleichszahlungen in Höhe ihres jeweiligen nach dem in Satz 12 genannten Verfahren ermittelten Anteil an der Differenz, um die vollständige Vergütung der in Satz 1 genannten Leistungen zu gewährleisten. Sofern eine Ausgleichszahlung für ein Kalenderquartal zu leisten ist und in diesem Kalenderquartal mehr Leistungen erbracht wurden als im entsprechenden Kalenderquartal des Vorjahres, sind die Leistungen, deren Anzahl die Anzahl der Leistungen aus dem entsprechenden Kalenderquartal des Vorjahres übersteigt, mit den um einen Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen geminderten Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten. Die

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>Kassenärztlichen Vereinigungen die Entwicklung der in Satz 1 genannten Leistungen und von deren Vergütungen gegenüber den Krankenkassen nachweisen. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen des § 87d Absatz 4 Satz 1 Nummer 4, dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz bezüglich der Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin insbesondere auf die Versorgung der Kinder und Jugendlichen, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen quartalsweise und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2025 und letztmalig bis zum 31. Dezember 2029 über die Ergebnisse. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] Vorgaben zu in Absatz 6 genannten Datenübermittlungen, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen quartalsweise die Festsetzung und die Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung des finanziellen Bedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen, eine etwaige in Satz 3 genannte Unterschreitung, die in Satz 3 genannten Zuschläge sowie die Ausgleichszahlungen nach Satz 13 nachweisen.</i>	geminderten Preise gelten auch bei einer Verrechnung nach Satz 4. Der Bewertungsausschuss hat bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages der sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalenderwoche] die Höhe des Abschlags auf die regionale Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 festzusetzen. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen des § 87d Absatz 1 Nummer 4, dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz auf die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin insbesondere auf die Versorgung der Kinder und Jugendlichen, die Honorare der Leistungserbringer sowie die Ausgaben der Krankenkassen quartalsweise und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 31. Dezember 2029 über die Ergebnisse dieser Analyse. Er veröffentlicht die Ergebnisse der Analyse auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] Vorgaben zu in Absatz 6 genannten Datenübermittlungen, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen die quartalsweise Festsetzung und ab dem Kalenderjahr 2029 die jährliche Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung des finanziellen Bedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen, eine etwaige in Satz 3 genannte Unterschreitung, die in den Sätzen 3 und 8 genannten Zuschläge sowie Ausgleichszahlungen nach Satz 13 nachweisen.
(3c) Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche, soweit diese Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung anerkannt wurden (hausärztlicher Leistungsbedarf), sind von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu	(3c) Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche, soweit diese Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung anerkannt wurden (hausärztlicher Leistungsbedarf), sind von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
vergüten, soweit sie aus der für diese Leistungen festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig vergütet werden können. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 und § 85 Absatz 1 wird die auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Für die nach Satz 7 in den Kalenderjahren 2025 und 2026 jeweils zu erfolgende quartalsweise Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung haben die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 jeweils den prozentualen Anteil des Honorarvolumens, das für den hausärztlichen Leistungsbedarf einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, am Honorarvolumen, das für den Leistungsbedarf aller Arztgruppen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, zu bestimmen und diesen prozentualen Anteil mit der für das jeweilige Kalenderquartal vereinbarten und bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu multiplizieren. Soweit aufgrund von Änderungen des nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten Behandlungsbedarfs einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 vergüteten Leistungen der Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen für das jeweilige Kalenderquartal gegenüber dem diesem Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 abweicht, ist der nach Satz 3 zu bestimmende prozentuale Anteil entsprechend anzupassen. Satz 4 gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungs-	vergüten, soweit sie aus der für diese Leistungen festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig vergütet werden können. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 und § 85 Absatz 1 wird die auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Für die nach Satz 7 in den Kalenderjahren 2025 und 2026 jeweils zu erfolgende quartalsweise Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung haben die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 jeweils den prozentualen Anteil des Honorarvolumens, das für den hausärztlichen Leistungsbedarf einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, am Honorarvolumen, das für den Leistungsbedarf aller Arztgruppen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, zu bestimmen und diesen prozentualen Anteil mit der für das jeweilige Kalenderquartal vereinbarten und bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu multiplizieren. Soweit aufgrund von Änderungen des nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten Behandlungsbedarfs einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 vergüteten Leistungen der Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen für das jeweilige Kalenderquartal gegenüber dem diesem Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 abweicht, ist der nach Satz 3 zu bestimmende prozentuale Anteil entsprechend an-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bedarfs entsprechend. Sofern das Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 leistungsbezogene und nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen in der quartalsweise festzulegenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. Mai 2025 Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die quartalsweise für die Kalenderquartale des Kalenderjahres 2025 und des Kalenderjahres 2026 bis zum ersten Tag des jeweiligen Kalenderquartals, <i>erstmalig</i> bis zum 1. Oktober 2025, und ab dem Kalenderjahr 2027 jährlich bis zum 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres zu erfolgen hat. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 7 haben insbesondere die Anpassung des nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Punktwertes und die Veränderung des nach Absatz 3 Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen sowie die jeweils auf die Veränderung entfallenden Bereinigungen einzubeziehen. Wenn in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung die Differenz zwischen der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und dem mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 bewerteten hausärztlichen Leistungsbedarf ausschließlich der in Satz 6 genannten Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen in einem Kalenderquartal einen Wert von null unterschreitet, leisten die Krankenkassen Ausgleichszahlungen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung in Höhe ihres jeweiligen nach dem in Satz 18 genannten Verfahren ermittelten <i>Anteils</i> an der Differenz, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten. Sofern eine Ausgleichszahlung zu leisten ist, <i>mindern sich die vereinbarten Preise der regionalen Euro-Gebührenord-</i>	zupassen. Satz 4 gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend. Sofern das Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 leistungsbezogene und nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen in der quartalsweise festzulegenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. Mai 2025 Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die quartalsweise für die Kalenderquartale des Kalenderjahres 2025 und des Kalenderjahres 2026 bis zum ersten Tag des jeweiligen Kalenderquartals, erstmalig bis zum 1. Oktober 2025, und ab dem Kalenderjahr 2027 jährlich bis zum 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres zu erfolgen hat. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 7 haben insbesondere die Anpassung des nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Punktwertes und die Veränderung des nach Absatz 3 Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen sowie die jeweils auf die Veränderung entfallenden Bereinigungen einzubeziehen. Wenn in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung die Differenz zwischen der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und dem mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 bewerteten hausärztlichen Leistungsbedarf ausschließlich der in Satz 6 genannten Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen in einem Kalenderquartal einen Wert von null unterschreitet, leisten die Krankenkassen Ausgleichszahlungen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung in Höhe ihres jeweiligen nach dem in Satz 15 genannten Verfahren ermittelten Anteil an der Differenz, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten. Sofern eine Ausgleichszahlung für

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nung nach Absatz 2 Satz 5 um einen Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerung. Hierzu hat der Bewertungsausschuss bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages der sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalenderwoche] die Höhe des Abschlags auf die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 festzusetzen. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 haben diesen Abschlag bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages der zwölften auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalenderwoche] in ihren Vereinbarungen über die Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu übernehmen. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 haben jedes Kalenderquartal die Leistungsmenge mit der Leistungsmenge des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres zu vergleichen. Ist es zu einer Mengenausweitung gekommen und sind die Krankenkassen nach Satz 9 zu Ausgleichszahlungen verpflichtet, ist der Abschlag auf die Leistungsmenge anzuwenden, die die Leistungsmenge des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres übersteigt. Dies gilt auch, wenn es zu einer Verrechnung nach Satz 16 kommt. Die Ausgleichszahlungen sind mit einer Unterschreitung der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den hausärztlichen Leistungsbedarf in den vorangegangenen Kalenderquartalen zu verrechnen. Wenn der hausärztliche Leistungsbedarf die festgesetzte, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung über einen Zeitraum vom zweiten Quartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Quartal des folgenden Kalenderjahres insgesamt unterschreitet, vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum Ablauf des zweiten Kalenderquartals des letztgenannten Kalenderjahres jeweils Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, deren Auszahlungshöhe in Summe der genannten Unterschreitung entspricht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 1. Oktober 2025 Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweiligen Krankenkassen	ein Kalenderquartal zu leisten ist und in diesem Kalenderquartal mehr Leistungen erbracht wurden als im entsprechenden Kalenderquartal des Vorjahres, sind die Leistungen, deren Anzahl die Anzahl der Leistungen aus dem entsprechenden Kalenderquartal des Vorjahres übersteigt, mit den um einen Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen geminderten Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten. Die geminderten Preise gelten auch bei einer Verrechnung nach Satz 13. Der Bewertungsausschuss hat bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages der sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalenderwoche] die Höhe des Abschlags auf die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 festzusetzen. Die Ausgleichszahlungen sind mit einer Unterschreitung der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den hausärztlichen Leistungsbedarf in den vorangegangenen Kalenderquartalen zu verrechnen. Wenn der hausärztliche Leistungsbedarf die festgesetzte, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung über einen Zeitraum vom zweiten Kalenderquartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Kalenderquartal des folgenden Kalenderjahres insgesamt unterschreitet, vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum Ablauf des zweiten Kalenderquartals des letztgenannten Kalenderjahres jeweils Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, deren Auszahlungshöhe in Summe der Höhe der genannten Unterschreitung entspricht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 1. Oktober 2025 Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an den in Satz 9 genannten Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil an der Ausgleichszahlung zu bemessen hat. Für die in den Sätzen 6 und 14 genannten Zuschläge sowie für die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Zuschläge gilt Satz 2 nicht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 1.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
entfallenden Anteils an den in Satz 9 genannten Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil an der Ausgleichszahlung zu bemessen hat. Für die in den Sätzen 6 und 17 genannten Zuschläge sowie für die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Zuschläge gilt Satz 2 nicht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 1. Mai 2025 Vorgaben zu in Absatz 6 genannten Datenübermittlungen, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen quartalsweise die erstmalige Festsetzung und die Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung des hausärztlichen Leistungsbedarfs, eine etwaige in Satz 16 genannte Unterschreitung, die in den Sätzen 6 und 17 genannten Zuschläge sowie die Ausgleichszahlungen nach Satz 9 <i>nachweist</i> . Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes insbesondere im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen quartalsweise und berichtet jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 30. September 2027 und <i>letztmalig</i> bis zum 30. September 2029 über die Ergebnisse dieser Analyse.“	Mai 2025 Vorgaben zu in Absatz 6 genannten Datenübermittlungen, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen quartalsweise die erstmalige Festsetzung und ab dem Kalenderjahr 2027 die jährliche Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung des hausärztlichen Leistungsbedarfs, eine etwaige in Satz 13 genannte Unterschreitung, die in den Sätzen 6 und 14 genannten Zuschläge sowie die Ausgleichszahlungen nach Satz 9 nachweisen . Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes insbesondere im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare der Leistungserbringer sowie die Ausgaben der Krankenkassen quartalsweise und berichtet jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit, erstmals bis zum 30. September 2027 und letztmals bis zum 30. September 2029, über die Ergebnisse dieser Analyse. Er veröffentlicht die Ergebnisse der Analyse auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses. “
d) Absatz 5 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	d) u n v e r ä n d e r t
„Der Bewertungsausschuss beschließt Empfehlungen	
1. zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4 und	
2. zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2.“	
33. § 87b Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	33. § 87b wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Ho-	„Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche ge-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
norarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen; im Verteilungsmaßstab dürfen für Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin und für Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche ebenfalls keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden.“	bildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen; im Verteilungsmaßstab dürfen für Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin und für Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche ebenfalls keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden, sofern kein Fall von § 87a Absatz 3b Satz 14 oder Absatz 3c Satz 10 vorliegt.“
	b) Absatz 2 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 15. Februar 2027 Vorgaben für den Verteilungsmaßstab, durch die sichergestellt wird, dass die Honorarvolumina, um die die vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen aufgrund von § 87a Absatz 3 Satz 8, 11 und 12 angehoben werden, der Honorarverteilung der jeweiligen Facharztgruppe, die die in § 87a Absatz 3 Satz 7 genannten Leistungen erbringen, zugerechnet und die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sachgerecht verteilt werden. Die Vorgaben nach Satz 4 können für bestimmte Leistungen im Rahmen der in § 87a Absatz 3 Satz 7 genannten Leistungen gesonderte Vergütungsregelungen vorsehen. Die Vorgaben sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren Verteilungsmaßstäben zu beachten. Im Verteilungsmaßstab dürfen im Kalenderjahr 2027 keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für am 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossene Behandlungen mit antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen angewandt werden.“
	c) In Absatz 2a Satz 2 wird die Angabe „§ 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 1, 3, 4, 5 und 6 und Satz 6“ durch die Angabe „§ 87d Absatz 1 und 2“ ersetzt.
34. Nach § 87c wird der folgende § 87d eingefügt:	34. Nach § 87c wird der folgende § 87d eingefügt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 87d	„§ 87d
Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
(1) <i>Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren jährlich bis zum 31. Oktober für das Folgejahr, erstmals bis zum 15. Februar 2027 für das Jahr 2027, mit Wirkung für die Krankenkassen eine Gesamtvergütung für das Ausgabenvolumen der auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhenden Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen sowie eine Gesamtvergütung für das Ausgabenvolumen für weitere vom Bewertungsausschuss beschlossene Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet werden. Die Krankenkassen entrichten auf Grund der Vereinbarungen nach Satz 1 mit befreiender Wirkung die Gesamtvergütungen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung für die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen mit den in Satz 1 genannten Leistungen. § 87a Absatz 5 Satz 7 gilt entsprechend.</i>	(1) Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:
	1. nichtärztliche Dialyseleistungen,
	2. alle Leistungen, für die zum Zeitpunkt der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das folgende Kalenderjahr keine Abrechnungsdaten für diese Leistungen von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen,
	3. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und
	4. Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- und Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Für die erstmalige Festsetzung der Gesamtvergütungen nach Absatz 1 Satz 1 für das Jahr 2027 ist jeweils das Ausgabenvolumen des Jahres 2025 für die jeweiligen Leistungen angepasst um die vereinbarten Veränderungen nach § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2, um die Veränderungen der Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, sowie um die vereinbarten Anpassungen des Punktwertes nach § 87a Absatz 2 Satz 1 für die Jahre 2026 und 2027 zu verwenden. Für die Fortschreibung der Gesamtvergütung für das Jahr 2027 gilt § 71 Absatz 1 bis 3. Für die Folgejahre ist die jeweilige vereinbarte Gesamtvergütung des Vorjahres um die vereinbarten Veränderungen nach § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2, um die Veränderungen der Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, sowie um die vereinbarte Anpassung des Punktwertes nach § 87a Absatz 2 Satz 1 fortzuschreiben. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.	(2) Der Bewertungsausschuss kann beschließen, dass weitere Leistungen außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 vergütet werden, wenn eine solche Vergütung nachweisbar die Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit signifikant erhöht. Der Bewertungsausschuss hat verbindliche und objektvierbare Kriterien zu beschließen, anhand derer die Erhöhung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit gemessen werden kann. Er hat in den entscheidungserheblichen Gründen seines jeweiligen Beschlusses nach Satz 1 darzulegen, dass diese Kriterien erfüllt sind.
(3) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Gesamtvergütung kann für die weiteren vom Bewertungsausschuss beschlossenen Leistungen nach den unterschiedlichen fachärztlichen Versorgungsbereichen getrennt verteilt werden. § 87b Absatz 2 Satz 6 gilt entsprechend.	(3) Der Bewertungsausschuss hat jährlich die Auswirkungen seiner Beschlüsse nach Absatz 2 Satz 1 auf die Versorgung zu evaluieren und zu überprüfen, ob die Vergütung der jeweiligen Leistungen außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöht hat. Lässt sich durch die Evaluierung kein Nachweis für eine signifikante Erhöhung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit erbringen, hat der Bewertungsausschuss seinen Beschluss nach Absatz 2 Satz 1 aufzuheben. Die Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben die entsprechenden Leistungen im Rahmen der für das jeweilige auf die Evaluierung folgende Kalenderjahr vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergüten.“
(4) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 sind ausschließlich folgende Leistungen von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten:	entfällt
1. nichtärztliche Dialyseleistungen,	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. <i>neue Leistungen, die noch keine vollständigen zwei Kalenderjahre in dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen enthalten sind, soweit diese Leistungen auf einer Veränderung des gesetzlichen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen,</i>	
3. <i>Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und</i>	
4. <i>kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen.</i>	
Abweichend von Satz 1 kann der Bewertungsausschuss verbindliche Kriterien für solche Leistungen beschließen, die nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen und dies mit einer Vergütung der Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 oder der Gesamtvergütung nach Absatz 1 Satz 1 nicht erreicht werden kann. Auf Grund ihrer besonderen Bedeutung für die Versorgung können die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 für solche Leistungen, die den Kriterien des Bewertungsausschusses entsprechen, eine Vergütung außerhalb der zu vereinbarenden Gesamtvergütung vereinbaren. Die Leistungen sind vom Bewertungsausschuss jährlich zu evaluieren und daraufhin zu überprüfen, ob ihre Vergütung außerhalb der zu vereinbarenden Gesamtvergütung sachgerecht und notwendig ist.	entfällt
(5) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 analysieren gemeinsam und einheitlich nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards die Auswirkungen der Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 auf die Versorgung der Versicherten mit den davon betroffenen vertragsärztlichen Leistungen im jeweiligen Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung jährlich bis zum 31. Dezember, erstmals bis zum 31. Dezember 2028. Jede Kassenärztliche Vereinigung veröffentlicht einmal jährlich bis zum 31. Januar in geeigneter Form die Ergebnisse, erstmals bis zum 31. Januar 2029.	entfällt

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>Das Institut des Bewertungsausschusses wertet die Veröffentlichungen aus und legt dem Bundesministerium für Gesundheit einmal jährlich, erstmals zum 30. Juni 2029 und dann jeweils bis zum 30. Juni eines jeden Jahres einen Bericht über diese Auswertungen vor.“</i>	
35. § 91 Absatz 2 Satz 14 bis 16 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	35. § 91 Absatz 2 Satz 14 bis 16 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarungen mit den hauptamtlichen Unparteiischen; § 35a Absatz 6 Satz 2 und Absatz 6a Satz 1, 2 und 4 des Vierten Buches gilt entsprechend. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Unparteiischen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des laufenden Kalenderjahres vereinbart werden.“	„Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarungen mit den hauptamtlichen Unparteiischen; § 35a Absatz 6 Satz 2 und Absatz 6a Satz 1, 2 und 4 des Vierten Buches gilt entsprechend. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer einer Amtszeit der Unparteiischen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen prozentualen Zuschlag auf die Grundvergütung in Höhe des Mittelwerts der nach § 71 Absatz 3 Satz 5 seit dem Beginn der vorherigen Amtsperiode veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate n vereinbart werden.“
36. § 92 wird wie folgt geändert:	36. u n v e r ä n d e r t
a) Nach Absatz 1a Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:	
„Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft seine Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung insbesondere hinsichtlich der befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen einschließlich des der vertragszahnärztlichen Versorgung zugrundeliegenden Behandlungsbedarfsgrades und beschließt bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung der Richtlinien. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt außerdem bis zum 31. Dezember 2027 in seinen Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung eine evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für die Durchführung von Fernröntgen-Aufnahmen sowie Panorama-Aufnahmen zum Zwecke der Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung.“	
b) Absatz 3a Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von Arzneimitteln und zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes und Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 ist den Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer, den betroffenen pharmazeutischen Unternehmern und den Berufsvertretungen der Apotheker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“	
37. § 92a wird wie folgt geändert:	37. § 92a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 7 bis 12 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	a) <code>u n v e r ä n d e r t</code>
„Die Förderung erfolgt in der Regel in einem einstufigen Verfahren. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.“	
b) Absatz 2 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	b) <code>u n v e r ä n d e r t</code>
„Die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können auch für Forschungsvorhaben zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, eingesetzt werden.“	
c) Die Absätze 3 und 4 werden durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:	c) Die Absätze 3 und 4 werden durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:
„(3) Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt ab dem Jahr 2026 jährlich 100 Millionen Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. Von der Fördersumme sollen 80 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 20 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden. Für die Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, sollen von der Förder-	„(3) Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt ab dem Jahr 2026 jährlich 100 Millionen Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. Von der Fördersumme sollen 80 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 20 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden. Für die Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, sollen von der Förder-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Fördersumme ab dem Jahr 2027 jährlich mindestens 2,5 Millionen Euro verwendet werden. Mittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden, sofern sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, im Folgejahr an den Gesundheitsfonds und <i>der entsprechende anteilige Betrag an</i> die landwirtschaftliche Krankenkasse zurückgeführt. Sämtliche bislang im Innovationsfonds angesammelten und nicht verausgabten Mittel werden, soweit sie nicht für andere Aufgaben gebunden sind, einmalig <i>ab dem Jahr 2027</i> an den Gesundheitsfonds und <i>der entsprechende anteilige Betrag an</i> die landwirtschaftliche Krankenkasse zurückgeführt. Die Laufzeit eines nach den Absätzen 1 und 2 geförderten Vorhabens kann bis zu vier Jahre betragen.	summe ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens 2,5 Millionen Euro verwendet werden. Mittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden, sofern sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, im Folgejahr an den Gesundheitsfonds und die landwirtschaftliche Krankenkasse entsprechend ihrem jeweiligen Finanzierungsanteil an der Fördersumme zurückgeführt. Sämtliche bislang im Innovationsfonds angesammelten und nicht verausgabten Mittel werden, soweit sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, einmalig im Jahr 2027 an den Gesundheitsfonds und die landwirtschaftliche Krankenkasse entsprechend ihrem jeweiligen Finanzierungsanteil an der Fördersumme zurückgeführt. Die Laufzeit eines nach den Absätzen 1 und 2 geförderten Vorhabens kann bis zu vier Jahre betragen.
(4) Die Fördersumme nach Absatz 3, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse <i>nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1</i>, wird durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erhebt und verwaltet die Mittel (Innovationsfonds) und zahlt die Fördermittel auf der Grundlage der Entscheidungen des Innovationsausschusses nach § 92b aus. Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Nähere zur Weiterleitung der Mittel an den Innovationsfonds <i>und</i> zur Verwaltung der Mittel des Innovationsfonds bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Innovationsausschuss <i>und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen</i>.“	(4) Die Fördersumme nach Absatz 3, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse, wird durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erhebt und verwaltet die Mittel (Innovationsfonds) und zahlt die Fördermittel auf der Grundlage der Entscheidungen des Innovationsausschusses nach § 92b aus. Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Nähere zur Erhebung der Mittel für den Innovationsfonds bis einschließlich des Jahres 2025 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung bei den nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen regelt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1; § 266 Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend. Das Nähere zur Weiterleitung der Mittel an den Innovationsfonds, zur Verwaltung der Mittel und zur Rückführung nicht bewilligter, nicht ausgezahlter oder nicht verausgabter Mittel des Innovationsfonds bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Innovationsausschuss.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
38. § 92b wird wie folgt geändert:	38. § 92b wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	a) u n v e r ä n d e r t
„Dem Innovationsausschuss gehören drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt an.“	
b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:	b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:
„(2) Der Innovationsausschuss legt nach einem Konsultationsverfahren unter Einbeziehung externer Expertise in themenspezifischen und themenoffenen Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 <i>bis</i> 4 fest. Die Schwerpunkte für die Entwicklung und Weiterentwicklung von Leitlinien nach § 92a Absatz 2 Satz 4 legt das Bundesministerium für Gesundheit fest. <i>Dabei kann die</i> Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften dem Bundesministerium für Gesundheit Schwerpunkte zur Entwicklung oder Weiterentwicklung von Leitlinien vorschlagen. Jedem Vorschlag ist eine Begründung des jeweiligen Förderbedarfs beizufügen. Der Innovationsausschuss übernimmt die vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegten Schwerpunkte in Förderbekanntmachungen und legt in diesen die Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 2 Satz 4 fest. Der Innovationsausschuss führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen nach den Sätzen 1 bis 5 Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Er beschließt nach Abschluss der geförderten Vorhaben Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung nach Absatz 3. Der Innovationsausschuss ent-	„(2) Der Innovationsausschuss legt nach einem Konsultationsverfahren unter Einbeziehung externer Expertise in themenspezifischen und themenoffenen Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 fest. Die Schwerpunkte für die Entwicklung und Weiterentwicklung von Leitlinien nach § 92a Absatz 2 Satz 4 legt das Bundesministerium für Gesundheit fest. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften kann dem Bundesministerium für Gesundheit Schwerpunkte zur Entwicklung oder Weiterentwicklung von Leitlinien vorschlagen. Jedem Vorschlag ist eine Begründung des jeweiligen Förderbedarfs beizufügen. Der Innovationsausschuss übernimmt die vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegten Schwerpunkte in Förderbekanntmachungen und legt in diesen die Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 2 Satz 4 fest. Der Innovationsausschuss führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen nach den Sätzen 1 bis 5 Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Er beschließt nach Abschluss der geförderten Vorhaben Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung nach Absatz 3. Der Innovationsausschuss entscheidet auch über die Verwendung der Mittel nach

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
scheidet auch über die Verwendung der Mittel nach § 92a Absatz 2 Satz 4. Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen. Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts- und Verfahrensordnung und regelt <i>darin insbesondere</i>	§ 92a Absatz 2 Satz 4. Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen. Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts- und Verfahrensordnung, in der er insbesondere Folgendes regelt:
1. seine Arbeitsweise und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle nach Absatz 4,	1. u n v e r ä n d e r t
2. das Konsultationsverfahren nach Satz 1,	2. u n v e r ä n d e r t
3. das Förderverfahren nach Satz 6,	3. u n v e r ä n d e r t
4. die Förderverfahren nach § 92a Absatz 1 Satz 7 und Absatz 2 Satz 1 und 4,	4. u n v e r ä n d e r t
5. die Benennung und Beauftragung von Experten aus dem Expertenpool nach Absatz 6 und	5. u n v e r ä n d e r t
6. die Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften nach Absatz 7.	6. u n v e r ä n d e r t
Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“	Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“
c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	aa) u n v e r ä n d e r t
aaa) Nummer 5 wird gestrichen.	
bbb) Die Nummern 6 bis 12 werden zu den Nummern 5 bis 11.	
bb) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	bb) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Die Beratung der Förderinteressenten, Antragsteller und Zuwendungsempfänger nach Satz 1 Nummer 4 <i>lösen</i> keine weitergehenden Ansprüche aus.“	„Die Beratung der Förderinteressenten, Antragsteller und Zuwendungsempfänger nach Satz 1 Nummer 4 löst keine weitergehenden Ansprüche aus.“
39. § 106b wird wie folgt geändert:	39. § 106b wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 1 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:	a) Nach Absatz 1 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:
„In den Vereinbarungen nach Satz 1 sollen Verordnungsquoten für <i>solche</i> Arzneimittel enthalten sein, für die Rabattverträge nach § 130e Absatz 1 Satz 1 <i>abgeschlossen</i> wer-	„In den Vereinbarungen nach Satz 1 sollen Verordnungsquoten für alle Arzneimittel enthalten sein, für die Rabattverträge nach § 130e Absatz 1 Satz 1 vereinbart werden können. Die Verordnungsquoten sind je-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
den können, <i>bezogen auf die festgelegten Gruppen im Therapiegebiet.</i> “	weils für eine nach § 130e Absatz 1 Satz 1 festgelegte Gruppe zu vereinbaren.“
b) In Absatz 5 wird die Angabe „§ 130b Absatz 2 und § 130c Absatz 4“ durch die Angabe „§ 130c Absatz 4 und § 130e Absatz 2“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
40. § 111 Absatz 5 <i>Satz 2 bis 4</i> wird durch <i>die</i> folgenden <i>Sätze</i> ersetzt:	40. § 111 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:
„Bei der Vergütungsvereinbarung nach Satz 1 stellt die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.“	„(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Einrichtungen darf bis ... [einsetzen: Datum des Tages und Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie Jahreszahl des zweiten auf die Verkündung folgenden Jahres] abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 nicht übersteigt. Satz 3 gilt auch für entsprechende Vergütungssteigerungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, haben die Vertragsparteien die Vereinbarungen für den Zeitraum, der am Tag der Feststellung durch den Deutschen Bundestag beginnt und am Tag der Aufhebung der Feststellung, spätestens jedoch mit Ablauf des 7. April 2023 endet, an diese Sondersituation anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Rechtsvorschriften gebunden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2028 einen Bericht über die Auswirkungen der Sätze 3 und 4 insbesondere auf die Höhe der vereinbarten Vergütungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, die Entwicklung der Personalkosten und der tarifbedingten Vergütungssteigerungen im Verhältnis zur nach § 71 Absatz 3 festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate, die wirtschaftliche Situation tarifgebundener Einrichtungen sowie die Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten vor. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht dem Deutschen Bundestag zu.“
41. § 111c Absatz 3 <i>Satz 2 bis 4</i> wird durch <i>die</i> folgenden <i>Sätze</i> ersetzt:	41. § 111c Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:
„Bei der Vergütungsvereinbarung nach Satz 1 stellt die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.“	„(3) Die Vergütungen für die in § 40 Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Einrichtungen darf bis ... [einsetzen: Datum des Tages und Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie Jahreszahl des zweiten auf die Verkündung folgenden Jahres] abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als dass die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 nicht übersteigt. Satz 3 gilt auch für entsprechende Vergütungssteigerungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, haben die Vertragsparteien die Vereinbarungen für den Zeitraum, der am Tag der Feststellung durch den Deutschen Bundestag beginnt und am Tag der Aufhebung der Feststellung, spätestens jedoch mit Ablauf des 7. April 2023 endet, an diese Sondersituation anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Ein-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	richtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Diese ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden. § 111 Absatz 5 Satz 9 gilt entsprechend.“
42. § 115f Absatz 2 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	42. § 115f wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhaufällen ohne Berücksichtigung der Krankenhaufälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million Fälle erfasst werden; ab dem Jahr 2028 sollen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluation nach Absatz 5 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens 2 Millionen Fälle erfasst werden; Fälle, die mit <i>den in § 17b Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Kurzzeitfallpauschalen</i> vergütet werden, sind <i>auf diese Fallzahlvorgaben anzurechnen</i> .“	„Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhaufällen ohne Berücksichtigung der Krankenhaufälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million Fälle erfasst werden; ab dem Jahr 2028 sollen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluation nach Absatz 5 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens 2 Millionen Fälle erfasst werden. Fälle, die mit Kurzzeitfallpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vergütet werden, sind in die vorgegebenen Fallzahlen einzubeziehen .“
	b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 2 Satz 3“ durch die Angabe „Absatz 2 Satz 4“ ersetzt.
43. § 120 wird wie folgt geändert:	43. § 120 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 27b Absatz 3 Nummer 4“ durch die Angabe „§ 27b Absatz 4 Nummer 4“ ersetzt.“	a) u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „werden.“ durch die Angabe „werden; § 71 Absatz 1 bis 3 gilt <i>entsprechend</i> .“ ersetzt.	b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „werden.“ durch die Angabe „werden; § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“ ersetzt.
	c) Absatz 3a Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach §

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	76 Absatz 1a erbracht werden, erfolgt mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu Lasten des Anteils der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, der für den Bereich der fachärztlichen Versorgung zu bilden ist, es sei denn, die Vertragsparteien nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben für diese Leistungen Vergütungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 vereinbart oder diese Leistungen werden nach § 87d Absatz 1 und 2 außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet.“
44. § 125 Absatz 3 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	44. § 125 Absatz 3 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Es gilt § 71 Absatz 1 bis 3 <i>entsprechend</i> .“	„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt .“
45. § 125a Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:	45. § 125a Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:
„(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist insbesondere Folgendes zu regeln:	„(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist insbesondere Folgendes zu regeln:
1. Indikationen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, die unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten für eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung geeignet sind,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Möglichkeiten der Heilmittelerbringer, bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abzuweichen,	2. u n v e r ä n d e r t
3. einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von dem Vertrag nach § 125 Absatz 1 abweichen,	3. u n v e r ä n d e r t
4. Möglichkeiten zur Bestimmung der Dauer der einzelnen Behandlungseinheiten durch den Leistungserbringer sowie Regelungen zu der daraus resultierenden Preisstruktur,	4. u n v e r ä n d e r t
5. Richtwerte zur Versorgungsgestaltung durch die Heilmittelerbringer, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise im Rahmen von § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 zu veröffentlichen hat,	5. u n v e r ä n d e r t
6. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versi-	6. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
cherten, insbesondere für solche Ausweitungen, die weder morbiditätsbedingt sind noch auf dem therapeutischen Fortschritt oder Veränderungen des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen; diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschlüsse vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist, sowie	
7. Vorgaben zur Information des Arztes durch den Heilmittelerbringer über die erfolgte Behandlung sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.	7. u n v e r ä n d e r t
Eine Pauschale, die mit der Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung, die über die Analyse des therapeutischen Bedarfs oder die therapeutische Diagnostik hinausgeht, <i>begründet wird, kann nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart werden. Sofern Verträge nach Absatz 1 eine Pauschale im Sinne des Satzes 2 enthalten und eine Heilmittelversorgung, auf die sich die Pauschale bezieht, vor dem ...</i> [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 8 Absatz 1 dieses Gesetzes] bereits begonnen hat, wird die <i>Vergütung der Pauschale durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen.</i> “	Eine Pauschale, die mit der Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung begründet wird , die über die Analyse des therapeutischen Bedarfs oder die therapeutische Diagnostik hinausgeht, darf nicht in den Verträgen nach Absatz 1 vereinbart werden. Sofern Verträge eine solche Pauschale enthalten und eine Heilmittelversorgung, für die die Pauschale nach den vertraglichen Vereinbarungen abgerechnet werden kann , vor dem ... [einsetzen: Datum des Tages nach der Verkündung dieses Gesetzes] bereits begonnen hat, wird die Pauschale durch die jeweilige Krankenkasse vergütet. “
46. § 127 wird wie folgt geändert:	46. § 127 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „ <i>im Wege von Vertragsverhandlungen</i> “ die Angabe „ <i>unter Geltung des § 71 Absatz 1 bis 3</i> “ eingefügt.	a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „ Abrechnung “ die Angabe „; § 71 Absatz 1 bis 3 gilt “ eingefügt.
b) Nach Absatz 1a wird der folgende Absatz 1b eingefügt:	b) Nach Absatz 1a wird der folgende Absatz 1b eingefügt:
„(1b) Für <i>Hilfsmittelversorgungen</i> nach § 33, die <i>auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 1 erfolgen und</i> im Zeitraum vom ... [einsetzen: 1. Januar 2027, <i>es sei denn</i> , das <i>Gesetz tritt erst danach in Kraft, dann einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 8 Absatz 1 dieses Gesetzes</i>] bis zum 31. Dezember 2028 begonnen <i>haben, vermindert sich die vertraglich vereinbarte Vergütung</i> um drei Prozent <i>je Versorgung</i> . Eine Versorgung gilt als begonnen, sobald der Leistungserbringer nach Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen mit der auf die kon-	„(1b) Für jede Hilfsmittelversorgung nach § 33, die im Zeitraum vom ... [einsetzen: 1. Januar 2027, sofern die Verkündung bis einschließlich 31. Dezember 2026 erfolgt, bei späterer Verkündung das Datum des Inkrafttretens nach Artikel 8 Absatz 1] bis zum 31. Dezember 2028 begonnen wurde, dürfen Leistungserbringer nur einen Preis abrechnen, der um drei Prozent im Vergleich zu dem nach den Absätzen 1 oder 3 vertraglich vereinbarten Preis gemindert ist. Eine Versorgung gilt als begonnen, sobald der Leistungserbringer nach Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraus-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
krete versicherte Person bezogenen Versorgungstätigkeit begonnen hat.“	setzungen mit der auf die konkrete versicherte Person bezogenen Versorgungstätigkeit begonnen hat. Bei fortlaufenden oder wiederkehrenden Versorgungsgen gilt jede einzelne Leistungserbringung oder Einzellieferung als gesonderte Versorgung, für die nur ein nach Satz 1 geminderter Preis abgerechnet werden darf, sofern die gesonderte Versorgung in dem in Satz 1 genannten Zeitraum begonnen wurde.“
c) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:	c) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:
„(4) Sofern für <i>Hilfsmittel</i> ein Festbetrag nach § 36 Absatz 2 festgesetzt wurde, ist dieser den Preisverhandlungen sowie den Schiedsverfahren nach Absatz 2 verbindlich zugrunde zu legen; <i>es gilt der bei Verhandlungsbeginn geltende Festbetrag</i>. Die vereinbarten Preise dürfen die nach § 36 Absatz 2 festgesetzten <i>Festbeträge</i> in begründeten Fällen <i>um bis zu 10 Prozent</i> über- oder unterschreiten; <i>bis zur erstmaligen Festsetzung neuer Festbeträge nach § 36 Absatz 4 Satz 6 dürfen die Über- oder Unterschreitungen bis zu 15 Prozent betragen. Die Begründungs- und Darlegungslast für Abweichungen von den Festbeträgen nach § 36 Absatz 2 in den Verhandlungen und Schiedsverfahren trägt die Vertragspartei, die hieraus objektiv einen Vorteil in Bezug auf das Verhandlungsergebnis erhält.</i>“	„(4) Sofern für die Versorgung mit Hilfsmitteln ein Festbetrag nach § 36 Absatz 2 festgesetzt wurde, ist dieser den Preisverhandlungen nach Absatz 1 oder dem Schiedsverfahren nach Absatz 1a zugrunde zu legen. Die für die Versorgung mit diesen Hilfsmitteln nach Absatz 1 vereinbarten oder nach Absatz 1a festgesetzten Preise dürfen den jeweiligen zum Beginn der Vertragsverhandlungen geltenden Festbetrag in begründeten Fällen wie folgt über- oder unterschreiten:
	1. um bis zu 15 Prozent, wenn der Festbetrag noch nicht nach § 36 Absatz 4 Satz 9 angepasst wurde,
	2. um bis zu 15 Prozent, wenn der Festbetrag auf Antrag der maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene nach § 36 Absatz 4 Satz 10 überprüft wird, und
	3. in allen anderen Fällen um bis zu 10 Prozent.
	Eine Über- oder Unterschreitung nach Satz 2 ist begründet, wenn Besonderheiten der jeweiligen Versorgung, der Versorgungsstruktur oder der vertraglich vereinbarten Leistungen eine Abweichung vom Festbetrag sachlich rechtfertigen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	besondere Versorgungs-, Qualitäts- oder Serviceleistungen erprobt oder sichergestellt werden sollen und durch deren Erprobung oder Sicherstellung die Qualität der Versorgung verbessert werden kann.“
47. § 130 wird wie folgt geändert:	47. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 wird die Angabe „1,77“ durch die Angabe „2,07“ ersetzt.	
b) Absatz 1a wird gestrichen.	
48. § 130a wird wie folgt geändert:	48. § 130a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1b wird durch die folgenden Absätze 1b und 1c ersetzt:	a) Absatz 1b wird durch die folgenden Absätze 1b und 1c ersetzt:
„(1b) Für ab dem 1. Januar 2027 zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel erhalten die Krankenkassen von Apotheken einen zusätzlichen Abschlag vom Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer. Satz 1 gilt für die in Absatz 1 Satz 6 und 7 genannten Arzneimittel mit Ausnahme von	„(1b) Ab dem 1. Januar 2027 erhalten die Krankenkassen von Apotheken für zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel einen zusätzlichen Abschlag in Höhe von 8,5 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer. Satz 1 gilt für die in Absatz 1 Satz 6 und 7 genannten Arzneimittel mit Ausnahme von
1. <i>Arzneimitteln nach Absatz 3b Satz 1,</i>	1. in Absatz 3b Satz 1 genannten Arzneimitteln,
2. <i>im Wesentlichen gleichen biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimittel im Sinne des Artikels 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG,</i>	2. patentfreien, im Wesentlichen gleichen biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimitteln einschließlich ihres biologischen Referenzarzneimittels,
3. <i>Arzneimitteln, für die ein Festbetrag auf Grund des § 35 festgesetzt ist,</i>	3. Arzneimitteln, für die ein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 Satz 1 festgesetzt ist,
4. <i>patentfreien Arzneimitteln mit in der Liste nach § 52b Absatz 3c Satz 1 des Arzneimittelgesetzes aufgeführten versorgungskritischen Wirkstoffen,</i>	4. patentfreien Arzneimitteln mit versorgungskritischen Wirkstoffen, die in der nach § 52b Absatz 3c Satz 1 des Arzneimittelgesetzes erstellten Liste aufgeführt sind,
5. <i>in der nach § 35 Absatz 5a Satz 1 erstellten Liste aufgeführten, patentfreien Arzneimitteln,</i>	5. patentfreien Arzneimitteln zur Behandlung von Kindern, die in der nach § 35 Absatz 5a Satz 1 erstellten Liste aufgeführt sind,
6. <i>Arzneimitteln, die nach Absatz 3c Satz 1 oder Satz 8 vom Abschlag nach Absatz 3a befreit sind,</i>	6. Arzneimitteln, die nach Absatz 3c Satz 3 oder 13 vom Abschlag nach Absatz 3a befreit sind,
7. <i>Reserveantibiotika, hinsichtlich derer der Gemeinsame Bundesausschuss eine</i>	7. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Freistellung nach § 35a Absatz 1c Satz 1 beschlossen hat, und	
8. Arzneimitteln, die nach Absatz 1c vom Abschlag nach Satz 1 befreit sind.	8. <i>u n v e r ä n d e r t</i>
Absatz 1 Satz 3 bis 5, 7 und 8 gilt entsprechend. <i>Die Höhe des Abschlags nach Satz 1 beträgt vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2027 3,5 Prozent. Ab dem 1. Juli 2027 ist die Höhe des Abschlags nach Satz 1 jeweils für die Dauer eines Jahres der Quotient aus</i>	Absatz 1 Satz 3 bis 5, 7 und 8 gilt entsprechend. Der Abschlag nach Satz 1 kann durch eine ab dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 8 Absatz 1] abgeschlossene Vereinbarung nach § 130b abgelöst werden, sofern dies ausdrücklich vereinbart ist.
1. <i>dem Differenzbetrag für alle in Absatz 1 Satz 6 genannten Arzneimittel einschließlich derjenigen nach Satz 2 Nummer 1 bis 3 aus</i>	entfällt
a) <i>den Ist-Ausgaben der Krankenkassen des vorangegangenen Kalenderjahres und</i>	
b) <i>den Soll-Ausgaben der Krankenkassen für das vorangegangene Kalenderjahr und</i>	
2. <i>dem von den Krankenkassen im vorangegangenen Kalenderjahr geleisteten Umsatz aller zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel im Sinne von Satz 2, berechnet auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer ohne Mehrwertsteuer.</i>	entfällt
<i>Die Ist-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe a sind der Differenzbetrag aus</i>	entfällt
1. <i>dem von den Krankenkassen geleisteten Umsatz aller zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel nach Satz 5 Nummer 1, berechnet auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer ohne Mehrwertsteuer und</i>	entfällt
2. <i>der Summe aller von den Krankenkassen vereinnahmten gesetzlichen und vertraglichen Rabatte, Abschläge und Ausgleichszahlungen der pharmazeutischen Unternehmer für Arzneimittel nach Satz 5 Nummer 1, mit Ausnahme der Abschläge nach Satz 1.</i>	entfällt
<i>Die Soll-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe b sind</i>	entfällt

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. für das Kalenderjahr 2026 die entsprechend Satz 6 ermittelten Ist-Ausgaben des Jahres 2025, erhöht oder vermindert um die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechend dem Rechnungsergebnis des Gesundheitsfonds für das Kalenderjahr 2026 gegenüber dem Kalenderjahr 2025, und	entfällt
2. für die Kalenderjahre ab 2027 die Soll-Ausgaben des jeweils vorangegangenen Kalenderjahres, erhöht oder vermindert um die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechend dem Rechnungsergebnis des Gesundheitsfonds für das betreffende Kalenderjahr gegenüber dem vorangegangenen Kalenderjahr.	entfällt
Übersteigen die Ist-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe a nicht die Soll-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe b, entfällt der Abschlag nach Satz 1. Der Wert nach Satz 5 ist als Prozentsatz auszuweisen und kaufmännisch auf die erste Nachkommastelle zu runden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt jedes Jahr bis zum 15. Mai, erstmals bis zum 15. Mai 2027, dem Bundesministerium für Gesundheit die zur Berechnung der Höhe des Abschlags nach Satz 1 erforderlichen Daten nach Satz 5 Nummer 2 und Satz 6 Nummer 1 und 2 für das vorangegangene Kalenderjahr; die erstmalige Datenübermittlung umfasst auch die Daten nach Satz 7 Nummer 1 in Verbindung mit Satz 6 Nummer 1 und 2 für das Jahr 2025. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden Informationen sowie Art und Umfang der Übermittlung. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt jedes Jahr bis zum 1. Juni, erstmals bis zum 1. Juni 2027, die Höhe des Abschlags nach Satz 1 für den nächsten Jahreszeitraum unter Offenlegung der Berechnungsgrundlagen im Bundesanzeiger bekannt.	entfällt
(1c) Für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die ab dem 1. Januar 2027 erstmals	(1c) Für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die ab dem 1. Januar 2027 erstmals

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
in Verkehr gebracht werden, können pharmazeutische Unternehmer beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Befreiung vom Abschlag nach Absatz 1b Satz 1 beantragen. Die Befreiung ist zu erteilen, wenn	in Verkehr gebracht werden, können pharmazeutische Unternehmer beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Befreiung vom Abschlag nach Absatz 1b Satz 1 beantragen. Die Befreiung ist zu erteilen, wenn die klinischen Prüfungen des Arzneimittels zu einem relevanten Anteil im Geltungsbereich dieses Gesetzes durchgeführt wurden.
1. <i>die klinischen Prüfungen mit dem Arzneimittel zu einem relevanten Anteil im Geltungsbereich dieses Gesetzes durchgeführt wurden und</i>	entfällt
2. <i>die Produktion des Wirkstoffs im Geltungsbereich dieses Gesetzes einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lässt.</i>	entfällt
Ein relevanter Anteil klinischer Prüfungen im Sinne von Satz 2 Nummer 1 setzt voraus, dass der Anteil der Prüfungsteilnehmer an den vom pharmazeutischen Unternehmer durchgeführten oder in Auftrag gegebenen klinischen Prüfungen des Arzneimittels, die an Prüfstellen im Geltungsbereich dieses Gesetzes teilgenommen haben, an der Gesamtzahl der Prüfungsteilnehmer mindestens 5 Prozent beträgt. <i>Ein relevanter Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung im Sinne von Satz 2 Nummer 2 setzt voraus, dass die Menge des Wirkstoffs, die im Geltungsbereich dieses Gesetzes produziert wird, voraussichtlich ausreichen wird, um eine Arzneimittelmengende herzustellen, mit der mindestens die Hälfte der Patienten im Geltungsbereich dieses Gesetzes, für die eine Behandlung mit dem Arzneimittel infrage kommt, über einen Zeitraum von drei Jahren versorgt werden können.</i> Der Antrag kann frühestens nach dem Antrag auf Zulassung des Arzneimittels gestellt werden. Der Antrag ist elektronisch zu übermitteln, zu begründen und ihm sind Nachweise und Belege beizufügen, aus denen hervorgeht, dass die in Satz 2 genannten Voraussetzungen vorliegen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt die Art der erforderlichen Nachweise und Belege, das Verfahren und die Formatvorlagen für die elektronische Übermittlung der Anträge im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut fest und gibt diese auf seiner Internetseite bekannt. Das	Ein relevanter Anteil klinischer Prüfungen im Sinne von Satz 2 setzt voraus, dass der Anteil der Prüfungsteilnehmer an den vom pharmazeutischen Unternehmer durchgeführten oder in Auftrag gegebenen klinischen Prüfungen des Arzneimittels, die an Prüfstellen im Geltungsbereich dieses Gesetzes teilgenommen haben, an der Gesamtzahl der Prüfungsteilnehmer mindestens 5 Prozent beträgt. Der Antrag auf Befreiung kann frühestens nach dem Antrag auf Zulassung des Arzneimittels gestellt werden. Der Antrag auf Befreiung ist elektronisch zu übermitteln, zu begründen und ihm sind Nachweise und Belege beizufügen, aus denen hervorgeht, dass die in Satz 2 genannte Voraussetzung vorliegt . Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt die Art der erforderlichen Nachweise und Belege, das Verfahren und die Formatvorlagen für die elektronische Übermittlung der Anträge im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut fest und gibt diese auf seiner Internetseite bekannt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag innerhalb von drei Monaten nach dessen Eingang. Sofern ein Arzneimittel im Zuständigkeitsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts betroffen ist, erfolgt die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. Die Befreiung gilt ab Bekanntgabe der Entscheidung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, frühestens jedoch ab dem erstmaligen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag innerhalb von drei Monaten nach Eingang. Sofern ein Arzneimittel im Zuständigkeitsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts betroffen ist, erfolgt die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. Die Befreiung gilt ab Bekanntgabe der Entscheidung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, frühestens jedoch ab dem erstmaligen Inverkehrbringen des Arzneimittels. Sie erlischt nach drei Jahren, es sei denn, sie wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte verlängert. Eine Verlängerung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die in Satz 2 <i>genannten Voraussetzungen vorliegen</i>. Der Antrag kann frühestens 30 Monate und spätestens 32 Monate nach dem Geltungsbeginn der Befreiung, <i>beziehungsweise im Fall einer weiteren Verlängerung nach dem Geltungsbeginn der vorangegangenen Verlängerung</i>, gestellt werden. Die Sätze 6 bis 11 gelten entsprechend. Ein Vorverfahren findet bei Klagen gegen Entscheidungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte nach Satz 8, auch in Verbindung mit Satz 14, nicht statt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erteilt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Antrag Auskunft zu erteilten Befreiungen und deren Geltungszeiträumen.“	Inverkehrbringen des Arzneimittels. Sie erlischt nach drei Jahren, es sei denn, sie wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte verlängert. Eine Verlängerung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die in Satz 2 genannte Voraussetzung weiterhin vorliegt. Der Antrag auf Verlängerung kann frühestens 30 Monate und spätestens 32 Monate nach dem Geltungsbeginn der Befreiung oder nach dem Geltungsbeginn einer vorangegangenen Verlängerung gestellt werden. Die Sätze 5 bis 10 gelten entsprechend. Ein Vorverfahren findet bei Klagen gegen Entscheidungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte nach Satz 7, auch in Verbindung mit Satz 13, nicht statt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erteilt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Antrag Auskunft zu erteilten Befreiungen und deren Geltungszeiträumen.“
b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:	b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:
„(2) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für die zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i einen Abschlag auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer, mit dem der Unterschied zu einem geringeren durchschnittlichen Preis nach Satz 2 je Mengeneinheit ausgeglichen wird. Der durchschnittliche Preis je Mengeneinheit ergibt sich aus den tatsächlich gültigen Abgabepreisen des pharmazeutischen Unternehmers in den vier Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, in denen der wirkstoffidentische Impfstoff abgegeben wird, mit den am nächsten kommenden Brut-	„(2) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für die zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i einen Abschlag auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer, mit dem der Unterschied zu einem geringeren durchschnittlichen Preis nach Satz 2 je Mengeneinheit ausgeglichen wird. Der durchschnittliche Preis je Mengeneinheit ergibt sich aus den tatsächlich gültigen Abgabepreisen des pharmazeutischen Unternehmers in den vier Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, in denen der wirkstoffidentische Impfstoff abgegeben wird, mit den am nächsten kommenden Brut-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
tonationaleinkommen, gewichtet nach den jeweiligen Umsätzen und Kaufkraftparitäten. <i>Für</i> Impfstoffe, <i>für</i> die Patentschutz oder Unterlagenschutz <i>besteht</i>, erhalten die Krankenkassen von Apotheken für zu ihren Lasten <i>abgegebene</i> Impfstoffe zusätzlich zum Abschlag nach Satz 1 einen Abschlag in Höhe von 7 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers. Absatz 1 Satz 3 bis 5, die Absätze 6 und 7 sowie § 131 Absatz 4 und 5 gelten entsprechend. Der pharmazeutische Unternehmer ermittelt die Höhe des Abschlags nach Satz 1 und den durchschnittlichen Preis nach Satz 2 und übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage die Angaben zu der Berechnung. Kann der Abschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden, gilt Absatz 1 Satz 1 entsprechend. <i>Für</i> Impfstoffe <i>nach Satz 6</i>, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht, erhalten die Krankenkassen einen zusätzlichen Abschlag in Höhe von 7 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Bei Preisvereinbarungen für Impfstoffe, für die kein einheitlicher Apothekenabgabepreis nach den Preisvorschriften auf Grund des Arzneimittelgesetzes oder nach § 129 Absatz 3 Satz 3 gilt, darf höchstens ein Betrag vereinbart werden, der dem entsprechenden Apothekenabgabepreis abzüglich der Summe der Abschläge nach den Sätzen 1 und 3 entspricht.“	tonationaleinkommen, gewichtet nach den jeweiligen Umsätzen und Kaufkraftparitäten. Besteht für Impfstoffe Patentschutz oder Unterlagenschutz, erhalten die Krankenkassen von Apotheken für diese zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe zusätzlich zum Abschlag nach Satz 1 einen Abschlag in Höhe von 9 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers. Absatz 1 Satz 3 bis 5, die Absätze 6 und 7 sowie § 131 Absatz 4 und 5 gelten entsprechend. Der pharmazeutische Unternehmer ermittelt die Höhe des Abschlags nach Satz 1 und den durchschnittlichen Preis nach Satz 2 und übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage die Angaben zu der Berechnung. Kann der Abschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden, gilt Absatz 1 Satz 1 entsprechend; für Impfstoffe, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht, erhalten die Krankenkassen einen zusätzlichen Abschlag in Höhe von 9 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Bei Preisvereinbarungen für Impfstoffe, für die kein einheitlicher Apothekenabgabepreis nach den Preisvorschriften auf Grund des Arzneimittelgesetzes oder nach § 129 Absatz 3 Satz 3 gilt, darf höchstens ein Betrag vereinbart werden, der dem entsprechenden Apothekenabgabepreis abzüglich der Summe der Abschläge nach den Sätzen 1 und 3 entspricht.“
	c) In Absatz 3 wird die Angabe „auf Grund des § 35“ durch die Angabe „nach § 35 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.
c) Absatz 3a wird wie folgt geändert:	d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. August 2009, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel ab dem 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung; dies gilt nicht	„Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. August 2009, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel ab dem 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung; dies gilt nicht für Arzneimittel, für die ein Festbetrag

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
für Arzneimittel, für die ein Festbetrag auf Grund des § 35 festgesetzt ist.“	nach § 35 Absatz 3 Satz 1 festgesetzt ist.“
bb) Die Sätze 4 und 5 werden durch den folgenden Satz ersetzt:	bb) In Satz 7 wird die Angabe „den Sätzen 1 bis 5“ durch die Angabe „den Sätzen 1 bis 6“ ersetzt.
„Bei Neueinführungen eines Arzneimittels, für das ein pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Mengeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Arzneimittel in Bezug auf die Gesamtwirkstoffmenge am nächsten kommt; dies gilt nicht für die Neueinführung eines Immunglobulins menschlicher Herkunft, für das nach dem 31. Dezember 2018 eine Zulassung nach § 25 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes oder eine Genehmigung für das Inverkehrbringen nach Artikel 3 Absatz 1 oder 2 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 erteilt wurde, mit Ausnahme der Zulassung von anderen Stärken oder Ausbietungen.“	entfällt
	cc) In Satz 9 wird die Angabe „gelten die Absätze 1, 5 bis 7 und 9 entsprechend“ durch die Angabe „gilt Absatz 1 entsprechend“ ersetzt.
	dd) Satz 10 wird gestrichen.
d) Nach Absatz 3d wird der folgende Absatz 3e eingefügt:	e) Nach Absatz 3d werden die folgenden Absätze 3e und 3f eingefügt:
„(3e) Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers oder sonstigen Herstellers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. Januar 2026, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung. Zur Berechnung des Abschlags nach Satz 1 ist der Preisstand vom 1. Januar 2026 erstmals am 1. Juli 2028 und jeweils am 1. Juli der Folgejahre um den Betrag anzuheben, der sich aus der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland im Vergleich	„(3e) Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers oder sonstigen Herstellers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. Januar 2026, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundbehandlung ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung. Zur Berechnung des Abschlags nach Satz 1 ist der Preisstand vom 1. Januar 2026 erstmals am 1. Juli 2028 und jeweils am 1. Juli der Folgejahre um den Betrag anzuheben, der sich aus der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland im Vergleich zum Vorjahr

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
zum Vorjahr ergibt. Für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung, die erstmals nach dem 1. Januar 2026 in den Markt eingeführt werden, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. Bei Neueinführungen eines Verbandmittels oder eines sonstigen Produktes zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a, für das ein pharmazeutischer Unternehmer oder sonstiger Hersteller bereits ein Produkt mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Wundflächeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Produkt in Bezug auf die Gesamtwundfläche am nächsten kommt. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstmals bis zum 30. November 2026. Die Absätze 5 bis 7 gelten entsprechend.“	ergibt. Für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung, die erstmals nach dem 1. Januar 2026 in den Markt eingeführt werden, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. Bei Neueinführungen eines Verbandmittels oder eines sonstigen Produktes zur Wundbehandlung, für das der pharmazeutische Unternehmer oder sonstige Hersteller bereits ein Produkt mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Wundflächeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Produkt in Bezug auf die Gesamtwundfläche der Packung am nächsten kommt. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstmals bis zum 30. November 2026. Die Absätze 6 und 7 gelten entsprechend.
	(3f) Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. Juni 2026, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht, ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung. Zur Berechnung des Abschlags nach Satz 1 ist der Preisstand vom 1. Juni 2026 erstmals am 1. Juli 2028 und jeweils am 1. Juli der Folgejahre um den Betrag anzuheben, der sich aus der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland im Vergleich zum Vorjahr ergibt. Für Impfstoffe die erstmals nach dem 1. Juni 2026 in den Markt eingeführt werden und für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. Bei Neueinführungen eines Impfstoffes, für den Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht und für den der pharmazeutische Unternehmer bereits einen Impfstoff mit gleicher Zusammensetzung in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Mengeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Impf-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	stoff in Bezug auf die Packungsgröße am nächsten kommt. Satz 4 gilt entsprechend bei Änderungen zu den Angaben des pharmazeutischen Unternehmers oder zum Mitvertrieb durch einen anderen pharmazeutischen Unternehmer. Für importierte Impfstoffe, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht und die nach § 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 abgegeben werden, gilt abweichend von Satz 1 ein Abrechnungsbetrag von höchstens dem Betrag, der entsprechend den Vorgaben des § 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 niedriger ist als der Abgabepreis des Bezugsimpfstoffes einschließlich Mehrwertsteuer, unter Berücksichtigung von Abschlägen für den Bezugsimpfstoff aufgrund dieser Vorschrift. Abschläge nach Absatz 2 werden zusätzlich zu dem Abschlag nach den Sätzen 1 bis 6 erhoben. Für die Abrechnung des Abschlags nach den Sätzen 1 bis 6 gilt Absatz 1 Satz 3 bis 5 entsprechend. Absatz 4 findet Anwendung. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstmals bis zum 30. November 2026.“
	f) Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Das Bundesministerium für Gesundheit hat nach einer Überprüfung der Erforderlichkeit der Abschläge nach den Absätzen 1, 1a, 1b, 3a, 3e und 3f nach Maßgabe oder in entsprechender Anwendung des Artikels 4 der Richtlinie 89/105/EWG in der Fassung vom 21. Dezember 1988 die Abschläge durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates aufzuheben oder zu verringern, wenn und soweit diese nach der gesamtwirtschaftlichen Lage, einschließlich ihrer Auswirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung, nicht mehr gerechtfertigt sind. Über Anträge pharmazeutischer Unternehmer nach Artikel 4 der in Satz 1 genannten Richtlinie auf Ausnahme von den nach den Absätzen 1, 1a, 1b, 3a, 3e und 3f vorgesehenen Abschlägen entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	g) In Absatz 5 wird die Angabe „3a und 3b“ durch die Angabe „3a, 3b, 3e und 3f“ ersetzt.
	h) In Absatz 9 Satz 2 wird die Angabe „1, 1a, 1b und 3a“ durch die Angabe „1, 1a, 1b, 3a und 3f“ ersetzt.
e) Absatz 8 Satz 6 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	entfällt
„Eine Vereinbarung nach Satz 1 berührt die Abschlüsse nach den Absätzen 1b, 3a und 3b nicht; Abschlüsse nach den Absätzen 1, 1a und 2 können abgelöst werden, sofern dies ausdrücklich vereinbart ist.“	
49. § 130b wird wie folgt geändert:	49. § 130b wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1a wird durch den folgenden Absatz 1a ersetzt:	a) Absatz 1a wird durch den folgenden Absatz 1a ersetzt:
„(1a) Bei einer Vereinbarung nach Absatz 1 müssen mengenbezogene Aspekte, wie eine mengenbezogene Staffelung oder ein jährliches Gesamtvolumen, vereinbart und das Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels unter Beachtung seines Stellenwerts in der Versorgung berücksichtigt werden (Preis-Mengen-Regelung). Dies kann eine Begrenzung des packungsbezogenen Erstattungsbetrags erforderlich machen. Kommt eine Preis-Mengen-Regelung nach Satz 1 nicht zustande, gilt eine Anpassung des Erstattungsbetrags nach Maßgabe der Sätze 5 bis 11 als vereinbart; Absatz 4 Satz 1 ist insoweit nicht anzuwenden. Die Anpassung erfolgt jedes Jahr zum 1. Juni, erstmals zum 1. Juni des dritten Kalenderjahres nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Zur Anpassung wird der vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag um einen Rabattsatz reduziert. Der Rabattsatz in Prozent ist die Summe aus	„(1a) Bei einer Vereinbarung nach Absatz 1 müssen mengenbezogene Aspekte, wie eine mengenbezogene Staffelung oder ein jährliches Gesamtvolumen, vereinbart und das Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels unter Beachtung seines Stellenwerts in der Versorgung berücksichtigt werden (Preis-Mengen-Regelung). Gegenstand einer Preis-Mengen-Regelung kann insbesondere eine Begrenzung des packungsbezogenen Erstattungsbetrags sein. Wird in einer Vereinbarung nach Absatz 1 keine Preis-Mengen-Regelung vereinbart, gilt vorbehaltlich der nachträglichen Vereinbarung einer solchen eine Anpassung des Erstattungsbetrags nach Maßgabe der Sätze 5 bis 16 als vereinbart. Die Schiedsstelle nach Absatz 5 darf eine abweichende Preis-Mengen-Regelung nur mit Zustimmung der Vertragsparteien festsetzen. Der Erstattungsbetrag ist jährlich, erstmalig ab dem vierten Jahr nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff, anzupassen. Zur Anpassung wird der vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag um einen Rabattsatz geändert. Der Rabattsatz in Prozent ist die Summe aus
1. dem Produkt von 1,7 Prozent und dem Quotienten aus	1. dem Produkt von 1,7 Prozent und dem Quotienten aus
a) der Differenz zwischen dem Gesamtausgabenvolumen des Arz-	a) der Differenz zwischen dem Gesamtausgabenvolumen des Arz-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
neimittels <i>des vorangegangenen Kalenderjahres</i> und dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels <i>des Referenzjahres</i> und	neimittels im Vorjahreszeitraum und dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels im Referenzjahreszeitraum und
b) dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels <i>des vorangegangenen Kalenderjahres</i> und	b) dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels im Vorjahreszeitraum und
2. dem Quotienten aus dem Gesamtausgabenvolumen des <i>vorangegangenen Kalenderjahres</i> und 100 Millionen Euro, <i>abgerundet auf die nächstniedrigere ganze Zahl und multipliziert mit 1 Prozent.</i>	2. dem Produkt von 1,5 Prozent und dem auf die nächstniedrigere ganze Zahl abgerundeten Quotienten aus dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels im Vorjahreszeitraum und 100 Millionen Euro.
Ist die Summe negativ, wird der vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag nicht <i>reduziert. Das Referenzjahr</i> nach Satz 7 Nummer 1 Buchstabe a ist <i>das erste Kalenderjahr</i> nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Das Gesamtausgabenvolumen eines <i>Kalenderjahres</i> ist die Summe der Produkte der jeweiligen Anzahl der von Apotheken zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Bezugsgrößen des Arzneimittels und dem jeweils geltenden Erstattungsbetrag pro Bezugsgröße. <i>Zur Ermittlung des Gesamtausgabenvolumens und zur Ermittlung der Höhe des Rabattsatzes stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die im vorangegangenen Kalenderjahr</i> abgerechneten Bezugsgrößen anhand der Daten nach § 84 Absatz 5 fest und stellt dem pharmazeutischen Unternehmer <i>diese Bezugsgrößen monatsbezogen sowie die Höhe des Rabattsatzes jedes Jahr</i> bis zum 30. April, erstmals bis zum 30. April des zweiten Kalenderjahres nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff zur Verfügung. <i>Das Nähere zur Abwicklung von Vereinbarungen nach Satz 1, auch in Verbindung mit Satz 4, im Verhältnis zu den Krankenkassen insbesondere im Hinblick auf deren Mitwirkungspflichten, regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Satzung.</i> “	Ist die Summe negativ, wird der vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag nicht geändert. Der Vorjahreszeitraum nach Satz 7 ist jeweils der Zwölf-Monats-Zeitraum, der mit dem achtzehnten Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt für die Anpassung des Erstattungsbetrags beginnt und mit dem siebten Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt für die Anpassung des Erstattungsbetrags endet, erstmals der neunzehnte bis dreißigste Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Der Referenzjahreszeitraum nach Satz 7 Nummer 1 Buchstabe a ist der siebte bis achtzehnte Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Das Gesamtausgabenvolumen eines Jahreszeitraums ist die Summe der Produkte der jeweiligen Anzahl der von Apotheken zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Bezugsgrößen des Arzneimittels und dem jeweils geltenden Erstattungsbetrag pro Bezugsgröße. Das in den Sätzen 7 und 11 genannte Arzneimittel umfasst auch importierte Arzneimittel, die nach § 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 abgegeben werden; dem Arzneimittel gleichgestellt sind alle Arzneimittel mit dem gleichen neuen Wirkstoff, für die nach Absatz 3a Satz 1 der nach Absatz 1 vereinbarte Erstattungsbetrag gilt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt jährlich die Anzahl der im Vorjahreszeitraum und der im Referenzjahreszeitraum abgerechneten Bezugsgrößen des Arzneimittels anhand der Daten nach § 84 Absatz 5 fest, ermittelt das Gesamtausga-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	benvolumen des Arzneimittels im Vorjahreszeitraum und im Referenzjahreszeitraum und berechnet die Höhe des Rabattsatzes. Führt der berechnete Rabattsatz zu einer Änderung des vereinbarten oder festgesetzten Erstattungsbetrags, stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem pharmazeutischen Unternehmer die Höhe des Rabattsatzes einschließlich der festgestellten Bezugsgrößen und der ermittelten Gesamtausgabenvolumina jährlich bis zum Ablauf des zweiten Monats vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt für die Anpassung des Erstattungsbetrags, erstmals bis zum Ablauf des fünfunddreißigsten Monats nach dem erstmaligen Inverkehrbringen des Arzneimittels mit dem Wirkstoff, zur Verfügung. Der nach Satz 3 anzupassende Erstattungsbetrag gilt erstmals ab dem spätesten der folgenden Zeitpunkte:
	1. ab dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 8 Absatz 1 dieses Gesetzes],
	2. ab dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt für die erstmalige Anpassung des Erstattungsbetrags,
	3. in den in Absatz 3a Satz 2, 3, 4, 5, 6 oder 8 genannten Fällen ab dem dort jeweils genannten Zeitpunkt,
	4. im Fall einer neuen Vereinbarung nach Absatz 1 aufgrund der Kündigung einer Vereinbarung nach Absatz 1 oder eines Schiedsspruchs nach Absatz 4 ab dem Wirksamwerden der neuen Vereinbarung, jedoch spätestens ab dem siebten Monat nach dem Wirksamwerden der Kündigung.
	Gilt die Anpassung des Erstattungsbetrags nach Satz 3 erst nach Ablauf der in Satz 14 genannten, für den nach Satz 15 erstmals geltenden anzupassenden Erstattungsbetrag maßgeblichen Frist als vereinbart, stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die in Satz 14 genannten Informationen dem pharmazeutischen Unternehmer unverzüglich nach dem Zustandekommen der Vereinbarung nach

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Absatz 1 oder der Festsetzung nach Absatz 4 zur Verfügung. Das Nähere zur Umsetzung von Preis-Mengen-Regelungen im Verhältnis zu den Krankenkassen insbesondere im Hinblick auf deren Mitwirkungspflichten regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Satzung.“
b) Absatz 2 wird gestrichen.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	c) u n v e r ä n d e r t
aa) Die Sätze 2 bis 6 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Für ein Arzneimittel, das nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 35a Absatz 3 Satz 1 keinen Zusatznutzen hat und keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden kann, soll ein Erstattungsbetrag vereinbart werden, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führt als die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte zweckmäßige Vergleichstherapie. Für ein Arzneimittel, für das ein Zusatznutzen nach § 35a Absatz 1 Satz 5 als nicht belegt gilt, ist ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren, der zu in angemessenem Umfang geringeren Jahrestherapiekosten führt als die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte zweckmäßige Vergleichstherapie. Sind durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mehrere Alternativen für die zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmt, ist für die Anwendung der Sätze 2 und 3 auf die zweckmäßige Vergleichstherapie abzustellen, die nach den Jahrestherapiekosten die wirtschaftlichste Alternative darstellt.“	
bb) Im neuen Satz 8 wird die Angabe „Sätze 8 und 9“ durch die Angabe „Sätze 6 und 7“ ersetzt.	
cc) Die neuen Sätze 9 bis 13 werden gestrichen.	
d) Absatz 3a <i>Satz 1</i> wird <i>durch den folgenden Satz ersetzt:</i>	d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Der nach Absatz 1 vereinbarte Erstattungsbetrag gilt für alle Arzneimittel mit dem gleichen neuen Wirkstoff, die ab dem 1. Januar 2011 in Verkehr gebracht worden sind.“	u n v e r ä n d e r t
	bb) In Satz 9 wird die Angabe „des Satzes 2, 3, 4, 5, 6 oder des Satzes 8“ durch die Angabe „des Absatzes 1a Satz 15 oder des Absatzes 3a Satz 2, 3, 4, 5, 6 oder Satz 8“ ersetzt.
	e) In Absatz 4 Satz 3 wird nach der Angabe „in“ die Angabe „Absatz 1a Satz 15 oder“ eingefügt.
	f) In Absatz 4a Satz 1 wird nach der Angabe „Erstattungsbetrags“ die Angabe „nach Absatz 1a Satz 15,“ eingefügt.
e) Absatz 7a Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	g) Absatz 7a Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Für Arzneimittel, für die <i>zwischen dem 12. November 2022 und dem</i> ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] ein Erstattungsbetrag nach Absatz 1 vereinbart oder nach Absatz 4 festgesetzt wurde, kann die Vereinbarung oder der Schiedsspruch von jeder Vertragspartei bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] gekündigt werden, auch wenn sich das Arzneimittel im Geltungsbereich dieses Gesetzes nicht im Verkehr befindet.“	„Für Arzneimittel, für die bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] ein Erstattungsbetrag nach Absatz 1 vereinbart oder nach Absatz 4 festgesetzt wurde, kann die Vereinbarung oder der Schiedsspruch von jeder Vertragspartei bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] gekündigt werden, auch wenn sich das Arzneimittel im Geltungsbereich dieses Gesetzes nicht im Verkehr befindet.“
50. § 130e wird durch den folgenden § 130e ersetzt:	50. § 130e wird durch den folgenden § 130e ersetzt:
„§ 130e	„§ 130e
Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung	Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung
(1) Krankenkassen oder ihre Verbände können Gruppen von Arzneimitteln mit patentgeschützten Wirkstoffen <i>mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung</i> in einem Therapiegebiet <i>festlegen</i> und Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 oder § 130c <i>mit pharmazeutischen Unternehmen</i> für Arzneimittel der Gruppe vereinbaren; die Vereinbarungen können exklusiv und wirkstoffübergreifend ausgeschrieben werden. Vertragsärzte haben <i>rabattierte Arzneimittel der Gruppe</i> zu ver-	(1) Krankenkassen oder ihre Verbände können Gruppen von Arzneimitteln mit patentgeschützten Wirkstoffen festlegen, die in einem Therapiegebiet eine therapeutisch vergleichbare Wirkung haben, und mit pharmazeutischen Unternehmen Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 oder § 130c für Arzneimittel einer Gruppe vereinbaren. Die Vereinbarungen können exklusiv und wirkstoffübergreifend ausgeschrieben werden. Vertragsärzte haben aus einer fest-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ordnen, es sei denn, im Einzelfall sprechen medizinische Gründe dagegen.	gelegten Gruppe von Arzneimitteln die Arzneimittel zu verordnen, für die Rabattverträge vereinbart wurden , es sei denn, im Einzelfall sprechen medizinische Gründe dagegen.
(2) Verordnungen <i>rabattierter Arzneimittel</i> einer Gruppe nach Absatz 1 sind von der Prüfungsstelle als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 106 bis 106c zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten anzuerkennen. Verordnungen nicht rabattierter Arzneimittel einer Gruppe nach Absatz 1, die <i>rabattierte</i> Arzneimittel enthält, <i>können</i> von Maßnahmen nach den § 106 bis 106c <i>ausgenommen werden</i> , wenn eine nach § 106b Absatz 1 Satz 5 vereinbarte Verordnungsquote der <i>Arzneimittel</i> , für die Rabattverträge nach Absatz 1 Satz 1 <i>abgeschlossen werden können, für die jeweilige Gruppe</i> erreicht wurde. Das Nähere, auch zur Anerkennung der Verordnung nicht rabattierter Arzneimittel <i>aus medizinischen Gründen im Einzelfall</i> als wirtschaftlich, <i>regeln</i> die Vertragspartner <i>nach § 106</i> .	(2) Verordnungen von Arzneimitteln aus einer nach Absatz 1 Satz 1 festgelegten Gruppe, für die Rabattverträge nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart wurden , sind von der Prüfungsstelle als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 106 bis 106c zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten anzuerkennen. Die in § 106b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner können vereinbaren, dass Verordnungen nicht rabattierter Arzneimittel aus einer nach Absatz 1 Satz 1 festgelegten Gruppe, die auch Arzneimittel enthält, für die Rabattverträge nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart wurden , von Maßnahmen nach den §§ 106 bis 106c auszunehmen sind , wenn eine nach § 106b Absatz 1 Satz 5 vereinbarte Verordnungsquote für solche Arzneimittel der Gruppe, für die Rabattverträge nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart wurden , erreicht wurde. Das Nähere, auch zur Anerkennung der im Einzelfall aus medizinischen Gründen erfolgenden Verordnung nicht rabattierter Arzneimittel als wirtschaftlich, vereinbaren die in § 106b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner .
(3) Bis zum 31. Dezember 2030 sind die Festlegungen und der Abschluss von Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 nur innerhalb folgender Wirkstoffgruppen zulässig:	(3) Bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 sind Festlegungen von Gruppen und Vereinbarungen von Rabattverträgen nach Absatz 1 Satz 1 nur innerhalb folgender Wirkstoffgruppen zulässig:
1. Janus-assoziierte Kinase (JAK)-Inhibitoren,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Antagonisten,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Poly-ADP-Ribose-Polymerase (PARP)-Inhibitoren,	3. u n v e r ä n d e r t
4. Proproteinkonvertase Subtilisin/Kexin Typ 9 (PCSK9)-Inhibitoren und	4. u n v e r ä n d e r t
5. Programmed Cell Death-1-Rezeptor/Programmed Cell Death-ligand-1 (PD-1/PD-L1)-Inhibitoren.	5. u n v e r ä n d e r t
(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Juli 2030 einen Bericht über die Auswirkungen des § 130e auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie die Aus-	(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Juli 2030 einen Bericht über die Auswirkungen des § 130e auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit sowie die

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
wirkungen auf die <i>Arzneimittelausgaben</i> vorzulegen.“	Auswirkungen auf die Ausgaben für Arzneimittel vorzulegen.“
51. § 132 Absatz 1 <i>Satz 2 und 3</i> wird durch <i>die</i> folgenden <i>Sätze</i> ersetzt:	51. § 132 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:
„Bei der <i>Vertragsvereinbarung</i> nach <i>Satz 1</i> stellt die <i>durchschnittliche</i> Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die <i>Obergrenze</i> für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.“	„(1) Über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Einrichtungen oder Unternehmen darf bis ... [einsetzen: Datum des Tages und Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie Jahreszahl des zweiten auf die Verkündung folgenden Jahres] abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 nicht übersteigt. Satz 3 gilt auch für entsprechende Vergütungssteigerungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Vertrag schließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von Haushaltshilfe auch geeignete Personen anstellen. § 111 Absatz 5 Satz 9 gilt entsprechend.“
52. § 132a Absatz 4 wird <i>wie folgt</i> geändert:	52. § 132a Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:
a) <i>Die Sätze 7 und 8 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:</i>	entfällt
„Bei der <i>Vertragsvereinbarung</i> nach <i>Satz 1</i> stellt die <i>durchschnittliche</i> Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die <i>Obergrenze</i> für Ver-	„(4) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schlie-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gütungssteigerungen <i>dar.</i> § 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.“	ßen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Verträge dürfen nur mit zuverlässigen Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Leistungserbringer darf bis ... [einsetzen: Datum des Tages und des Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie der Jahreszahl des zweiten auf die Verkündung folgenden Jahres] abweichend von Satz 7 die Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 nicht übersteigt. Satz 8 gilt auch für entsprechende Vergütungssteigerungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt; Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson durch das Bundesamt für Soziale Sicherung haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt oder die von der Schiedsperson festgelegten einzelnen Bestimmungen des Vertrages gilt oder

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	gelten bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Soweit bei einer Prüfung nach § 275b Absatz 1 Satz 1 bis 3 Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen. § 111 Absatz 5 Satz 9 gilt entsprechend.“
b) Die Sätze 9 und 10 werden gestrichen.	entfällt
53. § 132l Absatz 5 wird wie folgt geändert:	53. § 132l Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:
a) Die Sätze 2 und 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:	entfällt
„Bei der Vertragsvereinbarung nach Satz 1 stellt die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.“	„(5) Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit zuverlässigen Leistungserbringern, die
	1. eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen,
	2. Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen,
	3. Leistungen nach § 103 Absatz 1 des Neunten Buches in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches erbringen oder
	4. außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten erbringen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Leistungserbringer darf bis ... [einsetzen: Datum des Tages und Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie Jahreszahl des zweiten auf die Verkündung folgenden Jahres] abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 nicht übersteigt. Satz 3 gilt auch für entsprechende Vergütungssteigerungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Soweit bei einer Prüfung nach § 275b Absatz 1 Satz 1 bis 3 Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Verträge nach § 132a Absatz 4 gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach Satz 1 abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1. § 111 Absatz 5 Satz 9 gilt entsprechend.“
b) Die Sätze 4 und 5 werden gestrichen.	entfällt
54. § 133 wird durch den folgenden § 133 ersetzt:	54. § 133 wird durch den folgenden § 133 ersetzt:
„§ 133	„§ 133
Versorgung mit Krankentransportleistungen	Versorgung mit Krankentransportleistungen
(1) Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und	(1) Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen <i>unter Geltung des § 71 Absatz 1 bis 3 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen</i>. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Vergütungen vor, gilt <i>auch</i> bei dieser Festlegung § 71 Absatz 1 bis 3 entsprechend. <i>Sie haben dabei die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung zu berücksichtigen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.</i>	anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen; § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Vergütungen vor, gilt bei dieser Festlegung § 71 Absatz 1 bis 3 entsprechend. Die in Satz 1 genannten Vertragspartner haben die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung zu berücksichtigen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.
(2) Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, müssen die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge <i>an die Versicherten</i> in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken, wenn	(2) Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, müssen die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken, wenn
1. vor der Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden <i>unter vollständiger Vorlage der Entgeltkalkulation</i> keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde,	1. vor der Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden die Entgeltkalkulation nicht vollständig vorgelegt und ihnen keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde,
2. bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt sind,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist oder	3. u n v e r ä n d e r t
4. die Entgeltbemessung § 71 Absatz 1 bis 3 <i>in entsprechender Anwendung</i> nicht einhält.	4. die Entgeltbemessung § 71 Absatz 1 bis 3 entsprechende Vorgaben nicht einhält.
(3) Absatz 1 gilt auch für Fahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) § 127 Absatz 9 gilt entsprechend.“	(4) u n v e r ä n d e r t
55. § 134 wird wie folgt geändert:	55. § 134 wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 1 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:	a) Nach Absatz 1 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„In der Vereinbarung ist ab dem 1. Januar 2027 ein an der Abgabemenge der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung orientierter mengenbezogener Abschlag <i>der Vergütungsbeträge</i> festzulegen. Der Abschlag <i>der Vergütungsbeträge</i> beträgt mindestens zwei Prozent bei mehr als dreitausend Abgaben im Jahr und mindestens dreißig Prozent bei mehr als hunderttausend Abgaben im Jahr.“	„In der Vereinbarung ist ab dem 1. Januar 2027 ein an der Abgabemenge der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung orientierter mengenbezogener Abschlag von den Vergütungsbeträgen festzulegen. Der Abschlag von den Vergütungsbeträgen beträgt mindestens zwei Prozent bei mehr als dreitausend Abgaben der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung im Jahr und mindestens dreißig Prozent bei mehr als hunderttausend Abgaben der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung im Jahr.“
b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	aa) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 muss auch Folgendes festgelegt werden:	„In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 muss auch Folgendes festgelegt werden:
1. Schwellenwerte für Vergütungsbeträge, unterhalb derer eine dauerhafte Vergütung ohne Vereinbarung nach Absatz 1 erfolgt, und	1. u n v e r ä n d e r t
2. Höchstbeträge für die vorübergehende Vergütung nach Satz 1 für Gruppen vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen, auch in Abhängigkeit vom Umfang der Leistungsinanspruchnahme durch Versicherte.“	2. Höchstbeträge für die vorübergehende Vergütung nach Satz 1 für Gruppen vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen zugeordnete digitale Gesundheitsanwendungen , auch in Abhängigkeit vom Umfang der Leistungsinanspruchnahme durch Versicherte.“
bb) Die Sätze 6 und 7 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:	bb) Die Sätze 6 und 7 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:
„In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 ist auch ein Höchstbetrag für solche digitalen Gesundheitsanwendungen festzulegen, die keiner Gruppe vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen zugeordnet werden. <i>Der</i> Höchstbetrag nach Satz 6 ist <i>als</i> Mittelwert der nach <i>Abgaben gewichteten Höchstbeträge</i> nach Satz 3 Nummer 2 festzulegen. Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“	„In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 ist auch ein Höchstbetrag für die vorübergehende Vergütung nach Satz 1 für solche digitalen Gesundheitsanwendungen festzulegen, die keiner Gruppe vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen zugeordnet werden. Als Höchstbetrag nach Satz 6 ist der Mittelwert der nach dem Umfang der Leistungsinanspruchnahme durch Versicherte nach Satz 3 Nummer 2 gewichteten Höchstbeträge festzulegen. Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
56. § 134a Absatz 1 wird wie folgt geändert:	56. § 134a Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 2 wird die Angabe „, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität“ gestrichen.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:	b) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:
„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt <i>entsprechend</i> .“	„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“
	56a. Nach § 135e Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:
	„Die Qualitätskriterien nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe c) haben sich insbesondere auf das ärztliche Personal und das Pflegepersonal zu beziehen.“
	56b. § 137e Absatz 7 Satz 6 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Abweichend von Absatz 5 Satz 2 hat der Antragsteller eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung zu beauftragen, es sei denn, er nimmt seinen Antrag zurück oder der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt eine Beauftragung nach Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6.“
	56c. § 137h wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:
	„(1) Wird hinsichtlich einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, die nicht allein maßgeblich auf der Gabe eines Arzneimittels beruht, erstmalig eine Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 4 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung gestellt, hat das anfragende Krankenhaus dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode zu übermitteln. Sofern die technische Anwendung der Methode maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, hat die Informationsübermittlung im Einvernehmen mit dem Hersteller des Medizinprodukts zu erfolgen; die zu übermittelnden Informationen umfassen insbesondere auch die Daten zum klinischen Nutzen des Medizinprodukts und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinpro-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	dukt. Nur wenn die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, erfolgt eine Bewertung nach Satz 5. Vor der Bewertung gibt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Informationen im Wege einer öffentlichen Bekanntmachung im Internet allen Krankenhäusern, die eine Erbringung der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode vorsehen, sowie weiteren betroffenen Medizinprodukteherstellern in der Regel einen Monat Gelegenheit, weitere Informationen im Sinne von Satz 1 an ihn zu übermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss nimmt auf Grundlage der übermittelten Informationen innerhalb von drei Monaten eine Bewertung vor, ob
	1. der Nutzen der Methode als hinreichend belegt anzusehen ist,
	2. der Nutzen der Methode zwar als noch nicht hinreichend belegt anzusehen ist, aber die Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, oder
	3. die Methode kein Potential für eine erforderliche Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie als schädlich oder unwirksam anzusehen ist.
	Für den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 5 gilt § 94 Absatz 2 Satz 1 entsprechend. Das Nähere zum Verfahren ist erstmals bis zum [einfügen: letzter Tag des dritten auf die Verkündung folgenden Monats] in der Verfahrensordnung zu regeln. Satz 1 ist erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verfahrensordnung anzuwenden.“
	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird gestrichen.
	bb) In dem neuen Satz 1 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 2“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.
	cc) In dem neuen Satz 2 wird die Angabe „in den Sätzen 1 und 2“ durch die Angabe „in Satz 1“ ersetzt und die

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Angabe „erstmals bis zum 31. Dezember 2015“ gestrichen.
	c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 4 Nummer 1“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 5 Nummer 1“ ersetzt.
	d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 5 Nummer 2 beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 5 erforderliche Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung nach den §§ 136 bis 136b und entscheidet innerhalb von sechs Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 5 über eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e.“
	bb) In Satz 2 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 5“ ersetzt.
	cc) Die Sätze 5 bis 11 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Ein Entgelt nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung darf für eine neue Methode, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Vorliegen des Potentials einer erforderlichen Behandlungsalternative nach Absatz 1 Satz 5 Nummer 2 festgestellt hat, nur vereinbart werden für
	1. Hochschulkliniken und
	2. weitere Krankenhäuser, die die nach Satz 1 zu beschließenden Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung erfüllen.
	Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere zum Nachweis der Erfüllung dieser Anforderungen in seinen Richtlinien oder Beschlüssen nach §§ 136 bis 136b.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	e) In Absatz 5 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 4 Nummer 2“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 5 Nummer 3“ ersetzt.
	56d. § 137i Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:
	„(5) Hält ein Krankenhaus die in einer Vereinbarung nach Absatz 1 oder in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht ein, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 9 oder Absatz 3 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bestimmter Ausnahmestand vorliegt oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 9 oder Absatz 3 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bestimmten Übergangsregelung erfüllt sind, haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ab dem 1. April 2019 entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10 Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zu vereinbaren. Verringerungen der Fallzahl sind mindestens in dem Umfang zu vereinbaren, der erforderlich ist, um die Unterschreitung der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze auszugleichen. Vergütungsabschläge sind in einer Höhe zu vereinbaren, die in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Nichteinhaltung der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze steht. Die in Satz 1 genannten Sanktionen können durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen ausgesetzt werden. Sanktionen sind so auszugestalten, dass ein regelmäßiges Unterschreiten der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen ausgeschlossen wird. Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes haben die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 10 über Sanktionen nach Absatz 4a und 5 dahingehend zu überprüfen und anzupassen.“
	56e. Die §§ 137k bis 137n werden durch den folgenden § 137k ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„§ 137k
	Personalausstattung im Krankenhaus
	Die zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 108 sind verpflichtet, eine bedarfsgerechte Personalausstattung in Bereichen der unmittelbaren Patientenversorgung im Krankenhaus sicherzustellen. Sie haben die zu diesem Zweck erforderlichen Maßnahmen zu treffen.“
57. § 140a Absatz 2 wird wie folgt geändert:	57. § 140a Absatz 2 wird wie folgt geändert:
a) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:	a) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:
„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt <i>entsprechend</i> .“	„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“
b) Der neue Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	b) u n v e r ä n d e r t
„Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die nach § 11 Absatz 6 in Satzungen der Krankenkassen vorsehbaren Leistungen, Leistungen nach den §§ 20i, 25, 26, 27b, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen.“	
58. § 175 wird wie folgt geändert:	58. § 175 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 3a Satz 6 wird die Angabe „der geschlossenen Krankenkasse“ durch die Angabe „die geschlossene Krankenkasse“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 4 Satz 7 wird <i>durch den folgenden Satz ersetzt</i> :	b) Absatz 4 Satz 7 und 8 wird gestrichen.
„Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben oder durch ein entsprechend § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches bekanntgegebenes elektronisches Dokument auf das Kündigungsrecht nach Satz 6 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragsätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erho-	entfällt

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>bene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.“</i>	
c) Absatz 4a wird gestrichen.	c) u n v e r ä n d e r t
59. § 217b Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:	59. § 217b Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:
„(2) Bei dem Spitzenverband der Krankenkassen wird ein Vorstand gebildet. Der Vorstand besteht aus höchstens drei Personen; besteht der Vorstand aus mehreren Personen, müssen ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören. Der Vorstand sowie aus seiner Mitte die oder der Vorstandsvorsitzende und deren oder dessen Stellvertreterin oder Stellvertreter werden von dem Verwaltungsrat gewählt. Der Vorstand verwaltet den Spitzenverband und vertritt den Spitzenverband gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für den Spitzenverband maßgebendes Recht nichts Abweichendes <i>bestimmen</i> . Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. § 35a Absatz 1 bis 3 und 6 bis 7 des Vierten Buches gilt entsprechend.“	„(2) Bei dem Spitzenverband der Krankenkassen wird ein Vorstand gebildet. Der Vorstand besteht aus höchstens drei Personen; besteht der Vorstand aus mehreren Personen, müssen ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören. Der Vorstand sowie aus seiner Mitte die oder der Vorstandsvorsitzende und deren oder dessen Stellvertreterin oder Stellvertreter werden von dem Verwaltungsrat gewählt. Der Vorstand verwaltet den Spitzenverband und vertritt den Spitzenverband gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für den Spitzenverband maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmt . Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. § 35a Absatz 1 bis 3 und 6 bis 7 des Vierten Buches gilt entsprechend.“
60. § 221 wird wie folgt geändert:	60. § 221 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:	a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:
„(1) Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Milliarden Euro in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. Abweichend von Satz 1 beträgt der Zuschuss des Bundes ab dem Jahr 2027 jährlich 12,5 Milliarden Euro.“	„(1) Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Milliarden Euro in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. Abweichend von Satz 1 beträgt der Zuschuss des Bundes im Jahr 2027 13,15 Milliarden Euro und ab dem Jahr 2028 jährlich 12,95 Milliarden Euro.“
b) Nach Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:	b) Nach Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:
„(4) Die dem Gesundheitsfonds <i>mit</i> § 12 Absatz 4 Satz 1 des Haushaltsgesetzes 2023, § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2025 und § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2026 gewährten zinslosen Darlehen in Höhe von insgesamt 5,6 Milliarden Euro sind abweichend von § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2025 und § 13 Absatz 4	„(4) Die dem Gesundheitsfonds nach § 12 Absatz 4 Satz 1 des Haushaltsgesetzes 2023, § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2025 und § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2026 gewährten zinslosen Darlehen in Höhe von insgesamt 5,6 Milliarden Euro sind abweichend von § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2025 und § 13 Absatz 4 und 5 des

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
und 5 des Haushaltsgesetzes 2026 in jährlichen Raten wie folgt zurückzuzahlen:	Haushaltsgesetzes 2026 in jährlichen Raten wie folgt zurückzuzahlen:
1. 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2035,	1. u n v e r ä n d e r t
2. 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2036,	2. u n v e r ä n d e r t
3. 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2037,	3. u n v e r ä n d e r t
4. 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2038 und	4. u n v e r ä n d e r t
5. 1,6 Milliarden Euro bis spätestens 31. Dezember 2039.“	5. u n v e r ä n d e r t
61. § 223 Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:	61. § 223 Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:
„(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Beitragsbemessungsgrenze nach Absatz 4 für den Kalendertag zu berücksichtigen. Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.	„(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 entspricht der um 3 600 Euro erhöhten Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 im Jahr 2027. <i>Sie verändert sich in den folgenden Jahren entsprechend der Regelung in § 6 Absatz 6 Satz 2 und 3.</i> Die Bundesregierung setzt die Beitragsbemessungsgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches fest.“	(4) Die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 entspricht der um 3 600 Euro erhöhten Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 im Jahr 2027. § 6 Absatz 6 Satz 2 und 4 gilt entsprechend. Die Bundesregierung setzt die Beitragsbemessungsgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches gesondert fest.“
62. § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:	62. § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:
„2. bei Personen, die Grundsicherungsgeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, für das Jahr 2027 das 0,2234-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2028 das 0,2312-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2029 das 0,2464-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2030 das 0,2618-fache der monatlichen Bezugsgröße und ab dem Jahr 2031 das 0,2766-fache der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.“	„2. bei Personen, die Grundsicherungsgeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, für das Jahr 2027 das 0,2472-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2028 das 0,2546-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2029 das 0,2697-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2030 das 0,2849-fache der monatlichen Bezugsgröße und ab dem Jahr 2031 das 0,2995-fache der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	62a In § 234 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „gelegt.“ durch die Angabe „; dies gilt nicht für Kalendertage, für die Anspruch auf teilweises Krankengeld nach § 44 Absatz 1a besteht.“ ersetzt.
63. Nach § 242a wird der folgende § 242b eingefügt:	63. Nach § 242a wird der folgende § 242b eingefügt:
„§ 242b	„§ 242b
Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner	Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner
(1) Die Krankenkassen erheben von Mitgliedern <i>mit einem</i> nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartner einen Zuschlag auf den Beitragssatz in Höhe von 2,5 Prozentpunkten. Satz 1 gilt nicht, wenn	(1) Die Krankenkassen erheben von Mitgliedern für einen nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartner einen Zuschlag auf den jeweiligen Beitragssatz in Höhe von 2,5 Prozentpunkten. Satz 1 gilt nicht, wenn
1. das Mitglied oder der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind im Sinne des § 10 <i>hat</i> ,	1. das Mitglied oder der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind hat, das im Haushalt des nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt und
a) das <i>das siebte</i> Lebensjahr noch nicht vollendet hat <i>und im Haushalt des nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt oder</i>	a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
b) <i>das</i> als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, <i>und im Haushalt des nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt, oder</i>	b) als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, oder
2. der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner	2. der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner
a) nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in <i>seiner häuslichen</i> Umgebung pflegt <i>oder eine Freistellung von der Arbeitsleistung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nimmt,</i>	a) nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in dessen häuslicher Umgebung pflegt,
	b) eine Freistellung von der Arbeitsleistung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nimmt,
b) die Regelaltersgrenze nach den §§ 35 oder 235 des Sechsten Buches erreicht hat <i>oder</i>	c) die Regelaltersgrenze nach den §§ 35 oder 235 des Sechsten Buches erreicht hat,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	d) mindestens Pflegegrad 3 hat, einen festgestellten Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung nach § 43 Absatz 2 Satz 1 des Sechsten Buches hat oder als nicht erwerbsfähiger Leistungsberechtigter, der mit dem erwerbsfähigen Mitglied in einer Bedarfsgemeinschaft lebt, Grundsicherungsgeld nach § 19 Absatz 1 Satz 2 des Zweiten Buches erhält oder
c) <i>im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 des Sechsten Buches voll erwerbsgemindert ist.</i>	e) einen nach den Maßstäben des § 152 in Verbindung mit § 153 Absatz 2 des Neunten Buches festgestellten Grad der Behinderung oder einen nach den Maßstäben des § 5 des Vierzehnten Buches festgestellten Grad der Schädigungsfolgen von mindestens 60 oder eine nach den Maßstäben des § 56 Absatz 2 des Siebten Buches festgestellte Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent hat.
Die Krankenkassen berücksichtigen die Ausnahmen nach Satz 2 auch ohne Nachweis des Mitglieds, wenn ihnen deren Vorliegen bekannt ist.	Als Kind im Sinne des Satzes 2 Nummer 1 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die der Ehegatte oder der Lebenspartner in seinen Haushalt aufgenommen hat, sowie Pflegekinder nach § 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches. Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Mitglieds, des Ehegatten oder des Lebenspartners aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Mitglieds, Ehegatten oder Lebenspartners und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Die Krankenkassen berücksichtigen die Ausnahmen nach Satz 2 auch ohne Nachweis des Mitglieds, wenn ihnen deren Vorliegen bekannt ist. Der Zuschlag nach Satz 1 ist in den in Satz 2 genannten Fällen ab Beginn des Monats, in dem die jeweiligen Voraussetzungen eintreten, bis zum Ablauf des Monats, in dem die jeweiligen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, nicht zu erheben.
(2) Mitglieder tragen den <i>Beitragszuschlag</i> nach Absatz 1 allein. Der <i>Beitragszuschlag</i> ist von demjenigen zu zahlen, der die Beiträge zu zahlen hat. Wird der <i>Beitragszuschlag</i> von einem Dritten gezahlt, hat dieser einen Anspruch gegen das Mitglied auf den von dem Mitglied zu tragenden <i>Bei-</i>	(2) Mitglieder tragen den Zuschlag nach Absatz 1 allein. Der Zuschlag ist von demjenigen zu zahlen, der die Beiträge zu zahlen hat. Wird der Zuschlag von einem Dritten gezahlt, hat dieser einen Anspruch gegen das Mitglied auf den von dem Mitglied zu tragenden Zuschlag. Dieser An-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>tragszuschlag. Dieser Anspruch kann von dem Dritten durch Abzug von der an das Mitglied zu erbringenden Geldleistung geltend gemacht werden. Im Übrigen gelten die §§ 252 bis 254 und § 256 mit der Maßgabe, dass bei einem unterbliebenen Einbehalt des Beitragszuschlags aus laufenden Einnahmen der rückständige Betrag gleichmäßig über einen Zeitraum von zwölf Monaten verteilt einzubehalten und ein zum Ende der Mitgliedschaft verbleibender rückständiger Betrag mit dem letzten Abrechnungszeitraum vollständig einzubehalten ist. Mit Einverständnis des Mitglieds kann die Verteilung des Einbehalts des rückständigen Betrages über einen anderen Zeitraum als zwölf Monate erfolgen.</i>	spruch kann von dem Dritten durch Abzug von einer an das Mitglied zu erbringenden Geldleistung geltend gemacht werden. § 28g Satz 3 des Vierten Buches findet für den Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis einschließlich 31. Juli 2028 keine Anwendung auf einen unterbliebenen Abzug des Zuschlags nach Absatz 1 Satz 1. Ein Säumniszuschlag nach § 24 Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches ist nicht zu erheben, wenn nach Absatz 1 Satz 1 im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis einschließlich 31. Juli 2028 zu zahlende Zuschläge nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt werden.
(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Mitglieder, von denen die Versicherung eines Ehegatten, eines Lebenspartners oder eines Elternteils nach zwischen- oder überstaatlichem Recht abgeleitet wird.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Der Zuschlag nach Absatz 1 <i>fällt</i> bis einschließlich 30. Juni 2028 nicht auf Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 1 und auf Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Nummer 4 an.“	(4) Der Zuschlag nach Absatz 1 ist bis einschließlich 30. Juni 2028 nicht auf den Beitragsatz von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung im Sinne des § 228 Absatz 1 Satz 1 und von Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 zu erheben.
	(5) Die Krankenkassen stellen die Pflicht zur Zahlung des Zuschlages nach Absatz 1 fest und übermitteln den nach Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit den §§ 252, 253, 255 und 256 zur Zahlung des Zuschlags Verpflichteten die zur Durchführung des Einbehalts und zur Zahlung des Zuschlages erforderlichen Daten elektronisch.“
64. § 249b Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	64. § 249b Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Der Arbeitgeber einer Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches hat für Versicherte, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, auf das aus dieser Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt einen Beitrag <i>unter Anwendung</i> des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu tragen.“	„Der Arbeitgeber einer Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches hat für Versicherte, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, auf das aus dieser Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt einen Beitrag in Höhe des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu tragen.“
65. § 271 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:	65. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(5) Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2026 jährlich 100 Millionen Euro, jeweils abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, zugeführt.“	
	65a. § 275a Absatz 1 Satz 8 wird gestrichen.
66. § 275c Absatz 2 wird wie folgt geändert:	66. § 275c wird wie folgt geändert:
a) Satz 4 wird durch <i>den folgenden Satz</i> ersetzt:	a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „300 Euro“ durch die Angabe „500 Euro“ ersetzt.
	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Die quartalsbezogene Prüfquote nach Satz 2 wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt ab dem 1. Januar 2027	„Die quartalsbezogene Prüfquote nach Satz 2 wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt ab dem 1. Januar 2027
1. bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei 80 Prozent oder mehr liegt,	1. u n v e r ä n d e r t
2. bis zu 15 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 60 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt,	2. bis zu 20 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 65 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt,
3. bis zu 25 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von 60 Prozent liegt.“	3. bis zu 40 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von 65 Prozent liegt.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bb) In Satz 6 wird die Angabe „20 Prozent“ durch die Angabe „50 Prozent“ ersetzt.
<i>b) In Satz 6 wird die Angabe „20 Prozent“ durch die Angabe „40 Prozent“ ersetzt.</i>	c) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:
	„(3) Ab dem 1. Januar 2027 haben die Krankenhäuser bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 80 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt 500 Euro. In dem Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird kein Aufschlag erhoben. Die Geltendmachung des Aufschlags erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung; das Nähere vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Maßgeblich für die Zuordnung einer beanstandeten Abrechnung, die zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, zu einem Quartal ist die jeweilige leistungrechtliche Entscheidung der Krankenkasse.“
67. § 282 Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:	67. § 282 Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:
„(4) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet. Er führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes Bund, soweit nicht der Verwaltungsrat zuständig ist, und vertritt den Medizinischen Dienst Bund gerichtlich und außergerichtlich. In der Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 können die Aufgaben des Vorstandes näher konkretisiert werden. § 217b Absatz 2a, § 279 Absatz 7 Satz 4 und 5 <i>dieses Buches</i> sowie § 35a Absatz 1 bis 3, 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches gelten entsprechend.“	„(4) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet. Er führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes Bund, soweit nicht der Verwaltungsrat zuständig ist, und vertritt den Medizinischen Dienst Bund gerichtlich und außergerichtlich. In der Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 können die Aufgaben des Vorstandes näher konkretisiert werden. § 217b Absatz 2a, § 279 Absatz 7 Satz 4 und 5 sowie § 35a Absatz 1 bis 3, 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches gelten entsprechend.“
	67a. § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 16 wird durch die folgende Nummer 16 ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„16. die Auswahl von Versicherten für Maßnahmen nach § 44 Absatz 4 und nach § 39b sowie zu deren Durchführung,“.
68. § 295 wird wie folgt geändert:	68. § 295 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:
„1. die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten einschließlich der <i>Teilarbeitsunfähigkeit</i> nach § 44c,“.	„1. die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten einschließlich der Daten einer von ihnen nach § 44c Absatz 1 Satz 1 festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit ,“.
	bb) Satz 10 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Die Angaben nach Satz 1 Nummer 1 sind unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung des sicheren Übermittlungsverfahrens nach § 311 Absatz 6 über die Telematikinfrastruktur unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln; die notwendigen technischen und organisatorischen Anpassungen zur Erfassung und Übertragung der Daten zur Teilarbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind bis zum 1.7.2027 sicherzustellen. Satz 10 gilt nicht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind.“
b) In Absatz 4 Satz 5 wird die Angabe „§ 27b Absatz 3“ durch die Angabe „§27b Absatz 4“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
69. § 346 Absatz 3, 4 und 5 wird gestrichen.	69. § 346 Absatz 3 bis 5 wird gestrichen.
70. Die §§ 410 und 411 werden durch die folgenden §§ 410 und 411 ersetzt:	70. Die §§ 410 und 411 werden durch die folgenden §§ 410 und 411 ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 410	„§ 410
Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund	Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund
Abweichend von § 79 Absatz 6 Satz 1 <i>dieses Buches</i> in Verbindung mit § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches, § 91 Absatz 2 Satz 16, § 217b Absatz 2 Satz 6 <i>dieses Buches</i> in Verbindung mit § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches und § 282 Absatz 4 Satz 4 <i>dieses Buches</i> in Verbindung mit § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches kann bis zum 31. Dezember 2027 keine höhere Vergütung vereinbart werden.	Abweichend von § 79 Absatz 6 Satz 1 in Verbindung mit § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches, § 91 Absatz 2 Satz 16, § 217b Absatz 2 Satz 6 in Verbindung mit § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches und § 282 Absatz 4 Satz 4 in Verbindung mit § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches kann für Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, für die unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, für Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und für Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund bis zum 31. Dezember 2027 keine höhere Vergütung vereinbart werden.
§ 411	§ 411
<i>Übergangsregelung zur Vergütung von Führungskräften der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen</i>	Vergütung von Führungskräften der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen
<i>Vergütungserhöhungen sind</i> für außertariflich bezahlte Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab dem ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] nur alle sechs Jahre <i>zulässig</i> . Eine höhere Vergütung darf nur durch einen Zuschlag auf die zuletzt vereinbarte Grundvergütung <i>nach Maßgabe</i> der <i>durchschnittlichen Veränderungsrate</i> nach § 71	Eine Erhöhung der Vergütung für außertariflich bezahlte Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann ab dem ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] nur alle sechs Jahre vereinbart werden . Eine höhere Vergütung darf nur durch einen prozentualen Zuschlag auf die zuletzt vereinbarte Grundvergütung in Höhe des Mittelwerts

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Absatz 3 <i>des laufenden Kalenderjahres</i> vereinbart werden. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für am 30. März 2026 gültige Verträge, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. Ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge dürfen keine <i>Zusagen</i> über Vergütungserhöhungen enthalten, die den Sätzen 1 und 2 widersprechen.“	der nach § 71 Absatz 3 Satz 5 seit dem Beginn der vorherigen Amtsperiode veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsraten vereinbart werden. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für am 30. März 2026 gültige Verträge, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. Ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge dürfen keine Vereinbarungen über Vergütungserhöhungen enthalten, die den Sätzen 1 und 2 widersprechen.“
71. Nach § 428 werden die folgenden §§ 429 und 430 eingefügt:	71. Nach § 428 werden die folgenden §§ 429 und 430 eingefügt:
„§ 429	„§ 429
Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag	Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag
Anträge nach § 35a Absatz 1d Satz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung, über die der Gemeinsame Bundesausschuss nicht bis zum ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] entschieden hat, sind als unzulässig zu verwerfen. Benennungen nach § 35a Absatz 3 Satz 4 in der bis zum ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung in Beschlüssen über die Nutzenbewertung, die vor dem ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] in Kraft getreten sind, bleiben für die Zwecke der Abrechnung des Kombinationsabschlages nach § 130e in der bis zum ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung <i>gültig</i> . § 130e in der bis zum ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung ist <i>anzuwenden</i> auf alle Arzneimittel, die bis zum ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] zu Lasten der Krankenkassen abgegeben worden sind.	Anträge nach § 35a Absatz 1d Satz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung, über die der Gemeinsame Bundesausschuss nicht bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] entschieden hat, sind als unzulässig zu verwerfen. Benennungen von Arzneimitteln nach § 35a Absatz 3 Satz 4 in der bis zum ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung in Beschlüssen über die Nutzenbewertung, die vor dem ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] in Kraft getreten sind, bleiben für die Zwecke der Abrechnung des Kombinationsabschlages nach § 130e in der bis zum ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung in Kraft . § 130e in der bis zum ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung ist auf alle Arzneimittel, die bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] zu Lasten der Krankenkassen abgegeben worden sind, weiter anzuwenden .
§ 430	§ 430
Evaluierung	Evaluierung
Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert spätestens bis zum 31. Dezember 2030 die mit dem GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz vom ... [einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieses Gesetzes] <i>getroffenen</i> Maßnahmen <i>daraufhin, ob sie</i> sich als geeignet und aus-	Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert spätestens bis zum 31. Dezember 2030, ob die mit dem GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz vom ... [einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieses Gesetzes] eingeführten Maßnahmen sich als geeignet und ausreichend erwie-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
reichend erwiesen haben, <i>das Ziel stabiler</i> Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung <i>bei Beibehaltung eines Niveaus der gesundheitlichen</i> Versorgung nach § 12 Absatz 1 Satz 1 zu <i>erreichen</i> . Es kann <i>die</i> Durchführung der Evaluation ganz oder <i>in Teilen auf einen Dritten übertragen</i> .“	sen haben, stabilere Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen, ohne die gesundheitliche Versorgung nach § 12 Absatz 1 Satz 1 zu beeinträchtigen . Es kann einen Dritten mit der Durchführung der Evaluation ganz oder teilweise beauftragen .“
	72. Anlage 1 wird durch die aus dem Anhang zu diesem Gesetz ersichtliche Anlage 1 ersetzt.
	Artikel 1a
	Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch
	Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 16. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 107) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 27 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:
	„3. wegen stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 74 des Fünften Buches oder § 44 des Neunten Buches, wegen Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches oder aus einem sonstigen der in § 146 Absatz 1 genannten Gründe“.
	2. Nach § 150 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird die folgende Nummer 1a eingefügt:
	„1a. Zeiten einer Beschäftigung während einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches oder Zeiten der stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 74 des Fünften Buches oder § 44 des Neunten Buches,“.
	3. § 345 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Nummer 5 wird die folgende Nummer 5a eingefügt:
	„5a. die teilweises Krankengeld nach § 44 Absatz 1a des Fünften Buches oder teilweises Krankengeld der Sozialen Entschädigung beziehen, 80 Prozent des der Leistung zu-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	grunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens; bei gleichzeitigem Bezug von teilweisem Krankengeld nach § 44 Absatz 1a des Fünften Buches neben einer anderen Leistung ist das dem teilweisen Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,“.
	b) Die bisherigen Nummern 5a und 5b werden zu den Nummern 5b und 5c.
	4. § 347 Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:
	„5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von diesen und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger zahlen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:
	a) Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung oder Übergangsgeld,
	b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistung nach diesem Buch,
	c) Krankengeld, dessen Höhe sich nach § 47 Absatz 2a des Fünften Buches bestimmt, oder
	d) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,“.
Artikel 2	Artikel 2
Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. Januar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 14) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 27. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 119) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. § 20 Absatz 2a Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	1. u n v e r ä n d e r t
„Dabei ist AE das Arbeitsentgelt in Euro, G die Geringfügigkeitsgrenze und F der Faktor, der sich berechnet, indem die sich aus der Addition des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 des Fünften Buches, des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches und des in § 168 Absatz 1 Nummer 1b des Sechsten Buches festgelegten Prozentsatzes ergebende Summe geteilt wird durch den Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz des Kalenderjahres, in dem der Anspruch auf das Arbeitsentgelt entstanden ist.“	
2. § 35a Absatz 6a wird durch den folgenden Absatz 6a ersetzt:	2. § 35a Absatz 6a wird durch den folgenden Absatz 6a ersetzt:
„(6a) Der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Die Vergütung der Mitglieder des Vorstandes einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen hat in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen, die sich nach der Zahl der Versicherten bemisst. Darüber hinaus ist die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen. Die Aufsichtsbehörde kann vor ihrer Entscheidung nach Satz 1 verlangen, dass ihr eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge vorgelegt wird. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine über die zuletzt nach Satz 1 gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung <i>nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate</i> nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches <i>des laufenden Kalenderjahres</i> vereinbart werden. Die Sätze 5 und 6 gelten auch für Verträge, denen die Aufsichtsbehörde <i>bereits</i> bis zum 30. März 2026 zugestimmt hat, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. Ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge dürfen keine <i>Zusagen</i> über Vergütungserhöhungen enthalten, die den Sätzen 5 und 6 widersprechen. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendun-	„(6a) Der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Die Vergütung der Mitglieder des Vorstandes einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen hat in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen, die sich nach der Zahl der Versicherten bemisst. Darüber hinaus ist die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen. Die Aufsichtsbehörde kann vor ihrer Entscheidung nach Satz 1 verlangen, dass ihr eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge vorgelegt wird. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer einer Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine über die zuletzt nach Satz 1 gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen prozentualen Zuschlag auf die Grundvergütung in Höhe des Mittelwerts der nach § 71 Absatz 3 Satz 5 des Fünften Buches seit dem Beginn der vorherigen Amtsperiode veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsraten vereinbart werden. Die Sätze 5 und 6 gelten auch für Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bis zum Ablauf des 30. März 2026 zugestimmt hat, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. Ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge dürfen keine Vereinbarungen über Vergütungserhöhungen enthalten, die den Sätzen 5 und 6 widersprechen. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gen nach Absatz 6 Satz 3 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an die Körperschaft abzuführen. Vereinbarungen der Körperschaft für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“	Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 6 Satz 3 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an die Körperschaft abzuführen. Vereinbarungen der Körperschaft für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“
	3. In § 95c Absatz 2 Nummer 2 wird die Angabe „Arbeitsunfähigkeit“ durch die Angabe „Arbeitsunfähigkeit oder Teilarbeitsunfähigkeit“ ersetzt.
	4. § 109 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 wird durch die folgenden Nummern 2 und 3 ersetzt:
	„2. den Beginn und das Ende der Arbeitsunfähigkeit oder der Teilarbeitsunfähigkeit,
	3. das Datum der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit oder der Teilarbeitsunfähigkeit,“.
	b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:
	„(2) Der Arbeitgeber ruft ab dem 1. Juli 2028 die Daten nach Absatz 1 zu einer ärztlich festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches ab und teilt seine Zustimmung zur teilweisen Arbeitsleistung des Beschäftigten und den Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme elektronisch der Krankenkasse mit. Eine vorzeitige Beendigung der Teilarbeitsunfähigkeit durch Arbeitnehmer oder Arbeitgeber ist der Krankenkasse unverzüglich durch den Arbeitgeber zu melden. Der Beendigungszeitpunkt ist anzugeben.“
	c) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:
	„(4) Das Nähere zu den Datensätzen, zum Verfahren nach den Absätzen 1 und 2 sowie zu den Fristen und den Einzelheiten der elektronischen Kommunikation regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen. Die Grundsätze bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist vor der Genehmigung anzuhören.“
	Artikel 2a
	Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch
	Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 10 des Gesetzes vom 12. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 143) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 4 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:
	„2. nur deshalb keinen Anspruch auf Krankengeld haben, weil sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit, der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches oder der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit, der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches oder der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zuletzt versicherungspflichtig waren, längstens jedoch für 18 Monate,“.
	b) Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:
	„2. in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 1 mit Beginn der Leistung und in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 2 mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit, der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Fünften Buches, oder der Rehabilitation, wenn der Antrag innerhalb von drei Monaten danach gestellt wird, andernfalls mit dem Tag, der dem Eingang des Antrags folgt, frühestens jedoch mit dem Ende der Versicherungspflicht aufgrund einer vorausgehenden versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit.“
	2. Nach § 5 Absatz 2 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:
	„Satz 1 Nummer 2 gilt nicht für Personen, deren Arbeitseinkommen die nach Satz 2 maßgebende Geringfügigkeitsgrenze aufgrund einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches unterschreitet.“
	3. § 6 Absatz 1b Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Rahmen betrieblicher Berufsbildung, nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz, nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder nach § 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 beschäftigt sind oder von der Möglichkeit einer stufenweisen Wiederaufnahme einer nicht geringfügigen Tätigkeit nach § 74 des Fünften Buches Gebrauch machen oder in einer nicht geringfügigen Tätigkeit teilweise arbeitsunfähig nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches sind.“
	4. In § 20 Absatz 3 wird die Angabe „§ 44“ durch die Angabe „§ 44 Absatz 1“ ersetzt.
	5. § 166 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	a) Nummer 2c wird durch die folgende Nummer 2c ersetzt:
	„2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld, teilweises Krankengeld nach § 44 Absatz 1a des Fünften Buches oder teilweises Krankengeld der Sozialen Entschädigung beziehen, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei bei gleichzeitigem Bezug von teilweisem Krankengeld nach § 44 Absatz 1a des Fünften Buches neben einer anderen Leistung das dem teilweisen Krankengeld zugrunde liegende

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,“.
	b) In Nummer 5 wird die Angabe „Arbeitseinkommens.“ durch die Angabe „Arbeitseinkommens,“ ersetzt.
	c) Nach Nummer 5 wird die folgende Nummer 6 eingefügt:
	„6. bei Personen, die für Zeiten der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 Prozent des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts, das entsprechend der ärztlich festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches mit dem Faktor 0,25, dem Faktor 0,5 oder dem Faktor 0,75 multipliziert wird.“
	6. § 170 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	a) Nummer 2 wird wie folgt geändert:
	aa) Buchstabe d wird durch den folgenden Buchstaben d ersetzt:
	„d) Krankengeld beziehen, dessen Höhe sich nach § 47 Absatz 2a des Fünften Buches bestimmt, von den Leistungsträgern,“.
	bb) Die bisherigen Buchstaben d und e werden zu den Buchstaben e und f.
	b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:
	„5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, der Teilarbeitsunfähigkeit, oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,“.
	7. In § 175 Absatz 1 wird die Angabe „Beiträge.“ durch die Angabe „; dies gilt nicht für nachgewiesene Zeiten des Bezugs von teilweiseem Krankengeld nach § 44 Absatz 1a des Fünften Buches“ ersetzt.
	Artikel 2b

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch
	Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 16. Januar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 14) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In § 67 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „Arbeitsunfähigkeit“ die Angabe „oder Teilarbeitsunfähigkeit“ eingefügt.
	2. In § 167 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig“ durch die Angabe „länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig oder teilweise arbeitsunfähig“ ersetzt.
	Artikel 2c
	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Mai 1994 (BGBl. I. S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 16. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 107) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	§ 59 Absatz 2 Satz 1 wird durch folgenden Satz ersetzt:
	„Die Beiträge für Bezieher von Krankengeld werden von den Leistungsbeziehern und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen, soweit sie auf das Krankengeld entfallen und dieses nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit oder des § 47 Absatz 2a des Fünften Buches zu zahlen ist, im Übrigen von den Krankenkassen; die Beiträge werden auch dann von den Krankenkassen getragen, wenn das dem Krankengeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt.“
	Artikel 2d
	Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 107) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Nach § 32 Absatz 3 wird der folgende Absatz 3a eingefügt:
	„(3a) Bei Personen, denen Beiträge nach Absatz 2 als Bedarf anerkannt werden, gilt auch der Beitragszuschlag nach § 242b des Fünften Buches als angemessen.“
	2. § 128c Nummer 4 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Buchstabe c wird der folgende Buchstabe d eingefügt:
	„d) Beiträge, die auf Grund des Beitragszuschlags nach dem Fünften Buch gezahlt werden.“
	b) Die bisherigen Buchstaben d bis f werden zu den Buchstaben e bis g.
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 5 Absatz 3g wird gestrichen.	1. u n v e r ä n d e r t
2. In § 6 Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1“ durch die Angabe „für das jeweilige Kalenderjahr auf der Grundlage des § 9 Absatz 1b vereinbarte Veränderungswert“ ersetzt.	2. § 6 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 2 Satz 9 wird die Angabe „nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.
	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 4 wird die Angabe „Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1“ durch die Angabe „für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 vereinbarte oder festge-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	legte oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 festgesetzte Veränderungswert“ ersetzt.
	bb) In Satz 5 wird die Angabe „§ 10 Absatz 5 Satz 6“ durch die Angabe „§ 10 Absatz 5 Satz 5“ ersetzt.
3. § 6a wird wie folgt geändert:	3. § 6a wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 2 Satz 12 wird der folgende Satz eingefügt:	a) Absatz 2 Satz 12 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Die Sätze 1 bis 5, 9 und 10 sind letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2026 anzuwenden.“	u n v e r ä n d e r t
b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:	b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:
„(2a) Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 ist das für das Jahr 2026 vereinbarte Pflegebudget abzüglich des für die in Absatz 2 Satz 10 genannten Maßnahmen zur Entlastung von Pflegepersonal vereinbarten Betrags. In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage das für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Pflegebudget. Bei der Vereinbarung des Pflegebudgets sind die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung. Das Pflegebudget darf das um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b veränderte Pflegebudget des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die auf Grund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses dies erfordert. Bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus, insbesondere von Leiharbeitnehmern im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, ist der Teil der Vergütungen, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus hinausgeht, und damit auch die Zahlung von Vermittlungsentgelten, nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen. Weichen die tatsächlichen Pflege-	„(2a) Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 ist das für das Jahr 2026 vereinbarte Pflegebudget abzüglich von 86 Prozent des für die in Absatz 2 Satz 10 genannten Maßnahmen zur Entlastung von Pflegepersonal vereinbarten Betrags; weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für das Jahr 2026 von den vereinbarten Pflegepersonalkosten für das Jahr 2026 ab, sind die Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 auf Verlangen einer der Vertragsparteien verpflichtet, die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für den nächstmöglichen Pflegesatzzeitraum zu berücksichtigen, indem sie eine Berichtigung der Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für den nächstmöglichen Pflegesatzzeitraum und einen Ausgleich vornehmen. In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets das für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Pflegebudget; abweichend davon ist Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>personalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind Mehrkosten nicht und Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem ein Ausgleich für das Vereinbarungsjahr vorgesehen wird. Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten, sind unabhängig von der dienstlichen Zuordnung im Krankenhaus nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.“</i>	
	1. für das Jahr 2028 das für das Jahr 2027 vereinbarte Pflegebudget abzüglich der Hälfte des darin enthaltenen Betrags für die in Absatz 2 Satz 10 genannten Maßnahmen zur Entlastung von Pflegepersonal und
	2. für das Jahr 2029 das für das Jahr 2028 vereinbarte Pflegebudget abzüglich des darin enthaltenen Betrags für die in Absatz 2 Satz 10 genannten Maßnahmen zur Entlastung von Pflegepersonal.
	Ist im jeweiligen Vorjahr nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 eine Erhöhungsrare vereinbart worden, ist das für das folgende Kalenderjahr zu vereinbarende Pflegebudget um die Hälfte dieser Erhöhungsrare zu erhöhen. Bei der Vereinbarung des Pflegebudgets sind die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung. Das Pflegebudget eines Kalenderjahres darf das um den für dieses Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 vereinbarten oder festgelegten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 festgesetzten Veränderungswert veränderte Pflegebudget des Vorjahres nur überschreiten, soweit eine Überschreitung bedingt ist durch
	1. die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die auf Grund des Fünf-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	ten Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, aus Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses,
	2. die Abwicklung eines Ausgleichsbetrags nach Absatz 5 Satz 3 oder
	3. die Vereinbarung einer Erhöhungsrates nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 im jeweiligen Vorjahr.
	Ist die Überschreitung durch die Vereinbarung einer Erhöhungsrates nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 im jeweiligen Vorjahr bedingt, ist eine Überschreitung in Höhe der Hälfte der im jeweiligen Vorjahr vereinbarten Erhöhungsrates zulässig. Bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus, insbesondere von Leiharbeitnehmern im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, ist der Teil der Vergütungen, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus hinausgeht, und damit auch die Zahlung von Vermittlungsentgelten, nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen. Weichen ab dem Jahr 2027 in einem Kalenderjahr die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den für dieses Kalenderjahr vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind Mehrkosten nicht und Minderkosten bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen, indem für das Vereinbarungsjahr das Pflegebudget berichtigt und ein Ausgleich vorgenommen wird. Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten, sind unabhängig von der dienstlichen Zuordnung im Krankenhaus nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) Absatz 4 Satz 5 und 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	c) u n v e r ä n d e r t
„Ab dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist abweichend von Satz 3 für den Rest des jeweiligen Jahres der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach Satz 3 erhöht um 50 Prozent der Erhöhungsrates anzuwenden. Dabei ist der für das restliche Kalenderjahr anzuwendende, in Satz 5 genannte krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert infolge der unterjährigen Vereinbarung entsprechend zu erhöhen.“	
d) <i>Absatz 5 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:</i>	entfällt
„Der ermittelte Ausgleichsbetrag ist über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum abzuwickeln; für den Ausgleich gilt keine Begrenzung durch den nach § 9 Absatz 1b vereinbarten Veränderungswert.“	
4. § 6c wird wie folgt geändert:	4. § 6c wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 4 wird die Angabe „vollständig im Gesamtvolumen zu berücksichtigen“ durch die Angabe „bei der erstmaligen Vereinbarung des Gesamtvolumens vollständig zu berücksichtigen; bei den folgenden Vereinbarungen des Gesamtvolumens ist zu den für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr vereinbarten Pflegepersonalkosten ein Anstieg dieser Kosten jeweils bis zur Höhe des nach § 9 Absatz 1b vereinbarten Veränderungswerts zu berücksichtigen, wobei der Anstieg den Veränderungswert überschreiten darf, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die auf Grund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses dies erfordert“ ersetzt.	aa) In Satz 4 wird die Angabe „vollständig im Gesamtvolumen zu berücksichtigen“ durch die Angabe „bei der erstmaligen Vereinbarung des Gesamtvolumens vollständig zu berücksichtigen“ ersetzt.
	bb) Nach Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Bei folgenden Vereinbarungen des Gesamtvolumens sind die ermittelten Pflegepersonalkosten nur soweit zu berücksichtigen, als sie nicht die um den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 vereinbarten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 festgesetzten Veränderungswert veränderten Pflegepersonalkosten des Vorjahres überschreiten, es sei denn, die Überschreitung ist durch die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die auf Grund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, aus Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses bedingt.“
bb) In Satz 6 wird die Angabe „Mehr- oder“ gestrichen.	cc) In dem neuen Satz 7 wird die Angabe „Mehr- oder“ gestrichen.
b) Absatz 3 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	b) Absatz 3 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Das Gesamtvolumen für ein Kalenderjahr darf den Betrag, der sich ergibt, wenn das Gesamtvolumen des diesem Kalenderjahr vorangegangenen Kalenderjahres um den nach § 9 Absatz 1b <i>für das jeweilige Kalenderjahr</i> vereinbarten Veränderungswert erhöht wird, nur überschreiten, soweit diese Überschreitung durch Veränderungen von der nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarenden Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen bedingt ist.“	„Das Gesamtvolumen für ein Kalenderjahr darf den Betrag, der sich ergibt, wenn das Gesamtvolumen des diesem Kalenderjahr vorangegangenen Kalenderjahres um den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 vereinbarten oder festgelegten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 festgesetzten Veränderungswert erhöht wird, nur überschreiten, soweit diese Überschreitung durch Veränderungen der nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarenden Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen bedingt ist.“
5. Nach § 8 Absatz 5 wird der folgende Absatz 5a eingefügt:	5. § 8 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 5 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Werden Patientinnen oder Patienten, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, in ein Krankenhaus aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1. es sich bei der Aufnahme um eine Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer handelt, oder
	2. ab dem 1. Januar 2028 die Aufnahme in das Krankenhaus innerhalb von 30 Kalendertagen nach dem Aufnahmedatum eines anderen Krankenhausaufenthalts erfolgt und die während des Aufenthalts erbrachten Leistungen in dieselbe Hauptdiagnosegruppe der für den anderen Krankenhausaufenthalt abrechenbaren Fallpauschale einzugruppieren sind.“
	b) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 5a eingefügt:
„(5a) Die Berechnung der Kurzzeitpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem <i>Katalog</i> nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten ist. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“	„(5a) Die Berechnung von Kurzzeitfallpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist ausgeschlossen, wenn die erbrachte Leistung in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten oder nach § 115b Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzten Katalog enthalten ist. Näheres oder Abweichendes regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“
6. § 9 wird wie folgt geändert:	6. § 9 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:	aa) Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:
„3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge und <i>prüfen</i> bis zum 30. Juni 2027, inwieweit eine <i>Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung</i> wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist,“.	„3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge und bis zum 31. März 2027 Ausnahmen von der in § 8 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 genannten Fallzusammenführung, soweit eine solche nicht wirtschaftlich geboten oder nicht medizinisch vertretbar ist,“.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Nummer 7 wird durch die folgende Nummer 7 ersetzt:	bb) <i>u n v e r ä n d e r t</i>
„7. die Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4, eine anteilige Erhöhungsrates sowie bis zum 31. März 2019 die Einzelheiten für einen Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, und ein Verfahren, das gewährleistet, dass Krankenhäuser Mittel zurückzuzahlen haben, die sie nicht zweckentsprechend verwendet haben,“.	
cc) Nummer 10 wird <i>wie folgt geändert</i> :	cc) In Nummer 10 Buchstabe i wird die Angabe „Tagesentgelte.“ durch die Angabe „Tagesentgelte, und“ ersetzt.
aaa) <i>In Buchstabe i wird die Angabe „Degression sowie“ durch die Angabe „Degression,“ ersetzt.</i>	entfällt
bbb) <i>In Buchstabe j wird die Angabe „Tagesentgelte.“ durch die Angabe „Tagesentgelte,“ ersetzt.</i>	entfällt
dd) Nach Nummer 10 wird die folgende Nummer 11 eingefügt:	dd) Nach Nummer 10 wird die folgende Nummer 11 eingefügt:
„11. erstmals bis zum 30. September 2027 nähere Einzelheiten für Kurzzeitfallpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere	„11. erstmals bis zum 30. September 2027 nähere Einzelheiten für Kurzzeitfallpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere
a) Vorgaben, durch die sichergestellt wird, dass durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitung bei den stationären Behandlungsfällen mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses stattfindet, und	a) <i>u n v e r ä n d e r t</i>
b) die Folgen <i>einer Überschreitung der</i> nach Buch-	b) die Folgen, sofern das einzelne Krankenhaus entgegen den nach Buchstabe a festzulegenden Vorgaben

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
stabe a <i>festgelegten Begrenzung.</i> “	eine Fallzahlausweitung vorgenommen hat. “
b) Absatz 1b wird durch den folgenden Absatz 1b ersetzt:	b) Absatz 1b wird durch den folgenden Absatz 1b ersetzt:
„(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4; <i>für das Jahr 2026 entspricht der Veränderungswert dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert. Überschreitet der Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 Satz 1 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate. Unterschreitet der Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 Satz 1 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und der zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, abgeben und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.</i>“	„(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres, erstmalig bis zum 31. Oktober 2029, den Veränderungswert für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4; abweichend hiervon entspricht der Veränderungswert
	1. für das Jahr 2026 dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert und
	2. für die Jahre 2027 bis 2029 der im jeweiligen Vorjahr nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlichten Veränderungsrate.
	Überschreitet der nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichte Orientierungswert die im selben Kalenderjahr nach § 71 Ab-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	satz 3 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlichte Veränderungsrate, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Oktober desselben Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2029, den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate. Unterschreitet der nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichte Orientierungswert die im selben Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlichte Veränderungsrate, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Oktober desselben Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2029, den Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und der zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, abgeben und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.“
	c) Absatz 2 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Nummer 3 oder Absatz 1c nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle abweichend von Satz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.“
7. § 10 wird wie folgt geändert:	7. § 10 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	a) Absatz 1 Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Eine Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die aus § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6a <i>dieses Gesetzes</i>, aus § 17b Absatz 4b des Krankenhausfinan-	„Eine Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die aus § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6a, aus § 17b Absatz 4b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
zierungsgesetzes in Verbindung mit § 6b <i>dieses Gesetzes</i> , aus § 6c <i>dieses Gesetzes</i> oder aus § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie aus § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsteht, ist im Erlösvolumen entsprechend verändernd zu berücksichtigen, so dass hieraus keine Veränderung des zu vereinbarenden Landesbasisfallwerts entsteht.“	Verbindung mit § 6b, aus § 6c, aus § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder aus § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsteht, ist im Erlösvolumen entsprechend verändernd zu berücksichtigen, so dass hieraus keine Veränderung des zu vereinbarenden Landesbasisfallwerts entsteht.“
b) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „§ 9 Absatz 1b Satz 2“ durch die Angabe „§ 9 Absatz 1b Satz 4“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 9 Absatz 1b Satz 1“ durch die Angabe „§ 9 Absatz 1b“ ersetzt.	aa) In Satz 1 wird die Angabe „ des Veränderungswerts § 9 Absatz 1b Satz 1“ durch die Angabe „ des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 vereinbarten oder festgelegten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 festgesetzten Veränderungswerts “ ersetzt.
bb) Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	bb) Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Satz 2 findet keine Anwendung im Zusammenhang mit der Einführung und Weiterentwicklung des Pflegebudgets nach § 6a, des Vorhaltebudgets nach § 6b, der Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 6c, <i>Veränderungen gemäß</i> § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“	„Satz 2 findet keine Anwendung im Zusammenhang mit der Einführung und Weiterentwicklung des Pflegebudgets nach § 6a, des Vorhaltebudgets nach § 6b, der Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 6c, der Kurzzeitfallpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
d) Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:	d) Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:
„(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind erstmals für das Jahr 2026 nach Maßgabe der folgenden Sätze Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Verän-	„(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind erstmals für das Jahr 2026 nach Maßgabe der folgenden Sätze Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
derungswert und der Tarifrater berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifrater ist für	der Tarifrater berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifrater ist für
1. den Bereich des Pflegepersonals,	1. un verändert
2. den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und	2. un verändert
3. den ärztlichen Personalbereich	3. un verändert
jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich <i>dabei</i> sind jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen sowie Einmalzahlungen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene <i>nach</i> § 9 haben die Vereinbarung der Erhöhungsrater und der anteiligen Erhöhungsrater nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 jeweils für das laufende Kalenderjahr innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden einer nach Satz 3 maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarung zu treffen; die Erhöhungsrater nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist in Höhe des Unterschieds zwischen dem <i>in</i> § 9 Absatz 1b Satz 1 <i>genannten</i> Veränderungswert und der in Satz 3 genannten Tarifrater zu vereinbaren. Der zu vereinbarende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung von den Vertragsparteien auf Landesebene um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrater zu erhöhen. Sofern der Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die anteilige Erhöhungsrater <i>nach</i> Satz 4 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen. Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsrater vorzunehmen. Abweichend von Satz 6 ist der Basisfallwert, sofern er bereits vereinbart oder festgesetzt ist, auf Verlangen einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei auf Landesebene während eines laufenden Kalenderjahres unverzüglich unter Berücksichtigung der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarten anteiligen Erhöhungsrater und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung neu zu vereinbaren.“	jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich sind jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen sowie Einmalzahlungen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben die Vereinbarung der Erhöhungsrater und der anteiligen Erhöhungsrater nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 jeweils für das laufende Kalenderjahr innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden einer nach Satz 3 maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarung zu treffen; die Erhöhungsrater nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist in Höhe des Unterschieds zwischen dem nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 vereinbarten oder festgelegten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 festgesetzten Veränderungswert und der in Satz 3 genannten Tarifrater zu vereinbaren. Der zu vereinbarende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung von den Vertragsparteien auf Landesebene um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrater zu erhöhen. Sofern der Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrater bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen. Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsrater vorzunehmen. Abweichend von Satz 6 ist der Basisfallwert, sofern er bereits vereinbart oder festgesetzt ist, auf Verlangen einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei auf Landesebene während eines laufenden Kalenderjahres unverzüglich unter Berücksichtigung der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarten anteiligen Erhö-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	hungsrates und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung neu zu vereinbaren.“
e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
aa) Die Sätze 1 bis 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:	aa) Die Sätze 1 bis 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Das Statistische Bundesamt hat jährlich <i>jeweils</i> einen Orientierungswert zu ermitteln, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt, und diesen spätestens bis zum 30. September jedes Jahres zu veröffentlichen. Die für eine Weiterentwicklung des Orientierungswerts vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Die Erhebungen dieser Daten werden jährlich vom Statistischen Bundesamt durchgeführt. Nach Inkrafttreten der in Satz 2 genannten Rechtsverordnung umfasst der Berichtszeitraum das vorangegangene Kalenderjahr.“	„Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert zu ermitteln, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt, und diesen spätestens bis zum 30. September jedes Jahres zu veröffentlichen. Die für eine Weiterentwicklung des Orientierungswerts vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Die Erhebungen dieser Daten werden jährlich vom Statistischen Bundesamt durchgeführt. Nach Inkrafttreten der in Satz 2 genannten Rechtsverordnung umfasst der Berichtszeitraum das vorangegangene Kalenderjahr.“
bb) Die bisherigen Sätze 6 und 7 werden gestrichen.	bb) u n v e r ä n d e r t
8. <i>In § 11 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „, die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2 und den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7“ durch die Angabe „und die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2“ ersetzt.</i>	entfällt
	8. In § 21 Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „§ 17b Abs. 2 Satz 1“ durch die Angabe „§ 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.
Artikel 4	Artikel 4
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. In § 17a Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „§ 9 Absatz 1b Satz 1“ durch die Angabe „§ 9 Absatz 1b“ ersetzt.	1. In § 17a Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „ den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes “ durch die Angabe „ den nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten oder festgelegten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes festgesetzten Veränderungswert “ ersetzt.
2. § 17b wird wie folgt geändert:	2. § 17b wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Absätze 1, 1a und 3“ durch die Angabe „Absätze 1, 1a, 2a und 3“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:	b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:
„(2a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet bis zum 31. März 2027 ein Konzept für geeignete Fallgruppen für eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen), <i>auf dessen Grundlage</i> die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis zum 30. April 2027 <i>hierzu</i> eine Vereinbarung <i>schließen</i>. Eine untere Grenzverweildauer entsprechend <i>der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Vereinbarung</i> ist für <i>die</i> Kurzzeitfallpauschalen nicht zu kalkulieren. <i>Die</i> Kurzzeitfallpauschalen sind erstmals im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2028 zu kalkulieren und im Entgeltkatalog für das Jahr 2028 auszuweisen. <i>Die mit den Kurzzeitfallpauschalen zu vergütenden Fälle</i> werden innerhalb der in Satz 1 genannten maximalen Behandlungsdauer unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer vergütet. Die Vertragsparteien stellen bei der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems nach Absatz 2 sicher, dass Kostensenkungen, die sich bei der jährlichen Kalkulation <i>der</i> Kurzzeitfallpauschalen zeigen, zu einer Absenkung der <i>Bewertungsrelationen der</i> Kurzzeitfallpauschalen sowie im Ergebnis auch zu einer Absenkung der Summe <i>der für die</i> Kurzzeitfallpauschalen <i>insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen</i> führen. Die Vertragsparteien prüfen im Rahmen der jährlichen Weiterent-	„(2a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet bis zum 31. März 2027 ein Konzept für geeignete Fallgruppen für eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen). Auf der Grundlage dieses Konzepts schließen die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis zum 30. April 2027 eine Vereinbarung zur gesonderten Kalkulation von Kurzzeitfallpauschalen. Eine untere Grenzverweildauer entsprechend den nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden Regelungen zur Grenzverweildauer ist für Kurzzeitfallpauschalen nicht zu kalkulieren. Kurzzeitfallpauschalen sind erstmals im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2028 zu kalkulieren und im Entgeltkatalog für das Jahr 2028 auszuweisen. Behandlungsfälle, die mit Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, werden innerhalb der in Satz 1 genannten maximalen Behandlungsdauer unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer vergütet; übersteigt die tatsächliche Behandlungsdauer in einem Behandlungsfall die in Satz 1 genannte maximale Behandlungsdauer, so wird dieser Behandlungsfall nicht mit einer Kurzzeitfallpauschale vergütet. Die Vertragsparteien stellen bei der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems nach Absatz 2 sicher, dass Kostensenkungen, die sich bei der jährlichen Kalku-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
wicklung und Anpassung des Vergütungssystems nach Absatz 2 auf Grundlage der Kalkulation nach Absatz 3 Satz 4, wie viele und welche der mit Kurzzeitfallpauschalen vergüteten <i>Fälle</i> ambulant erbracht werden und ob für diese eine Überführung in den <i>Katalog</i> nach § 115b Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sachgerecht ist. Die Vertragsparteien überprüfen zudem, ob und inwieweit für <i>Fälle</i>, für die eine Kurzzeitfallpauschale kalkuliert und ausgewiesen ist, eine spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet werden kann. Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2030, einen gemeinsamen Bericht <i>vor</i> über die Auswirkungen der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen auf die Versorgung; <i>das</i> Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die <i>dafür</i> erforderlichen Auswertungen vorzunehmen.“	lation von Kurzzeitfallpauschalen zeigen, zu einer Absenkung der Kurzzeitfallpauschalen sowie im Ergebnis auch zu einer Absenkung der Summe aller vereinbarten Kurzzeitfallpauschalen führen. Die Vertragsparteien prüfen im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems nach Absatz 2 auf Grundlage der Kalkulation nach Absatz 3 Satz 4, wie viele und welche der mit Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Behandlungsfälle ambulant erbracht werden und ob für diese eine Überführung in den nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten oder nach § 115b Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzten Katalog sachgerecht ist. Die Vertragsparteien überprüfen zudem, ob und inwieweit für Behandlungsfälle, für die eine Kurzzeitfallpauschale kalkuliert und ausgewiesen ist, eine spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet werden kann. Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2030, einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten vor. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die für die Erstellung des Berichts erforderlichen Auswertungen vorzunehmen.“
c) Absatz 3 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	c) u n v e r ä n d e r t
„Auf der Grundlage eines vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu entwickelnden Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis spätestens zum 31. Dezember 2016 ein praktikables Konzept für eine repräsentative Kalkulation nach Satz 3; zur Gewährleistung einer repräsentativen Kalkulation der nach Absatz 4 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Betrags für die Vorhaltevergütung hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus das Konzept anzupassen; sofern durch die Kalkulation von Kurzzeitfallpauschalen nach Absatz 2a Anpassungen am Konzept erforderlich werden, hat das Institut	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
für das Entgeltsystem im Krankenhaus diese am Konzept vorzunehmen.“	
d) Nach Absatz 7 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:	d) Nach Absatz 7 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:
„Kommt die in Absatz 2a Satz 1 genannte Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, entscheidet <i>abweichend von Satz 1</i> die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag <i>innerhalb von drei Wochen nach Fristende</i> .“	„Kommt die in Absatz 2a Satz 2 genannte Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 abweichend von Satz 1 ohne Antrag bis zum Ablauf des 21. Mai 2027 .“
	e) Absatz 4c Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Es hat in der Analyse zu prüfen, ob die Höhe des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Anteils sachgerecht ist, ob die variablen Sachkosten sowie die Kosten von Querschnittsaufgaben sachgerecht abgebildet sind, ob die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen Auswirkungen auf die Vorhaltevergütung hat, ob durch die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung unterjährige Leistungseinschränkungen eintreten und inwieweit die Vergütung eines Vorhaltebudgets an dem bevölkerungsbezogenen Bedarf und fallzahlunabhängig ausgerichtet werden kann.“
3. § 17c wird wie folgt geändert:	3. § 17c wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:	a) Nach Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:
„Der Medizinische Dienst hat abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen der Prüfung feststellt, in seine Prüfung einzubeziehen, auch wenn die Auffälligkeiten nicht Anlass der Einschaltung des Medizinischen Dienstes sind.“	„Der Medizinische Dienst hat abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen einer Prüfung feststellt, in seine Prüfung einzubeziehen, auch wenn die Auffälligkeiten nicht Anlass der Einschaltung des Medizinischen Dienstes sind.“
b) Nach Absatz 2 Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Dem Medizinischen Dienst Bund ist bei einer Anpassung der Regelungen nach Satz 2 Nummer 2, 4, 5 oder 6 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; eine Stellungnahme ist bei der jeweiligen Anpassung der Regelung angemessen zu berücksichtigen.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bb) Nach Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:
„Die Vertragsparteien nach Satz 1 prüfen bis zum 30. Juni 2027, wie von dem <i>in</i> Satz 2 Nummer 3 <i>genannten</i> Verfahren zukünftig noch umfassender Gebrauch gemacht werden kann.“	„Die Vertragsparteien nach Satz 1 prüfen bis zum 30. Juni 2027, wie von dem nach Satz 2 Nummer 3 geregelten Verfahren zukünftig noch umfassender Gebrauch gemacht werden kann.“
Artikel 5	Artikel 5
Änderung der Bundespflegesatzverordnung	Änderung der Bundespflegesatzverordnung
Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 3 wird wie folgt geändert:	1. § 3 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	aa) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Der Gesamtbetrag darf den um den <i>Veränderungswert</i> nach § 9 Absatz 1b des Krankenhausentgeltgesetzes veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die <i>Tatbestände nach</i> Satz 4 Nummer 5 oder 7 <i>dies erfordern</i> oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der <i>Tatbestände nach</i> Satz 4 Nummer 1 oder 2 ist nur zulässig, wenn die Veränderung <i>von</i> Art und Menge der Leistungen durch zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes begründet oder wenn <i>dies aufgrund von</i> Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen <i>erforderlich</i> ist; <i>für das Jahr 2026 entspricht der Veränderungswert dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert.</i> “	„Der Gesamtbetrag darf den um den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren oder festgelegten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes festgesetzten Veränderungswert veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit eine Überschreitung durch die in Satz 4 Nummer 5 oder 7 genannten Tatbestände bedingt ist oder soweit im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der in Satz 4 Nummer 1 oder 2 genannten Tatbestände ist nur zulässig, wenn die Veränderung der Art und Menge der Leistungen durch zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes begründet oder wenn die Überschreitung durch Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen bedingt ist.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Die Sätze 8 bis 10 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:	bb) Die Sätze 8 bis 10 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Für die Jahre bis einschließlich des Jahres 2026 gilt, sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, dass die Vertragsparteien zu vereinbaren <i>haben</i>, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Für die Jahre ab 2027 gilt, sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde oder die <i>hierfür</i> vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, dass <i>diese</i> Mittel im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen sind und der Gesamtbetrag in der <i>nächsten</i> Vereinbarung <i>entsprechend</i> abzusenken ist. Eine Absenkung des Gesamtbetrags nach den Sätzen 8 oder 9 ist nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl oder der <i>hierfür</i> vereinbarten Mittel vorliegt. Wird nach einer Absenkung des Gesamtbetrags nach den Sätzen 8 oder 9 eine Stellenbesetzung vorgenommen, ist der Gesamtbetrag <i>für den nächsten Vereinbarungszeitraum</i> in Höhe der entstehenden zusätzlichen Kosten zu erhöhen.“	„Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass bis einschließlich im Jahr 2025 eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass ab dem Jahr 2026 eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde oder die für die Stellenbesetzung vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, dass nicht entstandene Kosten für nicht besetzte Stellen oder nicht zweckentsprechend verwendete Mittel im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen sind und der Gesamtbetrag in der nächstmöglichen Vereinbarung in der Höhe abzusenken ist, in der Kosten für nicht besetzte Stellen nicht entstanden sind oder in der Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden. Eine Absenkung des Gesamtbetrags nach den Sätzen 8 oder 9 ist nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl oder der für die Stellenbesetzung vereinbarten Mittel vorliegt. Wird nach einer Absenkung des Gesamtbetrags nach den Sätzen 8 oder 9 eine Stellenbesetzung vorgenommen, ist der Gesamtbetrag in der nächstmöglichen Vereinbarung in Höhe der entstehenden zusätzlichen Kosten zu erhöhen.“
b) In Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 5 wird jeweils die Angabe „75 Prozent“ durch die Angabe „37,5 Prozent“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
2. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	2. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) Satz 2 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:	a) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„1. die der letzten Budgetvereinbarung zugrunde gelegten Leistungen und Kosten,“.	
b) Satz 3 wird wie folgt geändert:	b) Satz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 2 wird die Angabe „§ 6 Absatz 2 sowie“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 2,“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Nummer 3 wird die Angabe „Ausstattung.“ durch die Angabe „Ausstattung und“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) Nach Nummer 3 wird die folgende Nummer 4 eingefügt:	cc) Nach Nummer 3 wird die folgende Nummer 4 eingefügt:
„4. der Umfang der therapeutischen und weiteren Personalkosten sowie der Sachkosten.“	„4. der Umfang der therapeutischen und der weiteren Personalkosten sowie der Sachkosten.“
3. § 5 Absatz 6 wird gestrichen.	3. u n v e r ä n d e r t
4. § 9 wird wie folgt geändert:	4. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 Nummer 5 wird gestrichen.	
b) Absatz 2 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„In den übrigen Fällen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“	
5. In § 15 Absatz 1 Satz 5 wird nach der Angabe „§ 6 Absatz 1 oder 4“ die Angabe „zu vereinbaren ist“ eingefügt.	5. u n v e r ä n d e r t
Artikel 6	Artikel 6
Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0. In § 4 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 49 Abs. 1 Nr. 3“ durch die Angabe „§ 49 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3“ ersetzt.
1. § 23 wird <i>gestrichen</i> .	1. § 23 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt jährlich und letztmalig für das Jahr 2025 für jede Krankenkasse den von dieser zu tragenden Anteil zur Finanzierung des Innovationsfonds, indem es jeweils den sich aus § 92a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2025 geltenden Fassung für die Krankenkassen ergebenden Betrag durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen teilt und danach das Ergebnis mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse vervielfacht.“
2. Nach § 27 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:	entfällt
„(6) Für die Ermittlung der für das Jahr 2025 aufzubringenden Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds gilt § 23 in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes] geltenden Fassung.“	
	Artikel 6a
	Änderung der Medizinproduktemethodenbewertungsverordnung
	Die Medizinproduktemethodenbewertungsverordnung vom 15. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2340), die durch Artikel 3 der Verordnung vom 21. April 2021 (BGBl. I S. 833) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:“.
	„Verordnung über die Voraussetzungen für die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 137h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	(Methodenbewertungsverordnung – MBV)“.
	2. In der Eingangsformel wird die Angabe „§ 137h Absatz 2 Satz 3“ durch die Angabe „§ 137h Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses		
	3. In § 1 wird die Angabe „§ 137h Absatz 2 Satz 1 und 2“ durch die Angabe „§ 137h Absatz 2 Satz 1“ ersetzt und wird die Angabe „mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse“ gestrichen.		
	4. § 2 wird gestrichen.		
	5. In § 3 Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse“ durch die Angabe „nach § 137h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.		
	Artikel 6b		
	Änderung der Besonderen Gebührenverordnung BMG		
	Die Besondere Gebührenverordnung BMG vom 24. September 2021 (BGBl. I S. 4391), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 110) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:		
	1. § 1 Nummer 19 wird durch die folgenden Nummern 19 und 20 ersetzt:		
	„19. Medizinal-Cannabisgesetz,		
	20. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.“		
	2. Die Anlage zu § 2 Absatz 1 wird wie folgt geändert:		
	a) In der Inhaltsübersicht wird nach Abschnitt 15 Medizinal-Cannabisgesetz folgende Angabe eingefügt:		
	„Abschnitt 16 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“.		
	b) Nach Abschnitt 15 wird folgender Abschnitt 16 eingefügt:		
	„Abschnitt 16		
	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)“		
	Gebührenerhebende Behörde: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte		
	Nummer	Gebühren- oder Auslagentatbestand	Höhe der Gebühren oder Auslagen in Euro

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses		
	1	Entscheidung über einen Antrag auf Befreiung vom zusätzlichen Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1c Satz 1 SGB V	1 800
	2	Entscheidung über einen Antrag auf Verlängerung der Befreiung vom zusätzlichen Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1c Satz 11 SGB V	400
	Artikel 6c		
	Änderung der Pflegepersonalbemessungsverordnung		
	Die Pflegepersonalbemessungsverordnung vom 12. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 188), die durch Artikel 5b des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird aufgehoben.		
Artikel 7	Artikel 7		
Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte		
Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 11 Absatz 12 des Gesetzes vom 16. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 107) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 8 des Gesetzes vom 12. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 143) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:		
	0. § 1 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:		
	„Die §§ 1 bis 2b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 4a Absatz 2 und 4 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“		
	0a. § 9 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz ersetzt:		
	„(5) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf Versicherte bei bevorstehendem Bezug oder Bezug von Betriebshilfe zur Beratung, zur Prüfung von Leistungsansprüchen sowie zur Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit kontaktieren. Die Kontaktaufnahme kann schriftlich, elektronisch oder telefonisch erfolgen. Die Versicherten sind bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Recht zu informieren, der weiteren Kontaktaufnahme zu widersprechen. Im Falle eines Widerspruchs ist eine weitere Kontaktaufnahme unzulässig, soweit sie nicht zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung zwingend erforderlich ist. Der Widerspruch kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“
1. § 13 Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:	1. § 13 Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:
„(4) § 44 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 44a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die §§ 44d und 46 Satz 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 47 Absatz 1 Satz 6 und 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 48 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die §§ 49 bis 51 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“	„(4) § 44 Absatz 1, 1a und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 44a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 46 Satz 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 47 Absatz 1 Satz 6 und 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 48 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die §§ 49 bis 51 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“
	2. § 18a wird durch den folgenden § 18a ersetzt:
	„§ 18a
	Verwaltungsausgaben
	(1) Die landwirtschaftliche Krankenkasse hat bei der Durchführung ihrer Aufgaben und in ihren Verwaltungsangelegenheiten sparsam und wirtschaftlich zu verfahren und dabei ihre Ausgaben so auszurichten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten.
	(2) Ab dem Haushaltsjahr 2027 dürfen sich die Verwaltungsausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkasse im Verhältnis zu

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	ihren Verwaltungsausgaben im jeweils vorangegangenen Haushaltsjahr nur um die Hälfte der nach Maßgabe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik, sowie für Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl entstehen.
	(3) Im Jahr 2026 dürfen sich die sächlichen Verwaltungsausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkasse nicht um mehr als 8 Prozent gegenüber dem Jahr 2024 erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen für Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
2. Nach § 38 Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:	3. Nach § 38 Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:
„(5) Die <i>Landwirtschaftliche</i> Krankenkasse erhebt von Mitgliedern, deren Beitragsberechnung nach den §§ 43 bis 46 erfolgt <i>und von denen die Versicherung eines Ehegatten oder Lebenspartners nach § 7 abgeleitet wird</i> , einen Zuschlag auf den Beitragssatz in Höhe von 2,5 Prozentpunkten. § 242b Absatz 1 Satz 2 und 3 <i>und</i> Absatz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“	„(5) Die landwirtschaftliche Krankenkasse erhebt von Mitgliedern, deren Beitragsberechnung nach den §§ 43 bis 46 erfolgt, für einen nach § 7 versicherten Ehegatten oder Lebenspartner einen Zuschlag auf den jeweiligen Beitragssatz in Höhe von 2,5 Prozentpunkten. § 242b Absatz 1 Satz 2 bis 7 und Absatz 2 bis 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“
3. Nach § 40 Absatz 1 Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:	4. Nach § 40 Absatz 1 Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:
„Bei der Festsetzung der Beiträge für das Jahr 2028 ist sicherzustellen, dass die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nur für die höchste Beitragsklasse wirkt.“	„Bei der Festsetzung der Beiträge für das Jahr 2028 ist sicherzustellen, dass die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nur für die höchste Beitragsklasse wirkt.“
4. § 58 wird durch den folgenden § 58 ersetzt:	5. § 58 wird durch den folgenden § 58 ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 58	„§ 58
Vergütungsregelungen für Führungskräfte der Ebene unterhalb der <i>Vorstandsebene</i> bei der <i>Landwirtschaftlichen</i> Krankenkasse	Vergütungsregelungen für Führungskräfte der Ebene unterhalb der Ebene der Geschäftsführung bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse
§ 411 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für die <i>Landwirtschaftliche</i> Krankenkasse entsprechend.“	§ 411 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für die Vergütung für außertariflich bezahlte Führungskräfte der Ebene unterhalb der Ebene der Geschäftsführung bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse entsprechend.“
	Artikel 7a
	Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes
	Das Aufwendungsausgleichsgesetz vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3686), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	Nach § 1 Absatz 1 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:
	„Satz 1 gilt entsprechend für den Zeitraum, in dem ein Arbeitgeber anteiliges Arbeitsentgelt nach § 44c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt.“
	Artikel 7b
	Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte
	Das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891), das zuletzt durch Artikel 11 Absatz 11 des Gesetzes vom 16. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 107) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	§ 36 Absatz 1 Satz 1 und 2 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Betriebshilfe kann bei Arbeitsunfähigkeit des Versicherten oder Teilarbeitsunfähigkeit des Versicherten nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden, wenn die

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Leistung zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft erforderlich ist. Haushaltshilfe kann in den in Satz 1 genannten Fällen erbracht werden, wenn dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und diese auf andere Weise nicht sicherzustellen ist.“
	Artikel 7c
	Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes
	Das Künstlersozialversicherungsgesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 355) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	§ 3 Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Satz 2 gilt entsprechend für Zeiten des Bezugs von Krankengeld oder Elterngeld.“
Artikel 8	Artikel 8
Inkrafttreten	Inkrafttreten
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
(2) Artikel 1 Nummer 1, 5, 8, 12 Buchstabe b, Nummer 13, 16 bis 23, 28, 31 Buchstabe a und c, Nummer 37, 38, 47, 48 Buchstabe b, Nummer 62, 64 bis 66, 68, 69, Artikel 3 Nummer 1, Artikel 5 Nummer 3 und Artikel 6 treten am 1. Januar 2027 in Kraft.	(2) Artikel 1 Nummer 1, 5, 6, 8, 12 Buchstabe b, Nummer 13, 16 Buchstabe b und c, Nummer 18 Buchstabe b, Nummern 20 bis 23, 31 Buchstabe a und c, Nummer 32 Buchstabe b und d, Nummer 33 Buchstabe b und c, Nummer 34, 37, 38, 43 Buchstabe c, Nummer 47, 48 Buchstabe b, Nummer 62, 64 bis 66, 68 Buchstabe b und Nummer 69, Artikel 2 Nummer 1, Artikel 3 Nummer 1, Artikel 5 Nummer 3, Artikel 6 und Artikel 7 Nummer 0a und 1 treten am 1. Januar 2027 in Kraft.
(3) Artikel 1 Nummer 2, 7, 63 und Artikel 7 Nummer 2 treten am 1. Januar 2028 in Kraft.	(3) Artikel 1 Nummer 2, 7, 16 Buchstabe a, 17, 18 Buchstabe a, 19, 63, 68 Buchstabe a und Artikel 7 Nummer 2 treten am 1. Januar 2028 in Kraft.
	(4) Artikel 2 Nummer 3 tritt am 1. Juli 2028 in Kraft.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
EU-Rechtsakte:	u n v e r ä n d e r t
1. Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel (ABl. L 311 vom 28.11.2001, S. 67; L 239 vom 12.8.2014, S. 81), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2023/1182 vom 14. Juni 2023 (ABl. L 157 vom 20.6.2023, S. 1) geändert worden ist	1. u n v e r ä n d e r t
2. Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur (ABl. L 136 vom 30.4.2004, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/5 vom 11. Dezember 2018 (ABl. L 4 vom 7.1.2019, S. 24) geändert worden ist	2. u n v e r ä n d e r t
	Anhang zu Artikel 1 Nummer 72
	Anlage 1 (zu § 135e) Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
1	Allgemeine Innere Medizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Konventionelles Röntgengerät zur Aufnahme von Radiographien insbesondere des Skeletts, Thorax und Abdomens (Röntgen) jederzeit, Sonographiegerät, Computertomographie (CT) jederzeit mindestens in Kooperation, Gastroduodenoskopie und Koloskopie jederzeit	Facharzt (FA) aus dem Gebiet Innere Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Frauenheilkunde oder LG Geburten		Magnetresonanztomographie (MRT)			
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder FA Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung (ZW) Diabetologie Alternative: FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder FA Innere Medizin mit ZW Diabetologie, dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Medizin sein Alternative: Drei FA mindestens Rufbereitschaft, jederzeit; davon mindestens zwei FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, dritter FA kann FA Kinder- und Jugendmedizin sein	
3	nicht belegt							

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
4	Komplexe Gastroenterologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin	Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie), Sonographie, Endosonographie, CT jederzeit	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	
5	Komplexe Nephrologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Doppler- oder Duplex-Sonographie	FA Innere Medizin und Nephrologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Nephrologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	
6	Komplexe Pneumologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin	Röntgen, CT, Bronchoskopie jederzeit, Spirometrie, Bodyplethysmographie	FA Innere Medizin und Pneumologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Pneumologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	
7	Komplexe Rheumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Chirurgie		Sonographiergerät, Osteodensitometrie	FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie FA für Orthopädie und Unfallchirurgie FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Rheumatologie oder FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie, der dritte FA kann FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin oder FA für Orthopädie und Unfallchirurgie sein	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
8	Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Augenheilkunde LG HNO LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung einschließlich High-Flow-Nasenkanüle (HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Haut- und Geschlechtskrankheiten LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Komplexe Nephrologie LG Komplexe Pneumologie			FA Transfusionsmedizin		
9	Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA aus dem Gebiet Innere Medizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
		Auswahlkriterium	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Gastroenterologie LG Stammzelltransplantation			FA Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt (SP) Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
10	EPU/ Ablation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE)	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		Kardio-MRT			
11	Interventionelle Kardiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	Katheterlabor, Röntgen, CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation LG Kardiologie Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		Kardio-MRT			Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 28 Nummer 1 bis 6 oder Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 oder Erfüllung der Voraussetzungen der umfassenden Notfallversorgung gemäß den §§ 18 bis 22, jeweils bezogen auf die Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert wurde
12	Kardiale Devices	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG EPU/Ablation LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		Kardio-MRT			

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
13	Minimalinvasive Herzkappenintervention	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	LG Allgemeine Chirurgie LG EPU/Ablation	Katheterlabor und herzchirurgischer Operationssaal (OP) oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA Herzchirurgie sowie drei FA für Innere Medizin und Kardiologie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie					
14	Allgemeine Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, Sonographievergär, CT jederzeit mindestens in Kooperation, mindestens zwei Operationssäle	FA Allgemeinchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	Drei FA für Allgemeinchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Jeweils ein FA für Allgemeinchirurgie kann durch einen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und einen FA für Viszeralchirurgie ersetzt werden	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie					
15	Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin		CT jederzeit oder MRT jederzeit mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
16	nicht belegt							
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin			FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Chirurgie sein	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
18	Bauchaortenaneurysma	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma vom 13. März 2008 (BAnz Nr. 71, S. 1706), die zuletzt durch den Beschluss vom 19. Dezember 2024 (BAnz AT 25.02.2025 B4) geändert worden ist
		Auswahlkriterium				FA Innere Medizin und Angiologie		
19	Carotis operativ/ interventionell	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, CT jederzeit, MRT, Digitale Subtraktionsangiographie (DSA), Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)		Hybrid-OP	FA Innere Medizin und Angiologie		

abfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, CT jederzeit, MRT, DSA, Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie FA Allgemeinchirurgie FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Gefäßchirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)			FA Innere Medizin und Angiologie		
21	Herzchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie	LG Allgemeine Chirurgie	Katheterlabor, Echokardiographie, EKG, Doppler- oder Duplex-Sonographie, DSA, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, Herz-Lungen-Maschine	FA Herzchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Herztransplantation Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße		Hybrid-OP Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)			

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
22	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V vom 18. Februar 2010 (BAnz Nr. 89a – Beilage vom 18.06.2010), der durch Beschluss vom 4. Dezember 2024 (BAnz AT 21.01.2025 B4) geändert wurde
23	Endoprothetik Hüfte	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Knie LG Geriatrie LG Revision Hüftendoprothese		CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		
24	Endoprothetik Knie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese		CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		
25	Revision Hüftendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Hüfte LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie		CT jederzeit, MRT			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
26	Revision Knieendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Knie LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie		CT jederzeit, MRT			

27	Spezielle Traumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Intensivmedizin LG Allgemeine Innere Medizin	LG Neurochirurgie LG Komplexe periphere arterielle Gefäße LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	CT jederzeit, Röntgen jederzeit, Sonographie, mindestens zwei Operationssäle, Intensivstation mit mindestens sechs Betten, MRT jederzeit, Schockraum, Angiographiearbeitsplatz, Teleradiologische Anbindung zum Standort mit LG Neurochirurgie, falls diese in Kooperation erbracht wird, Hubschrauberlandeplatz oder Public-Interest-Site-(PIS-)Landestelle	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens drei FA mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist Erfüllung der durch die gesetzliche Unfallversicherungsträger nach § 34 Absatz 1 Satz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) festgelegten Anforderungen an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV) in der Fassung vom 1. Juli 2025, welche auf Grundlage von § 34 Absatz 2 und 3 SGB VII von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau festgelegt worden sind. Die Anforderungen sind abrufbar auf der Internetseite der Landesverbände der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (www.dguv.de/landesverbaende) unter der Rubrik „Medizinische Rehabilitation“ in der Unterrubrik „Verletzungsartenverfahren“. Erfüllung der Anforderungen an die personelle Ausstattung und der räumlichen Anforderungen für Regionales Traumazentrum (RTZ) oder Überregionales Traumazentrum (ÜTZ) nach dem „Weißbuch Schwerverletztenversorgung – Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“; Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., 3. erweiterte Auflage 2019, Seiten 16, 17 und 18 bis 20
----	-------------------------	----------------------	---	---	--	---	---	---

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Wirbelsäuleneingriffe LG Endoprothetik Hüfte LG Endoprothetik Knie	LG Urologie LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie LG Thoraxchirurgie LG HNO LG Herzchirurgie LG Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG)		FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
28	Wirbelsäuleneingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium		LG Neurochirurgie	CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie		
29	Thoraxchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Thoraxchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Sofern LG Herzchirurgie am Standort erbracht wird: abweichend mindestens zwei FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Herzchirurgie LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe		FA Radiologie		
30	Bariatrische Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Gastroenterologie	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie		Mindestens ein OP-Tisch mit einer Tragfähigkeit von mindestens 225 Kilogramm			
31	Lebereingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Komplexe Gastroenterologie	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Lebertransplantation LG Palliativmedizin LG Pankreaseingriffe LG Komplexe Gastroenterologie		Interventionelle Endoskopie einschließlich endoskopischer retrograder Cholangiopankreatikographie (ERC/P) jederzeit, interventionelle Radiologie jederzeit, diagnostische Angiographie jederzeit			
32	Ösophaguseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex		Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Telerradiologischer Befund möglich, interventionelle Endoskopie jederzeit	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie; davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	LG Thoraxchirurgie	Diagnostische Angiographie			
33	Pankreaseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex		Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Telerradiologischer Befund möglich, interventionelle Endoskopie einschließlich ERC/P	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie; davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie LG Lebereingriffe LG Palliativmedizin		Interventionelle Radiologie, Diagnostische Angiographie			
34	Tiefe Rektumeingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Komplexe Gastroenterologie	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Telerradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin LG Urologie		Interventionelle Endoskopie jederzeit	ZW Proktologie		
35	Augenheilkunde	Mindestvoraussetzung		LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Sonographiegerät, Gonioskopie, Ophthalmoskopie, Fluoreszenzangiographie	FA Augenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG MKG Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)		Optische Kohärenztomographie (OCT)			
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Urologie	Lasertherapie, Photo(chemo)therapie	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Neurochirurgie LG Urologie	LG HNO LG MKG LG Thoraxchirurgie		FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ZW Allergologie		
37	MKG	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		B-Bild-Sonograph, CT, Orthopantomogramm (OPG)-Röntgengerät	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese	LG Augenheilkunde LG HNO				

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
38	Urologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie	Endoskop, Laparoskop, Sonographiegerät (einschließlich Doppler- oder Duplex-Sonographie)	FA Urologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie	LG Allgemeine Frauenheilkunde	CT, MRT, PET oder PET-CT, Roboter-assistierte Chirurgie	FA Urologie mit ZW Andrologie		
39	Allgemeine Frauenheilkunde	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		
40	Ovarial-CA	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Urologie		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit SP Gynäkologische Onkologie	
		Auswahlkriterium	LG Palliativmedizin LG Senologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
41	Senologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Ovarial-CA LG Palliativmedizin LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie		
42	Geburten	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	FA anwesend: jederzeit	
43	Perinataler Schwerpunkt	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe III gemäß Nummer III der Anlage 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz AT 20.01.2025 B4) geändert wurde

abfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
44	Perinatalzentrum Level 1	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe I gemäß Nummer I der Anlage 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz AT 20.01.2025 B4) geändert wurde
		Auswahlkriterium				FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie		
45	Perinatalzentrum Level 2	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe II gemäß Nummer II der Anlage 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz AT 20.01.2025 B4) geändert wurde
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung		LG Intensivmedizin		FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

abfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2 LG Geburten LG Intensivmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Kinder- und Jugendchirurgie		
47	nicht belegt							
48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung (einschließlich HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des GBA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz S. 4997 vom 13.07.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 16. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B6) geändert wurde

abfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Pneumologie LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Leukämie und Lymphome	Telemedizinische Behandlung	FA Transfusionsmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		
49	Kinder-Hämatologie und Onkologie – Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des GBA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz, S. 4997 vom 13.07.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 16. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B6) geändert wurde
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Komplexe Pneumologie LG Leukämie und Lymphome LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Stammzelltransplantation	Telemedizinische Behandlung	FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		
50	HNO	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	ZW Allergologie		
51	Cochleaimplantate	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG HNO LG Intensivmedizin		ERA	FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	FA Phoniatrie und Pädaudiologie		
52	Neurochirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit	Evozierte Potentiale, Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, CT jederzeit, MRT	FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit LG Wirbelsäulenchirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese	LG HNO LG MKG LG Palliativmedizin	MRT jederzeit	FA Radiologie mit SP Neuro-radiologie ZW Spezielle Schmerztherapie		
53	Allgemeine Neurologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		CT oder MRT (Teleradiologie möglich), Elektroenzephalogramm (EEG), Elektromyographie (EMG), Evozierte Potentiale, Elektroneurographie (ENG), Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Neurochirurgie Mindestens einer der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	LG Allgemeine Chirurgie LG Augenheilkunde LG HNO		ZW Geriatrie oder ZW Intensivmedizin oder ZW Palliativmedizin oder ZW Schlafmedizin		
54	Stroke Unit	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie LG Intensivmedizin	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	CT jederzeit oder MRT jederzeit (Befundung auch durch Teleradiologie möglich), CT-Angiographie jederzeit oder MR-Angiographie jederzeit (Befundung auch durch Teleradiologie möglich), Intra- und extrakranielle Sonographie einschließlich Farbduplex jederzeit, Transthorakale Echokardiographie (TTE), TEE, Systemische Fibrinolyse jederzeit	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens einer der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		Neuroradiologische Behandlungsmöglichkeit (einschließlich Thrombektomie) jederzeit mindestens in Kooperation, DSA	FA Radiologie mit SP Neuro-radiologie FA Innere Medizin und Kardiologie		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
55	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie	CT oder MRT (Teleradiologie möglich), EKG, EEG, EMG, Elektrisch evozierte Potenziale (EVP), Motorisch evozierte Potenziale (MEP), Mobiles Ultraschallgerät einschließlich Farbduplex	FA Neurochirurgie FA Neurologie FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie					
56	Geriatric	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese oder LG Wirbelsäuleneingriffe	CT	ZW Geriatric oder Schwerpunkt Geriatric oder FA für Innere Medizin und Geriatric	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei mit ZW Geriatric oder Schwerpunkt Geriatric oder FA für Innere Medizin und Geriatric	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese oder LG Wirbelsäuleneingriffe					
57	Palliativmedizin	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin			ZW Palliativmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA mit ZW Palliativmedizin	
		Auswahlkriterium	LG Intensivmedizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	LG Geriatrie		FA Kinder- und Jugendmedizin		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
58	Darmtransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatriische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
59	Herztransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		Herzkatheterlabor (Rechts- und Linkskatheter), Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Innere Medizin und Kardiologie ZW Transplantationsmedizin	Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens drei FA Herzchirurgie und drei FA Innere Medizin und Kardiologie; davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Thoraxchirurgie		ECMO	FA Thoraxchirurgie FA Innere Medizin und Pneumologie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
60	Lebertransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Gastroenterologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie ZW Transplantationsmedizin	Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie und drei FA Innere Medizin und Gastroenterologie; davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
61	Lungentransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Pneumologie LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie		Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Fünf FA Herzchirurgie und ein FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft jederzeit oder drei FA Thoraxchirurgie und ein FA Herzchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium			ECMO	FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantationsmedizin		
62	Nierentransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens zwei der folgenden LG: LG Komplexe Nephrologie oder LG Urologie oder mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe	LG Komplexe Nephrologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe	Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Urologie FA Innere Medizin und Nephrologie ZW Transplantationsmedizin	Neun FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie, drei FA Urologie und drei FA Innere Medizin und Nephrologie; davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
63	Pankreastransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatriische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
64	Intensivmedizin	Mindestvoraussetzung				FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin FA Anästhesiologie	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Intensivmedizin oder ein FA Anästhesiologie	
		Qualitätsanforderung Komplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs-/ Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a) Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit, b) Flexible Bronchoskopie täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, c) Ultraschall-Verfahren täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, Abdomen, TTE, TEE am Standort täglich acht Stunden	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA mit ZW Intensivmedizin Ständige Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr			
		Qualitätsanforderung Hochkomplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a) Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit b) Flexible Bronchoskopie jederzeit c) Ultraschall-Verfahren jederzeit: Abdomen, TTE, TEE am Standort, täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr	ZW Intensivmedizin	Drei FA mit ZW Intensivmedizin, mindestens Rufbereitschaft: Jederzeit Jederzeit Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	
65	Nicht belegt							

Bericht der Abgeordneten Simone Borchardt, Kay-Uwe Ziegler, Dr. Christos Pantazis, Dr. Janosch Dahmen und Ates Gürpınar**A. Allgemeiner Teil****I. Überweisung****Zu Buchstabe a**

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 21/6130, 21/6559** in seiner 84. Sitzung am 12. Juni 2026 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Mitberatung überwiesen. Der Haushaltsausschuss wurde darüber hinaus gemäß § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages auch gutachterlich beteiligt.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 21/2036** in seiner 31. Sitzung am 9. Oktober 2025 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn an den Haushaltsausschuss und den Ausschuss für Arbeit und Soziales zur Mitberatung überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 21/2716** in seiner 40. Sitzung am 13. November 2025 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn an den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und den Ausschuss für Forschung, Technologie, Raumfahrt und Technikfolgenabschätzung zur Mitberatung überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 21/5332** in seiner 71. Sitzung am 16. April 2026 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn an den Ausschuss für Arbeit und Soziales zur Mitberatung überwiesen.

Zu Buchstabe e

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 21/5759** in seiner 77. Sitzung am 7. Mai 2026 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn an den Haushaltsausschuss und den Ausschuss für Arbeit und Soziales zur Mitberatung überwiesen.

Zu Buchstabe f

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 21/5753** in seiner 77. Sitzung am 7. Mai 2026 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Finanzausschuss, den Haushaltsausschuss und den Ausschuss für Wirtschaft und Energie zur Mitberatung überwiesen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Nach Auffassung der Bundesregierung wird ohne Gegensteuerung bereits für das Jahr 2027 in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Deckungslücke von 15,3 Milliarden Euro erwartet, die bis 2030 auf rund 40 Milliarden Euro anwachsen könnte. Um die Zusatzbeiträge zu stabilisieren, sieht der Gesetzentwurf daher eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik vor, die primär die Ausgabendynamik bremsen soll. Ziel ist es, die GKV im Jahr 2027 um 16,3 Milliarden Euro und bis zum Jahr 2030 um bis zu 38,1 Milliarden Euro zu entlasten.

Zur Umsetzung dieser einnahmenorientierten Ausgabenpolitik soll mit dem Gesetzentwurf erreicht werden, dass die Vergütungs- und Preisanstiege bei sämtlichen Leistungserbringern sowie die Verwaltungskosten der Krankenkassen auf die jeweilige Kostenentwicklung mit der Grundlohnrate als feste Obergrenze begrenzt werden. Die Bundesregierung betont, dass künftig die vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen auch über die Obergrenze hinaus eingeschränkt sowie nicht zielgenaue Sondervergütungen konsequent abgeschafft werden müssten. Im Arzneimittelbereich soll ein ergänzender dynamischer Herstellerabschlag etabliert werden, während bei den Krankenkassen zudem eine Anbindung der Verwaltungskosten an die Einnahmenentwicklung sowie eine Halbierung der Werbeausgaben je Mitglied vorgesehen ist. Darüber hinaus sollen begrenzende Regelungen für Vorstandsvergütungen ausgeweitet und die Bezüge außertariflich beschäftigter Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene gedeckelt werden.

Auf der Einnahmenseite soll der pauschale Arbeitgeber-Beitragssatz für geringfügig Beschäftigte an den allgemeinen Beitragssatz angepasst und sowohl die Beitragsbemessungsgrenze als auch die Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2027 um monatlich 300 Euro zusätzlich angehoben werden. Nach Auffassung der Bundesregierung ist zudem eine Begrenzung der beitragsfreien Familienversicherung für Ehe- und Lebenspartner geboten, sofern keine gesetzlich definierten Ausnahmetatbestände vorliegen würden; andernfalls soll künftig ein Beitragszuschlag in Höhe von 2,5 Prozent erhoben werden. Auch aufseiten der Versicherten seien moderate Anpassungen unumgänglich, weshalb die seit 2004 weitgehend unveränderten Zuzahlungsregelungen zunächst bei den unteren und oberen Grenzen auf 7,50 Euro beziehungsweise 15 Euro angepasst und künftig entsprechend der Entwicklung der Grundlohnrate dynamisiert werden sollten, während die Belastungsgrenzen zum Schutz vor finanzieller Überforderung unverändert blieben. Zudem ist eine Reduktion der Festzuschüsse für Zahnersatz auf das Niveau von 2020 und die Beseitigung von Missbrauchspotenzialen beim Krankengeld vorgesehen. Die Bundesregierung hebt hervor, dass sich auch der Bund über eine Verschiebung der Darlehensrückzahlungen von insgesamt 5,6 Milliarden Euro sowie über höhere Beitragspauschalen für Grundsicherungsempfänger beteiligt. Allerdings müsse der reguläre Bundeszuschuss ab 2027 im Zuge der Haushaltskonsolidierung um zwei Milliarden Euro abgesenkt werden.

Der **Nationale Normenkontrollrat (NKR)** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKR-G) den Gesetzentwurf geprüft und eine Stellungnahme abgegeben (Drucksache 21/6130, Anlage 2). Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass die Darstellung der Regelungsfolgen nicht in jeder Hinsicht nachvollziehbar ist. Der Nationale Normenkontrollrat hat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags zu beanstanden, dass die Darstellung der Weiteren Kosten im Einzelnen nicht nachvollziehbar ist, da die Berechnungsgrundlagen nicht transparent gemacht werden.

Der **Bundesrat** hat in seiner 1066. Sitzung am 12. Juni 2026 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen. Dazu hat die **Bundesregierung** in ihrer Gegenäußerung Stellung genommen (Drucksache 21/6559).

Dem Ausschuss lag zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/6130, 21/6559 eine Petition vor. Diese wurde in die Beratungen einbezogen.

Zu Buchstabe b

Die GKV steht nach Auffassung der Antragsteller vor einer erheblichen finanziellen Belastung, die sich insbesondere auch aus der unzureichenden Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Bürgergeldempfänger ergibt. Die Antragsteller fordern vor diesem Hintergrund die vollständige Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Bürgergeldempfänger durch den Bund, um die Gesetzliche Krankenversicherung zu entlasten.

Diese müssten jährlich dynamisiert sein. Zudem müsse die aus ihrer Sicht fortdauernde Zuwanderung in die Sozialsysteme unverzüglich beendet werden.

Zu Buchstabe c

Die antragstellende Fraktion fordert, die ambulante ärztliche Versorgung durch ein strukturelles Reformpaket zukunftssicher auszugestalten. Zur Behebung des Ärztemangels soll die Zahl der Medizinstudienplätze aufgestockt und die Honorarbudgetierung für Ärzte unter Einführung flankierender Steuerungsmaßnahmen abgeschafft werden. Zudem fordern die Initianten, die Digitalisierung gezielt für den Bürokratieabbau einzusetzen und eine mit Ärzten besetzte Regierungskommission einzurichten, welche die Dokumentationspflichten sowie die Bürokratiezeit reduziert. Schließlich soll ein einheitliches Abrechnungs- und Vergütungssystem für ambulante Leistungen in Praxen, Krankenhäusern und dem Rettungsdienst geschaffen werden, um eine finanzielle Benachteiligung niedergelassener Ärzte zu verhindern.

Zu Buchstabe d

Nach Auffassung der Antragsteller steht die ärztliche Versorgung in Deutschland, insbesondere in ländlichen Regionen, vor erheblichen Herausforderungen und spürbaren Versorgungslücken. Die antragstellende Fraktion fordert, dass eine Unterversorgung bei Fach- und Hausärzten bereits bei weniger als 90 Prozent besetzten Planstellen festgestellt wird und die bisherigen restriktiveren Schwellenwerte abzulösen. Zu diesem Zweck soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet werden, seine Bedarfsplanungsrichtlinie bis Ende 2026 zu aktualisieren. Bei festgestellter Unterversorgung soll zudem das Regelleistungsvolumen für betroffene Praxen unbegrenzt freigegeben werden und die Budgetbeschränkungen der Kassenärztlichen Vereinigungen für maximal fünf Jahre entfallen. Die antragstellende Fraktion betont, dass durch diese Maßnahmen bis 2030 schätzungsweise 3 000 bis 4 000 neue Arztsitze geschaffen, die wirtschaftliche Stabilität der Praxen durch Erlössteigerungen erhöht und die Wartezeiten für Patienten im ländlichen Raum verkürzt würden.

Zu Buchstabe e

Die antragstellende Fraktion ist der Auffassung, dass durch umfassende Reformen eine finanzielle Gesamtentlastung der gesetzlichen Krankenversicherung von knapp 40 Milliarden Euro realisiert werden kann. Zur Erreichung dieses Ziels soll dem System die vollständige Erstattung der Gesundheitskosten für deutsche Bürgergeldempfänger aus Steuermitteln zufließen, während ausländische Bürgergeldempfänger ihre medizinischen Kosten zukünftig eigenständig tragen sollen. Zudem müssten alle bilateralen Sozialversicherungsabkommen geprüft werden, um beitragsfreie Mitversicherungen von Angehörigen im Ausland auszuschließen. Des Weiteren fordern die Initianten eine deutliche Reduzierung der Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen durch Zusammenlegungen, ein Werbeverbot sowie einen konsequenten Bürokratieabbau und die gezielte Nutzung digitaler sowie medizintechnischer Effizienzpotenziale. Schließlich soll eine Evidenzpflicht bei Orphan Drugs eingeführt und bestehende Quersubventionierungen durch eine auskömmliche Vergütung medizinischer Leistungen beendet werden.

Dem Ausschuss lag zu dem Antrag auf Drucksache 21/5759 eine Petition vor. Diese wurde in die Beratungen einbezogen.

Zu Buchstabe f

Zur Realisierung des notwendigen Einsparvolumens sieht die antragstellende Fraktion umfassende Maßnahmen in sechs Kernbereichen vor, wobei die GKV-Ausgaben an der Einnahmeentwicklung zu orientieren seien und die geplante Absenkung des Bundeszuschusses zurückgenommen werden müsse. Zur Gegenfinanzierung schlagen die Initianten eine stärkere Besteuerung von Alkohol, Tabak und zuckerhaltigen Getränken sowie das Schließen von steuerlichen Gerechtigkeitslücken bei Immobilien und Krypto-Gewinnen vor. Im Arzneimittelsektor soll der Herstellerrabatt auf 17 Prozent angehoben, Einstiegspreise für neue Medikamente sowie für Orphan Drugs frühzeitig begrenzt und das AMNOG auf den Krankenhausbereich ausgeweitet werden. Zudem soll das Krankenhausreformenpassungsgesetz so nachgebessert werden, dass zentrale Steuerungsinstrumente nicht verzögert und unwirtschaftliche Parallelstrukturen durch den Abbau von Gelegenheitsversorgung verringert werden, während eine Reform der Notfallversorgung medizinisch nicht indizierte Klinikaufenthalte reduzieren soll.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 46. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 21/6130, 21/6559 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 44. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 21/6130, 21/6559 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der Haushaltsausschuss wird aufgrund seiner Beteiligung nach § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages einen eigenen Bericht vorlegen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 35. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 21/6130, 21/6559 in geänderter Fassung zu empfehlen. Die Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke haben keine Stimmen abgegeben.

Der **Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 27. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 21/6130, 21/6559 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich gemäß Einsetzungsantrag auf Drucksache 21/571 in seiner 19. Sitzung am 10. Juni 2026 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/6130, 21/6559 befasst und ist in seiner gutachtlichen Stellungnahme zu dem Ergebnis gekommen, dass der Gesetzentwurf in Einklang mit der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie steht und eine Prüfbitte daher nicht erforderlich ist (Ausschussdrucksache 21(26)51-11).

Zu Buchstabe b

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 44. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2036 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 35. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2036 zu empfehlen. Die Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke haben keine Stimmen abgegeben.

Zu Buchstabe c

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 44. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2716 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 27. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2716 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Forschung, Technologie, Raumfahrt und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 28. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2036 zu empfehlen.

Zu Buchstabe d

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 35. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Frakti-

onen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5332 zu empfehlen. Die Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke haben keine Stimmen abgegeben.

Zu Buchstabe e

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 44. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5759 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 35. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5759 zu empfehlen. Die Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke haben keine Stimmen abgegeben.

Zu Buchstabe f

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 40. Sitzung am 6. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD, SPD und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5753 zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 44. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD, SPD und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5753 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Energie** hat in seiner 43. Sitzung am 8. Juli 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD, SPD und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5753 zu empfehlen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Zu den Buchstaben a bis f

Der Ausschuss für Gesundheit hat seine Beratungen zu den Anträgen auf den Drucksache 21/2036 (Buchstabe b) und Drucksache 21/2716 (Buchstabe c) in seiner 26. Sitzung am 28. Januar 2026 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat seine Beratungen zu dem Antrag auf Drucksache 21/5332 (Buchstabe d) in seiner 40. Sitzung am 22. April 2026 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat seine Beratungen zu den Anträgen auf den Drucksachen 21/5759 (Buchstabe e) und Drucksache 21/5753 (Buchstabe f) in seiner 44. Sitzung am 20. Mai 2026 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 44. Sitzung am 20. Mai 2026 beschlossen, vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum eine Anhörung zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/6130, 21/6559 (Buchstabe a) durchzuführen.

In seiner 48. Sitzung am 22. Juni 2026 hat er die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/6130, 21/6559 aufgenommen.

Die gemeinsame öffentliche Anhörung zu allen Vorlagen (Buchstaben a bis f) fand in der 49. Sitzung am 22. Juni 2026 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, ADAC Luftrettung, Aktion Psychisch Kranke (APK), Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG), AOK-Bundesverband, BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung, BKK Dachverband, Bitkom, Bund Deutscher Cannabis-Patienten (BDCan), Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD), Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesrechnungshof (BRH), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI), Berufsverband der Deutschen Dermatologen

(BVDD), Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK), Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED), Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg, Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK), Bundesverband Medizintechnologie (BVMed), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern (BZÄK), Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV), Deutsche Rentenversicherung (DRV), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Deutsche Stiftung für chronische Kranke (DSCK), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband, Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD), Deutscher Caritasverband, Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hebammenverband (DHV), Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband, Deutscher Pflegerat (DPR), Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund, Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung, Die Arzneimittel Importeure, DRF Stiftung Luftrettung, eurocom – European Manufacturers Federation for Compression Therapy and Orthopaedic Devices, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), gematik, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKiND), GKV-Spitzenverband, Hausärztinnen- und Hausärzterverband, IKK – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), Interessenverband kommunaler Krankenhäuser (IVKK), Johanniter Unfallhilfe, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKVD), LOGO Deutschland – Selbstständige in der Logopädie, Malteser Hilfsdienst, Medizinischer Dienst Bund, MEZIS – Mein Essen zahl' ich selbst, Netzwerk der Geburtshäuser, Pharma Deutschland, Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie, Pro Generika, Sozialverband Deutschland (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland, Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV), Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa), Spitzenverband digitale Gesundheitsversorgung (SVDGV), VDB-Physiotherapieverband – Bundesverband, ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen (vdek), Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband), Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD), Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa), Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), Verein Demokratischer Ärzt*innen, Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH), Arbeitsgemeinschaft der Gesundheitshandwerke. Als namentlich benannte Sachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Christian Karagianidis (Universität Witten/Herdecke), Marc Nellen (Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Dr. Michael Vogt (Hartmannbund - Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands). Auf das Wortprotokoll der Anhörung und die als Ausschussdrucksachen veröffentlichten Stellungnahmen 21(14)92(1-62) wird verwiesen.

Der Ausschuss hat in seiner 52. Sitzung am 8. Juli 2026 seine Beratungen zu allen Vorlagen (Buchstaben a bis f) fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke die Annahme des Gesetzesentwurfs auf Drucksachen 21/6130, 21/6559 (Buchstabe a) in geänderter Fassung.

Zudem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2036.

Zudem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2716.

Zudem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5332.

Zudem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5759.

Zudem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD, SPD und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5753.

Änderungsanträge

Die Fraktionen der CDU/CSU und SPD haben als Ergebnis der öffentlichen Anhörung einen Änderungsantrag auf der Ausschussdrucksache 21(14)97 vorgelegt. Dieser wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke angenommen.

Ferner hat die Fraktion der AfD auf Ausschussdrucksache 21(14)98 einen Änderungsantrag mit folgendem Inhalt vorgelegt:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

(Kieferorthopädie)

I.

In Artikel 1 Nummer 11: Änderung in § 28 SGB V wird ersatzlos gestrichen.

II.

In Artikel 1 wird Nummer 31 wie folgt geändert:

1. Buchstabe b) – Einfügung des neuen § 87 Absatz 1d SGB V:

Nach dem bisherigen Satz 4 des neuen § 87 Absatz 1d SGB V-E („Die weiteren Einzelheiten ... regeln die Vertragspartner im Bundesmantelvertrag.“) werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die vereinbarten Gesamtpunktzahlen je Leistungskomplex sind so zu bemessen, dass eine bedarfsgerechte, flächendeckende kieferorthopädische Versorgung dauerhaft sichergestellt werden kann. Die Angemessenheit der vereinbarten Gesamtpunktzahlen ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach spätestens zwei Jahren nach Inkrafttreten der Vergütungsvereinbarung im Auftrag der Vertragsparteien wissenschaftlich zu evaluieren und dem Deutschen Bundestag zu berichten. Kommt eine Einigung der Vertragspartner bis zum 31. Dezember 2027 nicht zustande, stellt das Schiedsamt nach § 89 die Vereinbarung unter Berücksichtigung der Sätze 5 und 6 fest.“

2. Buchstabe g) – Einfügung nach § 87 Absatz 2h Satz 3 – wird ergänzt:

Nach dem einzufügenden Satz („Die Leistungskomplexe ... sind alle unter das jeweilige Leistungspaket fallenden kieferorthopädischen Maßnahmen unabhängig von der Gesamtbehandlungsdauer abgegolten.“) wird folgender Satz angefügt:

„Für Behandlungsfälle, bei denen nachweislich erhöhter Behandlungsaufwand entsteht, der die Gesamtpunktzahl des jeweiligen Leistungskomplexes übersteigt, vereinbaren die Vertragspartner im Bundesmantelvertrag einen angemessenen Ausgleichsmechanismus.“

Begründung:

I. Streichung des Facharztvorbehalts

Der Änderungsantrag streicht den in Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe a) vorgesehenen Fachzahnarztvorbehalt für kieferorthopädische Leistungen in der GKV (§ 28 Absatz 2 Satz 6 Nummer 1 SGB V-E) sowie die unter b) darauf bezogene Übergangsregelung (§ 28 Absatz 2a SGB V-E). Die Neuregelung, wonach kieferorthopädische GKV-Leistungen künftig ausschließlich von anerkannten Fachzahnärzten für Kieferorthopädie erbracht werden dürfen, ist weder verfassungsrechtlich tragfähig noch versorgungspolitisch verantwortbar. Das angestrebte Einsparziel rechtfertigt den damit verbundenen strukturellen Schaden an der zahnärztlichen beziehungsweise kieferorthopädischen Versorgung nicht. Infolge der drohenden Unterversorgung durch eine solche Neuregelung entstehen gesundheitliche Folgeschäden, die einen mittelfristigen finanziellen Spareffekt fraglich erscheinen lassen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Laut der Gesetzesbegründung selbst soll die Maßnahme ab 2028 jährliche Einsparungen von ca. 60 Millionen Euro erbringen. Dem gegenüber stehen nach übereinstimmenden Angaben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) mindestens 921.000 Kinder und Jugendliche, die ihren bisherigen Behandler verlieren würden, weil dieser nicht die geforderte Fachzahnarztzulassung besitzt. Der Gesetzentwurf definiert selbst, dass das „hohe Ausgabenwachstum ohne Einschränkungen der Versorgungsqualität“ gesenkt werden soll. Dieser Grundsatz wird durch die vorliegende Regelung eklatant verletzt.²

In Deutschland sind derzeit bundesweit ca. 3.825 Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für Kieferorthopädie tätig (BZÄK-Statistik 2024).³ Die Weiterbildung dauert mindestens drei Jahre im Vollzeitbeschäftigungsverhältnis und ist nur an einer begrenzten Anzahl ermächtigter Weiterbildungsstätten möglich. Für die vergangenen zwölf Jahre ist ein Nettoanstieg von etwa 300 Fachzahnärzten für Kieferorthopädie zu verzeichnen.⁴ Eine kurzfristige Ausweitung der Ausbildungskapazitäten, die den durch den Ausschluss der Zahnärzte mit Tätigkeitsschwerpunkt Kieferorthopädie entstehenden Wegfall kompensieren könnte, ist strukturell ausgeschlossen. In der Folge sind insbesondere in ländlichen Regionen und Flächenländern deutliche Versorgungslücken sowie erheblich verlängerte Wartezeiten zu erwarten.⁵

Ein von der BZÄK und der KZBV in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten kommt zu dem Ergebnis, dass der Fachzahnarztvorbehalt gegen die durch Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes geschützte Berufsfreiheit verstößt. Zahnärzte, die in der Vergangenheit rechtmäßig und zum Teil über viele Jahre hinweg kieferorthopädische GKV-Leistungen erbracht haben und in diesem Bereich Praxisstrukturen aufgebaut haben, werden nachträglich von der Leistungserbringung ausgeschlossen, ohne dass ein zwingender Grund von hinreichendem Gewicht vorliegt. Das Einsparziel von 60 Millionen Euro jährlich stellt nach den Maßstäben der verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsprüfung keinen solchen zwingenden Grund dar.⁶

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die seit dem Jahr 2004 unveränderten KFO-Richtlinien bis Ende 2027 zu überprüfen und insbesondere die kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) auf Aktualität und Verhältnismäßigkeit hin zu evaluieren, wird durch diesen Änderungsantrag nicht berührt. Eine Modernisierung der Richtlinien ist sachlich geboten und kann ohne den kontraproduktiven Fachzahnarztvorbehalt zu sinnvollen Effizienzgewinnen führen.

II. Umstellung der Vergütung auf Behandlungspauschalen

Die Umstellung der gesamten kieferorthopädischen Vergütung von der bisherigen Einzelleistungsvergütung im BEMA auf vier Behandlungspauschalen (§ 87 Absatz 1d SGB V-E) ist eine finanziell gewichtige Maßnahme: Der Gesetzentwurf selbst geht von einem Einsparpotenzial von rund 500 Millionen Euro jährlich aus. Mit der Gesamtpunktzahl je Leistungskomplex sollen laut § 87 Absatz 2h Satz 4 SGB V-E sämtliche Maßnahmen unabhängig von der Behandlungsdauer abgebolten sein. Zu erwarten sind Fehlanreize durch die Pauschalierung.

Jede Kopfpauschale setzt strukturell Anreize, aufwändigere Fälle zu meiden und weniger komplexe Behandlungen zu bevorzugen, da beide dieselbe Gesamtpunktzahl einbringen. Kieferorthopädische Behandlungen variieren individuell erheblich in Dauer und Aufwand. Komplikationen in Einzelfällen können den tatsächlichen Behandlungsaufwand vervielfachen, ohne dass dies in einer einheitlichen Pauschale abgebildet werden könnte. Dies birgt die Gefahr einer systematischen Unterversorgung bei schweren Fällen.

Der Gesetzentwurf enthält weder eine Evaluationspflicht hinsichtlich der Angemessenheit der Pauschalhöhen noch einen Ausgleichsmechanismus für besonders aufwändige Behandlungsfälle noch eine Sicherstellungsklausel für die Flächenversorgung. Der Entwurf sieht lediglich vor, dass die Vertragspartner im Bundesmantelvertrag „Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität“ regeln sollen, ohne Mindeststandards gesetzlich zu definieren und ohne ein Korrektiv, falls die ausgehandelten Pauschalen die Versorgungssicherheit gefährden. Angesichts

² https://www.kzbv.de/wp-content/uploads/KZBV_BZAEK_Stellungnahme_GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz_RefE_2026-04-20.pdf; <https://www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/geplante-gkv-regelungen-bedrohen-zahnaerztliche-versorgung.html>

³ <https://www.bzaek.de/ueber-uns/daten-und-zahlen/nachgezählt.html>

⁴ <https://www.bzaek.de/ueber-uns/daten-und-zahlen/mitgliederstatistik/fachzahnaerzte.html>

⁵ <https://www.kzv-lsa.de/die-kzv/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen/fachzahnarztvorbehalt-gefahrdet-kfo-versorgung-66-prozent-der-praxen-betroffen.html>; <https://www.vdzi.de/BStabG>;

⁶ <https://www.presseportal.de/pm/30852/6292608>; Kurzgutachten: „Verfassungsrechtliche Beurteilung der Einführung eines Fachzahnarztvorbehalts für die vertragszahnärztliche kieferorthopädische Behandlung im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes“ - https://www.bzaek.de/fileadmin/b/Kurzgutachten_GKV-BStabG_Fachzahnarztvorbehalt.pdf

des erheblichen gesetzlich intendierten Einsparzwecks und der damit einhergehenden strukturellen Verhandlungssymmetrie zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband sind diese Schutzlücken nicht hinnehmbar.

Die vorgeschlagenen Ergänzungen stellen sicher, dass: 1. Die Pauschalhöhen nicht einseitig am Einsparziel, sondern an der Versorgungsrealität ausgerichtet werden, 2. Eine unabhängige Evaluation nach zwei Jahren eine evidenzbasierte Nachsteuerung ermöglicht, 3. Für besonders aufwändige Behandlungsfälle ein Ausgleichsmechanismus verhandelt werden muss, 4. Im Falle des Scheiterns einer Einigung eine gesetzeskonforme Schiedsamtlösung greift.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 21(14)98 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD abgelehnt.

Entschließungsantrag

Die Fraktionen der CDU/CSU und SPD haben zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/6130, 21/6559 zudem einen Entschließungsantrag auf Ausschussdrucksache 21(14)99 eingebracht, dessen Inhalt sich aus der Beschlussempfehlung ergibt.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** den Entschließungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 21(14)99 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD, SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke anzunehmen.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** betonte, dass durch das Gesetz die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft stabilisiert und eine Erhöhung der Beitragssätze sowie die Ausgabendynamik gebremst werde. Es seien zusätzliche Bundesmittel erzielt worden, um die Kürzung des Bundeszuschusses zu verringern und höhere Beiträge für Grundsicherungsempfänger zu erreichen. Im Sinne der Prävention sei zudem die Verknüpfung mit einer Zucker- und Tabaksteuer. Zur Entbürokratisierung in Krankenhäusern werde die Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen als verpflichtendes Qualitätskriterium in den Leistungsgruppen und die Abschaffung des Pflegepersonalbemessungsinstruments PPR 2.0 beitragen. Zudem werde auf eine ärztliche Personalbemessung verzichtet, während Datenmeldewege auf den Prüfstand zu stellen seien. Im Pharmabereich werde durch einen fixen Herstellerabschlag mehr Planungssicherheit für die Pharmahersteller am Standort Deutschland geschaffen. Für Patientinnen und Patienten seien etwa Behandlungsbefugnisse in der Kieferorthopädie gesichert oder weitere verpflichtende Zweitmeinungsverfahren eingeführt worden. Der Antrag der AfD werde abgelehnt, da dieser ohne grundlegende Reformen lediglich finanzielle Forderungen ohne Gegenfinanzierung aufstelle; zudem werde am Jahresende der Bericht der Finanzkommission Gesundheit für eine langfristige Strukturreform erwartet. Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sei ebenfalls abzulehnen, da die Zuckersteuer bereits durch den Gesetzentwurf eingebracht werde, Regelungen zur Psychotherapie über einen Entschließungsantrag adressiert seien und eine Beitragssenkung ohne Gegenfinanzierung als falscher Weg erachtet werde. Auch der Antrag der Fraktion Die Linke werde zurückgewiesen, da die geplante Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze unverhältnismäßig sei und die finanziellen Spielräume für den Mittelstand erheblich einschränke sowie der Ausschluss jeglicher Eigenbeteiligungen die Eigenverantwortung untergrabe.

Die **Fraktion der AfD** bemängelte, dass die gesetzliche Krankenversicherung nicht konsequent von versicherungsfremden Leistungen befreit werde, obwohl eine hohe staatliche Verschuldung vorliege. Der Gesetzentwurf der Koalition werde abgelehnt, da dieser übereilt ausgearbeitet worden sei, unverbindliche Personalnormen enthalte und Mängel bei den Informationspflichten für Versicherte aufweise. Zudem sei eine erneute öffentliche Anhörung zu den vorgenommenen Änderungen fälschlicherweise abgelehnt worden. Die Anträge der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke seien ebenfalls zurückzuweisen, da der Antrag der Grünen die Versorgung durch die vollständige Umsetzung der Forderungen der Finanzkommission Gesundheit zusätzlich gefährde. Mit vier eigenen Anträgen werde ein alternatives Konzept vorgelegt, das eine langfristige Sicherung durch den Ausschluss ausländischer Bürgergeldempfänger, Bürokratieabbau, verstärkte Digitalisierung und gerechte Sozialversicherungsabkommen vorsehe. Es müsse jede medizinische Leistung voll vergütet werden, wohingegen der Koalitionsentwurf durch verstärkte Budgetierungen zu drastischen Versorgungsengpässen im ländlichen Raum führe. Ein rein finanzorientiertes Denken im Bundesgesundheitsministerium werde zulasten der Lebensqualität und der medizinischen Versorgung der Bevölkerung abgelehnt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die **Fraktion der SPD** betonte, dass mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ein zentrales Vorhaben zur Eindämmung der Ausgabendynamik und Schließung der strukturellen Finanzierungslücke umgesetzt werde. Trotz eines gestiegenen Konsolidierungsbedarfs auf 18,8 Milliarden Euro sei der von den Versicherten zu tragende Anteil auf rund 14 Prozent gesenkt worden. Da die eigentliche Herausforderung in der überproportionalen Ausgabendynamik liege, werde zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zurückgekehrt, um das prognostizierte Defizit für 2027 zu schließen und weitere Belastungen zu vermeiden. Die schrittweise Steigerung der Übernahme der Gesundheitskosten für Grundsicherungsempfänger durch den Bund werde ausdrücklich begrüßt, da dies eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei. Im parlamentarischen Verfahren seien wesentliche Verbesserungen erreicht worden, darunter die Erhöhung der Altersgrenze bei der beitragsfreien Familienversicherung auf das zwölfte Lebensjahr sowie der Erhalt von Ausnahmen für pflegende Angehörige und Menschen mit Behinderungen. Eine Dynamisierung der Zuzahlungen sei gestrichen und Kürzungen beim Krankengeld seien verhindert worden. Zur Vermeidung regionaler Versorgungsengpässe in der Kieferorthopädie werde der Fachzahnarztvorbehalt praxisnah geöffnet und ein dauerhafter Bestandsschutz für Masterstudiengänge geschaffen. Das Krankenhauswesen werde durch zusätzliche 750 Millionen Euro sowie den Abbau von Dokumentationspflichten entlastet. Zur Stabilisierung werde ein gesetzlich festgeschriebener ergänzender Herstellerabschlag von 8,5 Prozent eingeführt, während die Befreiung bei inländischer Wirkstoffproduktion entfalle. Das Pflegebudget bleibe erhalten und werde unter Beteiligung der maßgeblichen Akteure weiterentwickelt, wobei eine verlässliche Tarifierfinanzierung gesichert sei. Durch die Einführung einer Steuer auf zuckerhaltige Softgetränke solle ein präventiver Impuls gesetzt und Hersteller an den Folgekosten beteiligt werden. Das Gesetz verschaffe die nötige finanzielle Stabilität und Zeit, um auf Basis des Berichts der Finanzkommission Gesundheit grundlegende Strukturreformen einzuleiten.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** kritisierte, dass der vorliegende Gesetzentwurf kurzfristig in wesentlichen Teilen neu verfasst worden sei. Nur wenige Ziffern seien unverändert geblieben, wodurch eine sorgfältige Beurteilung ausgeschlossen sei. Der Bedarf nach solch umfangreicher und ausführlicher Beratung im Ausschuss sei Beleg dafür, zudem konnten zahlreiche Fragen und Sachverhalte nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Da finanzielle Übersichten nicht vorhanden seien und sich Widersprüchlichkeiten mit den Aussagen im Haushaltsausschuss ergäben, sei das Vorhaben als unfertig anzusehen. Die Einholung externen Sachverständigen sei verweigert worden, weshalb notwendige Nachbesserungen unterblieben seien. Wegen des Mangels an Beratungszeit sei das Bundesverfassungsgericht angerufen worden. Es werde bezweifelt, dass die Beitragsstabilität gesichert sei, weil die Maßnahmen aus Gesetzentwurf und Änderungsanträgen in Summe den notwendigen Einsparbetrag nicht hergeben würden, außerdem bestehe die Verpflichtung zur Rücklagenbildung fort. Das geplante Einsparvolumen werde nicht erreicht, während parallel eine Protokollerklärung mit dem Bundesrat verhandelt werde, die weitere finanzwirksame Maßnahmen zu Lasten des Einsparvolumens enthalte. Im Krankenhaussektor werde ein massiver Stellenabbau befürchtet, und die Absenkung von Personalstandards erfolge zulasten der Patientensicherheit. Die Maßnahmen zur Psychotherapie seien in der Kombination aus Gesetz und Entschließungsantrag wirkungslos, und im Rettungsdienst wird das Ausbleiben einer Änderung am Gesetz beklagt, trotz erheblicher Kritik aller Fachverbände. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze führe zu Mehrbelastungen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie zu Mitgliederverlust an die private Krankenversicherung. Zudem werde eine erhebliche Lastenverlagerung auf Länder und Kommunen kritisiert. Das Ziel die Zusatzbeiträge zu stabilisieren werde nicht erreicht, bei gleichzeitig massiver Verschlechterung der Gesundheitsversorgung, die dieses Gesetz zur Folge haben werde, daher werde dem Gesetz nicht zugestimmt.

Die **Fraktion Die Linke** bemängelte, dass mit dem vorliegenden Vorhaben das größte Spargesetz seit zwei Jahrzehnten zulasten der Versicherten beschlossen werden solle. Grundsätzlich sei eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik im Gesundheitssystem abzulehnen, da marktradikale Strukturen in der öffentlichen Daseinsvorsorge ungeeignet seien. In Krisenzeiten sei ein bedarfsgerechtes System notwendig, da die Ausgabenseite steige, während die Einnahmenseite stagniere. Das Gesetz belaste Beschäftigte und Patienten, während die Arbeitgeberseite geschont werde und die Pharmaindustrie trotz Zeitdrucks Gehör finde. Das überstürzte Verfahren vor der Sommerpause sowie unüberlegte Änderungsanträge seien dem Parlament unangemessen. Die Änderungsanträge der Koalition seien abzulehnen. Auch die Anträge der AfD seien aufgrund von Widersprüchen bezüglich der Migration abzulehnen. Dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN werde nicht zugestimmt, da dieser auf der falschen Grundlage einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik basiere und eine Tarifierfinanzierung vermissen lasse. Beim Entschließungsantrag zur Psychotherapie enthalte man sich. Es werde um Zustimmung für den eigenen Antrag gebeten, welcher eine solidarische Bürgerversicherung vorsehe, in die jeder Bürger einzahle. Zur

Stabilisierung sei keine geringfügige, sondern eine massive Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze erforderlich, damit eine Entlastung von Facharbeitern und Geringverdienern erfolge.

Zum Entschließungsantrag führten die **Koalitionsfraktionen der CDU/CSU und SPD** ergänzend aus, dass neben den Regelungen zu Gunsten der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ebenso die gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales vorgeschlagenen Änderungen zur Teil-AU einschließlich einem Meldeverfahren, Folgeänderungen und dem Inkrafttreten ebenfalls gesetzt würden.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs (Buchstabe a) empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 21/6130 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 2 SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 2 (§ 3 SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 3 (§ 4 SGB V)

Satz 3 trägt der Besonderheit der knappschaftlichen Krankenversicherung im Verbund der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS) Rechnung, um unerwünschte Folgewirkungen auf die anderen Sozialversicherungszweige innerhalb der DRV KBS zu vermeiden. Da die knappschaftliche Krankenkasse nicht generell von Einsparungen bei den Verwaltungskosten ausgenommen werden soll, wird geregelt, dass für die Begrenzung des Verwaltungskostenanstiegs bei der knappschaftlichen Krankenversicherung die Regelung für die landwirtschaftliche Krankenkasse als Teil des Verbunds der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) entsprechend gilt.

Zu Nummer 4 (§ 4a SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Änderungen in Buchstabe a verbessern die Praktikabilität der Vorgaben für die Ermittlung der Höhe der zulässigen Werbeausgaben. Dazu wird eine Konkretisierung in Bezug auf die maßgebliche monatliche Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch vorgenommen. Die unflexible Regelung zur maßgeblichen Mitgliederzahl für die Werbeausgaben wird gestrichen insbesondere, weil die Mitgliederzahl des Jahres, für den der Haushalt aufgestellt wird, zumindest zum Zeitpunkt seiner Aufstellung noch nicht vorliegt. In dem Haushaltsplan der Krankenkasse ist für die Bemessung der zulässigen Werbeausgaben vielmehr eine begründete, auf möglichst aktuellen Daten beruhende Mitgliederzahl zu Grunde zu legen, die von der zuständigen Aufsichtsbehörde bei der Prüfung nach § 70 Absatz 5 des Vierten Buches nachvollzogen werden kann. Im Rahmen späterer Prüfungen z. B. der Rechnungslegung der Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde berücksichtigt diese neben den gebilligten Ansätzen des Haushaltsplans regelmäßig auch verfügbare neuere Daten insbesondere auch die tatsächliche durchschnittliche Mitgliederzahl im betreffenden Haushaltsjahr.

Zu Buchstabe b

In Buchstabe b wird ein Redaktionsversehen behoben, indem ein fehlendes Wort wieder aufgenommen wird.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 5 (§ 6 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 6 (§ 8 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 7 (§ 10 SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 8 (§ 11 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 9 (§ 25 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 10 (§ 27b SGB V)**Zu Absatz 1 und 2**

Unverändert.

Zu Absatz 3

Die Änderungen in Absatz 3 harmonisieren den Gesetzestext mit den Vorgaben des BMJV.

Mit den Änderungen in Satz 2 hat der Gemeinsame Bundesausschuss nunmehr ab dem Jahr 2028 jährlich zwei weitere Eingriffe in seinen Richtlinien zu bestimmen, für die die Einholung einer Zweitmeinung Voraussetzung für die Vergütung der Leistung ist. Geeignete Eingriffe für die Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens ab dem Jahr 2028 sind insbesondere Hüftgelenkersatz und Eingriffe an der Wirbelsäule, ab dem Jahr 2029 Cholezystektomien und Hysterektomien sowie ab dem Jahr 2030 Tonsillotomien/Tonsillektomien und arthroskopische Eingriffe an der Schulter.

Die finanzielle Ausgabenwirkung der schrittweisen Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens für mengenanfällige Eingriffe hängt neben der Auswahl der Eingriffe durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auch vom Verhalten der Patientinnen und Patienten ab, die eine zusätzliche ärztliche Meinung einholen müssen. Ausgehend von mengenstarken und präferenzsensitiven orthopädischen Eingriffen an Knie, Hüfte, Wirbelsäule und Schulter sowie Cholezystektomien, Hysterektomien und Tonsillotomien/Tonsillektomien als geeignete Eingriffe für die schrittweise Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens und der Annahme, dass 10 Prozent der Patientinnen und Patienten sich zukünftig in Folge der Regelung gegen einen operativen Eingriff entscheiden könnten, können basierend auf stationären Behandlungszahlen des Jahres 2024 näherungsweise Minderausgaben der Krankenkassen durch die Regelung geschätzt werden. Für das Jahr 2027 ergeben sich geschätzte saldierte Minderausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages unter Annahme einer erstmals im zweiten Halbjahr 2027 wirksamen Verpflichtung zum Vorliegen einer Zweitmeinung als Voraussetzung für die Erstattung durch die Krankenkassen. Bis 2030 steigen die geschätzten saldierten Minderausgaben durch die zusätzliche Verpflichtung zur Zweitmeinung für weitere Eingriffe auf geschätzt insgesamt rund 0,5 bis 0,6 Milliarden Euro. Mehraufwendungen für alle Behandlungsfälle aufgrund der Verpflichtung zum Nachweis einer Zweitmeinung als Voraussetzung für die Erstattung durch die Krankenkassen sind dabei in Höhe der Vergütung für das Zweitmeinungsverfahren im Einheitlichen Bewertungsmaßstab sowie der durchschnittlichen vertragsärztlichen Behandlungskosten pro Fall für möglicherweise weitere notwendige Untersuchungsverfahren im Rahmen der Erstellung der ärztlichen Zweitmeinung bereits berücksichtigt.

Zu Absatz 4

Durch den Austausch des Wortes „soweit“ durch das Wort „sofern“ wird verdeutlicht, dass die Vorgaben im Sinne von „wenn“ umzusetzen sind.

Zu Absatz 5

Unverändert.

Zu Absatz 6

Der Satz 2 wird dahingehend neu gefasst, dass die Folgen des Wegfalls des Vergütungsanspruchs für die versicherte Person präzisiert werden. Bei einer ausbleibenden Einholung einer Zweitmeinung hat der oder die Versicherte die Kosten des Eingriffs selbst zu tragen. Auf diese Folge hat der Arzt oder die Ärztin den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung hinweisen.

Ergänzend zu der mündlichen Aufklärung hat der Arzt oder die Ärztin der oder dem Versicherten Informationen in Textform zu dem jeweiligen Eingriff und zu Behandlungsalternativen auszuhändigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 Näheres zu den auszuhändigenden Informationen zu bestimmen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gemäß § 139a hat im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zwecke der Versicherteninformation bereits evidenzbasierte Entscheidungshilfen erstellt, die im Rahmen des freiwilligen Zweitmeinungsverfahrens nach § 27b Absatz 1 zur Anwendung kommen, und auch für das verpflichtende Zweitmeinungsverfahren in Betracht kommen.

Zu Absatz 7

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 11 (§ 28 SGB V)**Zu Buchstabe a und b**

Neben dem Ziel, ein bundeseinheitliches, hohes Qualitätsniveau in der kieferorthopädischen Versorgung sicherzustellen, ist ebenfalls dafür Sorge zu tragen, dass es infolge des zukünftig erforderlichen Abschlusses einer Weiterbildung zur Fachzahnärztin oder zum Fachzahnarzt (für) Kieferorthopädie nicht zu einer regionalen Unterversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung kommt. Daher ist es gerechtfertigt, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte, die einen der vorgenannten Qualifikation gleichwertigen Abschluss besitzen, ebenfalls kieferorthopädische Behandlungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen können. Gleiches gilt für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die über eine nach Maßgabe des Bundesmantelvertrages für Zahnärzte anerkannte praktische Erfahrung in der kieferorthopädischen Behandlung verfügen. Langjährig erworbene und nachgewiesene praktische Erfahrung kann in Verbindung mit den von der Selbstverwaltung festzulegenden Anforderungen eine mit einer formalen Qualifikation vergleichbare Gewähr für eine qualitativ hochwertige Versorgung bieten.

Die Vorgabe, dass eine der genannten Qualifizierungen vorliegen muss, stellt zugleich ein Steuerungsinstrument zur Sicherstellung einer zielgerichteten und wirtschaftlichen Verwendung der Aufwendungen der Solidargemeinschaft dar. Entsprechend wird auch den Ausführungen der Finanzkommission Gesundheit Rechnung getragen, die in der aktuellen Rechtslage zur kieferorthopädischen Versorgung einen Kostentreiber sieht, weil „zusätzliche Kosten durch potentiell vermehrt nicht sach- und bedarfsgerecht erbrachte Behandlungen verursacht“ werden (Erster Bericht der Kommission vom 30. März 2026, S. 185).

Welche Qualifikationen einer Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie als gleichwertig zuzuordnen sind (beispielsweise ein Abschluss als „Master of Science Kieferorthopädie“), bestimmen die Kassenzahnärztliche Vereinigung und der GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes. Darüber hinaus legen die Bundesmantelvertragspartner fest, unter welchen Voraussetzungen eine praktische Erfahrung in der kieferorthopädischen Behandlung als ausreichend anzuerkennen ist. Hierbei können insbesondere Anforderungen an Art, Umfang und Dauer der praktischen Tätigkeit berücksichtigt werden. Die Prüfung beziehungsweise Festlegung der gleichwertigen Abschlüsse erfolgt unter Einbeziehung der Bundeszahnärztekammer in Form eines Stellungnahmerechts, um die Anliegen der von dieser vertretenen

nen Berufsgruppe hinreichend in die Beratungen einbringen zu können. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozess und die Entscheidung der Bundesmantelvertragspartner einzubeziehen.

Wie bisher gilt die ständige fachliche Fortbildungspflicht nach § 95d auch für den Bereich der Kieferorthopädie.

Die Übergangsregelung des § 28 Absatz 2a Satz 1 Nummer 1 wird ausgeweitet, um den Interessen sowohl der aktuell tätigen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten (Berufsausübung) als auch den in ihrer Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen. Kieferorthopädische Behandlungen, die bis zu vier Jahre nach dem Inkrafttreten des § 28 Absatz 2 Satz 6 Nummer 1 von einer Vertragszahnärztin oder einem Vertragszahnarzt, ohne eine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie oder ohne einen dieser Qualifikation gleichwertigen Abschluss zu besitzen, begonnen wurden, können durch diese Zahnärztin oder diesen Zahnarzt zu Lasten der GKV abgeschlossen werden. Während dieses Übergangszeitraums haben die aktuell tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte die Möglichkeit, sich entsprechend der gesetzlichen Vorgabe zu qualifizieren.

Darüber hinaus erhalten Zahnärztinnen und Zahnärzte, die einen anerkannten akademischen Grad eines Masters of Science (M.Sc.) im Fachgebiet der Kieferorthopädie vor dem [einsetzen: Datum des Tages nach der Verkündung dieses Gesetzes] erworben haben, Bestandsschutz. Entsprechend qualifizierte Zahnärztinnen und Zahnärzte haben – unter Berücksichtigung der bisherigen Rechtslage – bewusst ihren beruflichen Schwerpunkt in der Kieferorthopädie gewählt und ihren Berufs- und Lebensweg daraufhin ausgerichtet. Für diese Personen gilt daher Absatz 2 Satz 6 und 7 in der bis zum [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung. Auch Zahnärztinnen und Zahnärzte, die vor dem [einsetzen: Datum des Tages nach der Verkündung dieses Gesetzes] ein Studium aufgenommen haben, das zum Führen des Titels Master of Science im Fachbereich der Kieferorthopädie berechtigt, werden von der Regelung des Satzes 1 Nummer 2 erfasst.

Mit der Regelung des Satzes 1 Nummer 2 ist eine Vorentscheidung darüber, ob eine Gleichwertigkeit im Sinne des Absatzes 2 Satz 10 gegeben ist, jedoch nicht verbunden. Eine dahingehende Entscheidung obliegt allein der Selbstverwaltung nach Absatz 2 Satz 10. Die Berechtigung zum Führen des Titels M.Sc. im Fachgebiet der Kieferorthopädie und das Datum ihres Erwerbs oder das Datum der Aufnahme eines entsprechenden Studiums ist gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Zu Buchstabe c

Die gesetzliche Vorgabe, wonach vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung durch eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten der Konsiliarbericht einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes beziehungsweise einer psychiatrisch tätigen Vertragsärztin oder eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung einzuholen ist, wird vereinfacht. Hierzu wird in § 28 Absatz 3 ein neuer Satz 4 eingefügt, wonach die Einholung eines Konsiliarberichts entbehrlich ist, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes erfolgt oder wenn im Anschluss an eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte im Krankenhaus eine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Entlassbrief empfehlen und daher eine somatische Abklärung bereits stattgefunden hat. Damit wird künftig vermieden, dass es zu einer redundanten Übermittlung von Informationen kommt, durch die ein nicht notwendiger bürokratischer Mehraufwand entsteht. Durch diese Vereinfachung werden die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die betroffenen Ärztinnen und Ärzte von Bürokratie entlastet. Die untergesetzlichen Regelungen zum Konsiliarverfahren in der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und in der Psychotherapie-Vereinbarung der Bundesmantelvertragspartner sind entsprechend anzupassen.

Zu Nummer 12 (§ 31 SGB V)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird die in Satz 2 vorgesehene Definition angepasst. Bei Produkten mit einer proteasemodulierenden ergänzenden Eigenschaft ist nicht unmittelbar von einem Verbandmittel auszugehen.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Anpassung. Die Neustrukturierung des Absatzes dient einer besseren Verständlichkeit der Norm. Insbesondere wird die Ausnahme vom Genehmigungsvorbehalt nach Absatz 6 Satz 2 für den Fall, dass die Leistung von einer oder einem vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Fachärztin oder Facharzt verordnet wird, unmittelbar im Zusammenhang mit der Regelung des Genehmigungsvorbehalts eingeordnet. Inhaltliche Änderungen sind damit nicht verbunden.

Zu Nummer 12a (§ 33 Absatz 8 SGB V)

Mit der Änderung wird die monatliche Zuzahlungsobergrenze für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel von bisher höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf auf höchstens 15 Euro angehoben.

Die Anhebung der monatlichen Zuzahlungsobergrenze für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel erfolgt spiegelbildlich zur Anhebung der Zuzahlungsgrenzen nach § 61. Die der Änderung des § 61 zugrundeliegenden Erwägungen gelten ebenso für die besondere Zuzahlungsregelung des § 33 Absatz 8 Satz 3. Angesichts der seit dem Jahr 2004 eingetretenen Preis- und Einkommensentwicklung ist eine Anpassung der bislang unveränderten Zuzahlungsobergrenze sachgerecht. Damit wird sichergestellt, dass die mit der Änderung des § 61 verfolgte Stabilisierung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung auch im Bereich der Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln wirksam wird.

Die bestehenden Belastungsgrenzen nach § 62 bleiben unberührt. Versicherte werden auch weiterhin vor unzumutbaren finanziellen Belastungen geschützt.

Zu Nummer 13 (§ 34 SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 14 (§ 35a SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 15 (§ 36 SGB V)

Die Ergänzung in Absatz 2 dient der datenschutzrechtlichen, wettbewerbsrechtlichen und verfahrensrechtlichen Absicherung der in Absatz 2 vorgesehenen Mitwirkungs- und Auskunftspflichten der Hersteller und Leistungserbringer.

Durch die Neuregelung der Festbetragsfestsetzung wird die Datengrundlage für die Kalkulation der Festbeträge erweitert und konkretisiert. Die Festbetragsbildung soll künftig auf einer belastbaren und nachvollziehbaren Grundlage erfolgen, die insbesondere Informationen zu Preisen, Umsätzen, Absatzmengen sowie weiteren kosten- und strukturelevanten Parametern umfasst. Die hierfür erforderliche Datenübermittlung macht es zugleich erforderlich, den Schutz personenbezogener Daten sowie von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen ausdrücklich gesetzlich abzusichern.

Die Regelung stellt daher klar, dass Informationen und Auskünfte grundsätzlich in aggregierter oder anonymisierter Form zu übermitteln sind. Hierdurch wird dem Grundsatz der Datenminimierung Rechnung getragen und sichergestellt, dass personenbezogene Daten nur verarbeitet werden, soweit dies für die Festsetzung der Festbeträge erforderlich ist. Die Vorschrift schafft zugleich eine hinreichend bestimmte gesetzliche Grundlage für die mit der Festbetragsfestsetzung verbundene Datenverarbeitung.

Darüber hinaus wird der Schutz von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen ausdrücklich normiert. Die im Rahmen der Festbetragsfestsetzung übermittelten Informationen dürfen ausschließlich zu diesem Zweck verwendet werden. Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die übermittelten Daten regelmäßig wettbewerbslich sensible Informationen enthalten können. Gleichzeitig wird das Vertrauen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer in die Vertraulichkeit der Datenverarbeitung gestärkt und die Bereitschaft zur Mitwirkung gefördert.

Die Einräumung eines Rechts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, geeignete Nachweise zur Prüfung der Plausibilität, Repräsentativität und Vollständigkeit der übermittelten Daten zu verlangen, dient der Sicherstellung einer sachgerechten und belastbaren Festbetragskalkulation. Da die Festbeträge künftig verstärkt auf von Herstellern und Leistungserbringern bereitgestellten Informationen beruhen, ist eine gesetzliche Grundlage erforderlich, um die Qualität und Verlässlichkeit der Datengrundlage überprüfen zu können. Die Vorschrift trägt dazu bei, Manipulations- und Verzerrungsrisiken zu vermeiden und die Nachvollziehbarkeit sowie Überprüfbarkeit der Festbetragsfestsetzung zu verbessern.

Im Übrigen handelt es sich um verschiedene rechtsförmliche und rechtssystematische Anpassungen.

Zu Nummer 16 (§ 44 SGB V)

Zu Buchstabe a

Neu eingefügt wird in § 44 Absatz 1a der bisherige Inhalt der Regelung von § 44d-E Absatz 2, angepasst durch rechtssystematische Änderungen.

Angepasst wurde durch die Integrierung von § 44d Absatz 1-E in § 44 Absatz 1a auch die Begrifflichkeit von Teilkrankengeld in teilweises Krankengeld. Dadurch wird klargestellt, dass es sich nicht um ein neues Instrument im Regelungskomplex des Krankengeldes handelt, sondern die bestehenden Regelungen zum Krankengeld ergänzt werden. Zudem werden dadurch Folgeänderungen im RSA und SGB IV vermieden. Zudem wird klargestellt, dass der Versicherte für die teilweise Erbringung der Arbeitsleistung anteiliges Arbeitsentgelt vom Arbeitgeber erhält.

Üben Versicherte ihre Tätigkeit nicht nach Absatz 1a Satz 1 teilweise aus, greift Absatz 1a nicht mit der Folge, dass ein voller Krankengeldanspruch nach den allgemeinen Regelungen greift. Satz 3 regelt klarstellend für den Fall, dass die Voraussetzungen der Teilarbeitsunfähigkeit nicht oder noch nicht vorliegen oder ein Fall des § 44c Absatz 3 eintritt, dass die Sätze 1 und 2 dann keine Anwendung finden.

Zu Buchstabe b

Unverändert.

Zu Buchstabe c

Die Einführung des neuen Satz 3 schafft für Krankenkassen einheitliche Voraussetzungen, um Versicherte frühzeitig und formlos über eine Antragstellung für Leistungen zur Teilhabe bei den Trägern der Rentenversicherung informieren zu können. Die Krankenkassen sollen Versicherte, bei denen Anhaltspunkte für eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegen, auf diese hinzuweisen und über die Möglichkeit einer Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben beim jeweiligen Träger der Rentenversicherung zu informieren. Zugleich verbleibt den Krankenkassen ein begrenzter Handlungsspielraum für atypische Einzelfälle, in denen aus sachlichen Gründen von einem Hinweis abgesehen werden kann.

Nicht selten gehen einer Erwerbsminderungsrente lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder des Krankengeldbezugs voraus, ohne dass eine Leistung zur Teilhabe in Anspruch genommen wurde. Ziel soll es daher sein, die Versicherten frühzeitiger mit Leistungen der Teilhabe zu adressieren und sie über die Möglichkeit einer (vorzugsweise digital) Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe zielgerichteter zu informieren. Die Information vonseiten der Krankenkassen unabhängig von einer Nachfrage der oder des Versicherten zielt somit auf die frühzeitigere Beantragung und Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung ab. Die Beantragung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben beim jeweiligen Träger der Rentenversicherung bleibt freiwillig. Zuständig für die Beratung über die Details der Beantragung bleiben die Träger der Rentenversicherung (vgl. § 14 Satz 2 SGB I). Die Nichtbeantragung führt zu keiner negativen Rechtsfolge für die Versicherten.

Im Ergebnis werden positive Effekte im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung erwartet. Denn erfolgreiche Teilhabeleistungen verringern nachweislich Arbeitsunfähigkeitstage, verhindern den Eintritt einer Erwerbsminderung oder stellen eine bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wieder her bzw. verbessern diese (Grundsatz „Reha vor Rente“).

Die Daten der gesetzlichen Krankenkassen bieten verschiedene Anhaltspunkte, wie zum Beispiel Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungen und Diagnosen, die auf einen möglichen Rehabilitationsbedarf im Sinne von § 10 Absatz 1 des Sechsten Buches schließen lassen. Die rechtliche Prüfung dieser Voraussetzung, wobei es sich regelmäßig um die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit handeln dürfte, obliegt bei Antragstellung dem zuständigen Rentenversicherungsträger.

Im neuen Satz 4 wird geregelt, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart, welche Anhaltspunkte, wie zum Beispiel Diagnosen und Mindestanzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen, eine entsprechende Information der Versicherten auslösen können. Dabei ist die Begrenzung auf bestimmte Krankheitsbilder möglich. Dies gilt insbesondere mit Blick auf weitere rechtliche Anspruchsvoraussetzungen für die Teilhabeleistungen, wie das Vorliegen einer positiven Rehabilitationsprognose, einer abgeschlossenen Diagnostik und begonnenen, aber nicht ausreichenden Behandlung. Das Verfahren kann zunächst mit einem Pilotversuch für ein bestimmtes Krankheitsbild gestartet werden. Ein Datenaustausch zur Frage, welche Versicherten informiert worden sind, ist zwischen den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung nicht erforderlich.

Der neue Satz 9 dient der Überprüfung, ob die mit der Regelung verfolgten Ziele erreicht werden. Dabei soll insbesondere untersucht werden, ob sich die Dauer des Krankengeldbezugs verändert, ob die eingeleiteten Maßnahmen zu einer nachhaltigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beitragen und ob die gesetzlichen Anforderungen an Datenschutz bei der Kontaktaufnahme und Verarbeitung personenbezogener Daten eingehalten werden. Der Bericht soll eine belastbare Grundlage für die Beurteilung der Wirksamkeit und Praktikabilität der Regelung schaffen.

In Satz 10 wird geregelt, dass die Konkretisierung des Inhalts der Berichts speziell für die Rehabilitations- und Teilhabemaßnahmen Gegenstand der Vereinbarung nach Satz 4 sein können, um eine Mitwirkung der Deutsche Rentenversicherung bei den Festlegungen zu ermöglichen.

Zu Nummer 17 (§ 44c und d SGB V)

Zu § 44c

Zu Absatz 1

Es wird klarstellend aufgenommen, dass eine ärztliche Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit und entsprechende Meldung an die Krankenversicherung nur mit Einwilligung des Versicherten erfolgen darf. Bei fehlender Einwilligung hat der Arzt zu prüfen, ob eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nach den allgemeinen Regeln vorliegt.

In Satz 2 wird klargestellt, dass die nicht nur geringfügige Krankheit auf ärztlicher Einschätzung beruhen muss.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Regelung der Teilarbeitsunfähigkeit sich auch an Selbständige richtet, soweit diese einen Anspruch auf Krankengeld nach den Vorschriften des SGB V haben. Für Selbständige mit Krankengeldanspruch gilt das Zustimmungserfordernis des Arbeitgebers hingegen nicht. Mangels eines Arbeitgebers kann die Teilarbeitsunfähigkeit bereits dann in Anspruch genommen werden, wenn die oder der Versicherte sowie die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt übereinstimmend feststellen, dass eine teilweise Ausübung der selbständigen Tätigkeit gesundheitlich möglich ist und dem Genesungsprozess nicht entgegensteht.

Zu Absatz 2

Versicherte müssen den Wunsch nach einer teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung in dem sich aus der Feststellung nach Absatz 1 Satz 1 ergebenden prozentualen Umfang und den attestierten Zeitraum dem Arbeitgeber anzeigen, falls sie ihre bisherige Tätigkeit teilweise ausüben möchten. Die Anzeige ist freiwillig. Der Arbeitgeber hat dem Versicherten nach Zustimmung den Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme in Textform mitzuteilen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt nunmehr die Fälle, in denen die Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 als Feststellung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit behandelt wird. Lehnt der Arbeitgeber die teilweise Ausübung der bisherigen Tätigkeit ab oder äußert er sich innerhalb von sieben Kalendertagen nicht, wird die Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit als Feststellung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit behandelt mit der Folge, dass

die bereits bisher bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit anwendbaren Regelungen, insbesondere zur Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bzw. zum vollen Krankengeld, zur Anwendung kommen. Im Falle der Zustimmung des Arbeitgebers zur teilweisen Ausübung der Tätigkeit in dem nach Absatz 1 Satz 1 verringerten Umfang wird die Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit bis zum mitgeteilten Beginn der Arbeitsaufnahme ebenfalls als Feststellung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit behandelt. Wenn der Versicherte oder der Arbeitgeber die Teilarbeitsunfähigkeit vor Ablauf des attestierten Zeitraums beendet, wird die Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit ab dem Zeitpunkt der Beendigung der Teilarbeitsunfähigkeit ebenfalls als Feststellung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit behandelt. Es wird geregelt, wann eine Beendigung im Sinne der Nummer 3 vorliegt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 stellt klar, dass der Arbeitgeber verpflichtet ist, dem Versicherten für die teilweise Erbringung der Arbeitsleistung anteiliges Arbeitsentgelt zu gewähren.

Zu Absatz 5

Es wird klargestellt, dass für den Versicherten kein Anspruch auf Einrichtung oder Anpassung eines Arbeitsplatzes zur teilweisen Ausübung der bisherigen Tätigkeit besteht.

Zu Absatz 6

Es wird eine Konkretisierung vorgenommen.

Im Übrigen erfolgt die die Ausgestaltung des Verfahrens des elektronischen Arbeitsunfähigkeitsverfahrens zwischen Krankenkassen und Arbeitgebern in den gemeinsamen Grundsätzen ohne Beteiligung des G-BA.

Zu Absatz 7

Nach Absatz 7 sind die Regelungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes für den aufgrund der vereinbarten Teilarbeitsunfähigkeit nicht zu leistenden Teil der Arbeit entsprechend anwendbar, insbesondere ist Entgeltfortzahlung für den Teil der Arbeitsleistung zu zahlen, den der Versicherte krankheitsbedingt nicht erbringt. Die Dauer des Anspruchs auf Entgeltfortzahlung bleibt von der Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit unberührt. Außerhalb der Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit bleibt das Entgeltfortzahlungsgesetz unberührt. Die Klarstellung ist erforderlich, um das Verhältnis zwischen der neu eingeführten Möglichkeit einer Teilarbeitsunfähigkeit und den bestehenden arbeitsrechtlichen Regelungen eindeutig zu bestimmen.

Zu Absatz 8

Die vorgenommenen Anpassungen verweisen in der Regelung auf die für die elektronische Übermittlung der Daten zur festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit sowie für die Ausstellung der Bescheinigungen geltenden Bestimmungen. Die Erweiterung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und der damit zusammenhängenden elektronischen Übermittlungswege müssen erfolgen. Hierdurch wird zugleich klargestellt, dass der Arzt dem Versicherten auch bei einer Teilarbeitsunfähigkeit eine Ausfertigung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Ausfertigung Arbeitgeber) auszuhändigen hat.

Zu Absatz 9

Neu eingefügt wird eine Regelung zur Evaluation.

Die Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit und des teilweisen Krankengeldes stellt ein neues Instrument an der Schnittstelle von Arbeits-, Krankenversicherungs- und Rehabilitationsrecht dar. Ziel ist es insbesondere, die Teilhabe am Arbeitsleben zu stärken, den Kontakt zum Arbeitsplatz aufrechtzuerhalten, längere vollständige Erwerbsausfälle zu vermeiden und die Rückkehr in eine vollständige Erwerbstätigkeit zu erleichtern.

Da für die Auswirkungen eines solchen Instruments u.a. in der gesetzlichen Krankenversicherung bislang nur begrenzte empirische Erfahrungen vorliegen, ist eine gesetzlich vorgesehene Evaluation erforderlich. Diese soll eine belastbare Grundlage für die Beurteilung schaffen, ob die mit der Regelung verfolgten Ziele nachweislich erreicht werden und ob gegebenenfalls Anpassungsbedarf besteht.

Die Evaluation soll insbesondere untersuchen: Auswirkungen der Teilarbeitsunfähigkeit und des teilweisen Krankengeldes auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber (in diesem Zusammenhang auch Haftungs- und Arbeitsschutzfragen), in welchem Umfang die Teilarbeitsunfähigkeit und das teilweise Krankengeld von Versicherten und Arbeitgebern in Anspruch genommen werden, welche Auswirkungen die Regelung auf die Dauer von Arbeitsunfähig-

keitszeiten und auf die geleisteten Arbeitsstunden hat, ob sich durch die Möglichkeit einer teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung die Dauer oder Häufigkeit des Bezugs von Krankengeld verändert, ob die Regelung einen Beitrag zur Vermeidung oder Verringerung von Erwerbsminderungen und damit zur Entwicklung der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten leistet, welche finanziellen Auswirkungen sich für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben, sowie die Auswirkungen auf die Bürokratiekosten der Regelungen und zudem welche praktischen Erfahrungen Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Krankenkassen und behandelnde Ärztinnen und Ärzte (auch bezogen auf die ärztliche Therapiefreiheit) mit dem Instrument machen. Ferner ist ein Vergleich der Wirksamkeit der Teilarbeitsunfähigkeit mit bewährten Instrumenten für eine Rückkehr aus längerer Erkrankung, mithin der stufenweisen Wiedereingliederung und dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement vorzunehmen. Hierbei sollen die Auswirkungen einer Anpassung der Tätigkeit und begleitende Reha-Maßnahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung (Betrieblichem Eingliederungsmanagement) berücksichtigt werden.

Die Evaluierung soll darüber hinaus Erkenntnisse darüber liefern, ob die Teilarbeitsunfähigkeit bei länger andauernden Erkrankungen geeignet ist, zur Verbesserung der Gesundheit beizutragen und die nachhaltige Rückkehr in das Erwerbsleben zu fördern und ob es Erkrankungen gibt, bei denen das Instrument weniger geeignet ist. Von besonderem Interesse sind hierbei Erkrankungen, bei denen nach medizinischen Erkenntnissen häufig eine teilweise Leistungsfähigkeit trotz fortbestehender Arbeitsunfähigkeit bestehen könnte. Hierzu zählen insbesondere psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, insbesondere Wirbelsäulenerkrankungen, onkologische Erkrankungen sowie weitere chronische oder schwerwiegende Erkrankungen mit längeren Genesungsverläufen.

Die Durchführung der Evaluation durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales trägt dem Umstand Rechnung, dass die Regelung sowohl das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung als auch arbeitsmarkt- und sozialpolitische Belange berührt. Die vorgesehene Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Sozialpartner sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund gewährleistet, dass die Erfahrungen der maßgeblichen Akteure und Sozialversicherungsträger in die Bewertung einfließen.

Die Evaluation soll in zwei Abschnitten, zunächst nach einem Jahr und abschließend nach fünf Jahren nach Inkrafttreten der §§ 44 Absatz 1a und 44c erfolgen. Diese Staffelung ermöglicht es ggf. notwendige Anpassungen, die sich aus der Evaluation ergeben frühzeitig zu identifizieren und umzusetzen. Die langfristige Evaluation nach fünf Jahren scheint erforderlich um ausreichend belastbare Erkenntnisse über Inanspruchnahme, Wirkungen und finanzielle Auswirkungen zu gewinnen. Insbesondere die Auswirkungen auf längere Krankheitsverläufe, den Bezug von Krankengeld sowie mögliche Effekte auf den Zugang zu Erwerbsminderungsrenten können erst nach einer mehrjährigen Beobachtungszeit sachgerecht beurteilt werden. Die Evaluation soll eine fundierte Grundlage für die Entscheidung des Gesetzgebers über die Fortentwicklung des Instruments der Teilarbeitsunfähigkeit und des teilweisen Krankengeldes schaffen.

Zu § 44d

Die im Regierungsentwurf in § 44d vorgesehene Regelung wird in § 44 Absatz 1a und § 47 Absatz 1a überführt.

Zu Nummer 18 (§ 47 Absatz 2a SGB V)

Buchstabe a

Neu eingefügt wird in § 47 Absatz 1a der bisherige Inhalt der im Regierungsentwurf in § 44d Absatz 2 vorgesehenen Regelung mit rechtsförmlichen Anpassungen.

Absatz 1a regelt die Höhe des teilweisen Krankengeldes nach § 44 Absatz 1a. Im Übrigen wird auf die Vorschriften des § 47 Absätze 1 und 2 verwiesen.

Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung zur Konkretisierung des Verweises auf das Einkommenssteuergesetz.

Zu Nummer 19 (§ 49 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 20 (§ 50 SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 21 (§ 51 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 22 (§ 55 SGB V)

Zu Buchstabe a

Korrektur eines redaktionellen Versehens: Die bestehende Regelung, dass das Versäumen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung im „Corona-Jahr“ 2020 für den Anspruch auf einen höheren Festzuschuss (Bonus-Regelung) unschädlich ist, soll weiterhin gelten.

Zu Buchstabe b

Unverändert.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 23 (§ 61 SGB V)

Die Dynamisierung bei den Zuzahlungen wird gestrichen, sodass lediglich eine einmalige gesetzliche Erhöhung der Zuzahlungsunter- und -obergrenze verbleibt. Dadurch wird die Belastung der Versicherten gemindert. In einem nachfolgenden Gesetzgebungsverfahren sollen weitere Regelungen zum Bürokratieabbau umgesetzt werden, die in Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung im Bereich der Zuzahlung und Belastungsgrenze entwickelt werden.

Im Übrigen handelt sich um redaktionelle Änderungen.

Zu Nummer 24 (§ 63 SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 25 (§ 71 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 26 (§ 73 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 27 (§ 73b SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 28 (§ 74 SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 29 (§ 79 SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 30 (§ 85 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 31 (§ 87 SGB V)**Zu Buchstabe a**

Unverändert.

Zu Buchstabe b und g

Aus rechtssystematischen Gründen wird der Inhalt des Art. 1 Nummer 31 Buchstabe b in Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe f überführt. Der neue Buchstabe f wird redaktionell und sprachlich angepasst; ebenso sind Umstellungen und inhaltliche Klarstellungen enthalten. Ferner enthalten sind die bisherigen Sätze 1 bis 3 des aktuell geltende § 87 Absatz 2h als neue Sätze 1, 5 und 6.

Den Bundesmantelvertragspartnern wird eine Frist bis zum 30. Juni 2028 vorgegeben, innerhalb derer die Leistungskomplexe zu bilden und die Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung den Leistungskomplexen zuzuordnen sind. Die Frist ist so gewählt, dass die Ergebnisse der Überprüfung der Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (vgl. Anpassung des § 92 Absatz 1a SGB V-E) bei der Bildung der Leistungskomplexe berücksichtigt werden können. Von der Möglichkeit, bestimmte Leistungskomplexe in bis zu drei Schweregrade zu unterteilen, wird abgesehen, um zusätzliche Abgrenzungs- und Bewertungsfragen zu vermeiden sowie eine möglichst einheitliche und praktikable Anwendung der Regelungen sicherzustellen.

Der bisherige Art. 1 Nummer 31 Buchstabe b entfällt durch die Integration in den bisherigen Art. 1 Nummer 31 Buchstabe f ersatzlos.

Die Einführung von Leistungskomplexen für die kieferorthopädische Versorgung stellt einen grundlegenden Systemwechsel in der vertragszahnärztlichen Vergütung dar. Mit der Umstellung werden die bisherigen, an einzelnen Leistungen orientierten Vergütungsstrukturen durch pauschalisierte Leistungskomplexe ersetzt. Hiermit ist insbesondere beabsichtigt, den Fokus stärker auf das Behandlungsergebnis zu richten, Fehlanreize zur Mengenausweitung zu vermindern sowie den administrativen Prüf- und Abrechnungsaufwand zu reduzieren.

Vor dem Hintergrund dieses Systemwechsels erscheint eine Evaluation der Neuregelung angezeigt. Diese soll eine belastbare Grundlage für die Beurteilung schaffen, ob die mit der Reform verfolgten Ziele erreicht werden und welche Auswirkungen sich in der Versorgungspraxis ergeben. Hierzu sind insbesondere die Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Qualität und die Behandlungsergebnisse der kieferorthopädischen Versorgung, die Inanspruchnahme der Leistungen und die Versorgung der Versicherten sowie der administrative Aufwand für Leistungserbringer, Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Krankenkassen zu untersuchen.

Die Berichtspflicht ermöglicht es, die tatsächlichen Auswirkungen der neuen Vergütungssystematik auf die Behandlungsrealität zu bewerten und gegebenenfalls weiteren Anpassungsbedarf zu identifizieren.

Zu Buchstabe c

Mit Beschluss vom 17. November 2021 hat der erweiterte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 4 SGB V in seiner 74. Sitzung Hygienezuschläge auf die Versicherten- und Grundpauschalen im EBM eingeführt, um zusätz-

liche Kosten für die Gewährleistung der allgemeinen Hygiene in den Vertragsarztpraxen abzubilden. Begründet wurde dies mit den gestiegenen Hygienekosten in den Arztpraxen aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes und den daraus resultierenden Landeshygieneverordnungen sowie der Weiterentwicklung von Hygienempfehlungen. Eine differenzierte Berechnung der durch die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes entstandenen Kosten wurde seinerzeit nicht durchgeführt, die Berücksichtigung von Skaleneffekten wurde nicht vorgesehen. Praxiskosten sind jedoch im Rahmen der jährlichen Anpassung des Orientierungswertes kalkulatorisch berücksichtigt. Eine gesonderte Zahlung von Hygienezuschlägen parallel zur Berücksichtigung der Kostenentwicklung im Orientierungswert führt zu einer Doppelfinanzierung der Hygieneaufwendungen und sind deshalb künftig nicht mehr im EBM vorzusehen.

Dies bezieht sich auf die Hygienezuschläge, die zu den Versicherten- und Grundpauschalen aufgeschlagen werden. Andere Hygienezuschläge, zum Beispiel im Rahmen des ambulanten Operierens, sind nicht von dieser Regelung betroffen.

Darüber hinaus erhält der Bewertungsausschuss einen Überprüfungsauftrag der Bewertung der Leistungen, die im Rahmen einer Phakoemulsifikation erbracht werden. Dabei handelt es sich um Operationen des grauen Stars (Katarakt-Operation), die zu den am Häufigsten durchgeführten operativen Eingriffen in der Augenheilkunde zählen. Es handelt sich inzwischen um eine standardisierte Routineoperation mit einer hohen medizinischen Sicherheit und sehr guten Behandlungsergebnissen. Der Bewertungsausschuss ist verantwortlich für die regelmäßige Überprüfung und Weiterentwicklung des EBM. Sofern die darin abgebildeten Leistungen und deren Bewertungen nicht mehr notwendig oder – aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts - angemessen sind, sind diese zu streichen beziehungsweise die Bewertungen entsprechend anzupassen.

Die Zahl der Katarakt-Operationen wächst im Durchschnitt mit 8 Prozent, was nicht ausschließlich durch die demografische Alterung erklärt werden kann. Dies kann darauf hindeuten, dass die Bewertung im EBM vergleichsweise hohe Anreize setzt für die Durchführung einer solchen Operation. Auch weisen einzelne Studien und Experteneinschätzungen zu Schnitt-Naht-Zeiten darauf hin, dass eine Katarakt-Operation in kürzerer Zeit, etwa in durchschnittlich unter 20 Minuten durchgeführt werden kann. Es wird geschätzt, dass infolge des technischen Fortschritts die vormals kalkulierte Zeitbedarfe ungefähr dem Doppelten des tatsächlich benötigten Operationszeiten entsprechen. Es ist daher eine Absenkung der Punktwerte für die zugehörigen Leistungen im EBM zu prüfen. Absenkungen der Bewertungen könnten dabei bei rund 20 bis 40 Prozent liegen.

Zudem hat der Bewertungsausschuss die Bewertung der Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil für die Facharztgruppe der Radiologen, der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin im EBM zu überprüfen. Die Vergütung im Rahmen des EBM setzt sich aus zwei wesentlichen Komponenten zusammen: dem ärztlichen Leistungsanteil, der das Einkommen der Vertragsärzte abbildet, sowie dem technischen Leistungsanteil, der die mit der Praxisführung verbundenen Kosten abdeckt. Der technische Leistungsanteil umfasst insbesondere Aufwendungen für Personal, Miet- und Investitionskosten für medizinisch-technische Geräte. Mehrere Faktoren können zu einer höheren Vergütung als die tatsächlich entstandenen Kosten führen. Zum Beispiel senken eine längere Nutzungsdauer des Gerätes als im EBM kalkuliert, verkürzte Untersuchungszeiten aufgrund des technischen Fortschritts, so dass mehr Patienten in gleicher Zeit versorgt werden, KI-gestützte Befunderhebung in der Bildgebung und Strahlentherapie sowie reduzierte Scanzeiten und automatisierte Vorbereitungsprozesse die Kosten je Untersuchung. Vor diesem Hintergrund könnte eine Absenkung des technischen Leistungsanteils für die Facharztgruppen der Radiologen, der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin bei schätzungsweise 20 bis 30 Prozent liegen.

Bei Anpassungen der Bewertungen der Leistungen im EBM ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung grundsätzlich entsprechend anzupassen.

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Anpassung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Änderungen in § 87a (Nummer 32 Buchstabe b) und in § 87d (Nummer 34) werden die vertragsärztlichen Leistungen mit wenigen gesetzlich vorgesehenen Ausnahme in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) überführt, um im Hinblick auf eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik zur Stabilisierung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung weitere Ausgabensteigerungen zu verhindern. Die bisher extrabudgetär vergüteten Leistungen werden durch die Änderungen in § 87a Absatz 3 Satz 9 bis 10 mit dem aktuell benötigten und nicht quotierten Leistungsbedarf nach der regionalen Euro-Gebührenordnung in die MGV einbezogen. Damit werden auch die psychotherapeutischen Leistungen mit ihrem aktuellen Leistungsbedarf überführt. Durch die Änderungen in § 87b (Nummer 33 Buchstabe b) wird zudem sichergestellt, dass es durch die Überführung in die MGV nicht zu Verschiebungen des Honorars in andere Fachbereiche kommt. Demnach sind die psychotherapeutischen Leistungen im Jahr 2027 mit einem angemessenen Leistungsbedarf in der MGV berücksichtigt.

Die MGV wird von den Krankenkassen weiterhin mit befreiender Wirkung an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) entrichtet. Um bei der Honorierung eine Verschiebung der Honorare zu Lasten der übrigen Facharztgruppen oder eine Nachvergütung der Krankenkassen zu vermeiden, ist es erforderlich, dass die Sonderstellung der psychotherapeutischen Leistungen nach der bisherigen Angemessenheitsprüfung (vgl. § 87 Absatz 2c Satz 8 SGB V) gestrichen wird, so dass diese Leistungen nach den gleichen Kriterien vergütet werden wie vergleichbare Gesprächsleistungen im EBM. Damit würde auch der nicht überwindbare Zirkelschluss aufgelöst, der dann entsteht, wenn es aufgrund der Angemessenheitsprüfung zu einer Erhöhung der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen kommt und das hierfür erforderliche Honorar zu Lasten anderer Facharztgruppen durch höhere Quotierung querfinanziert werden soll. Dies führt zu einem niedrigeren Honorar der belasteten Facharztgruppe, was sich wiederum auf die Angemessenheit der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen auswirken würde. Auch würde eine Ungleichbehandlung zwischen den Facharztgruppen bestehen, wenn eine Gruppe die Vergütungserhöhungen der anderen vollständig auszugleichen hätte.

Zu Buchstabe f

Redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe g

Zu Nummer 32 (§ 87a SGB V)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe b

Die Vergütung der Hygienezuschläge auf die Versicherten- und Grundpauschale entfällt auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, sofern es nicht zu extrabudgetären Auszahlungen im Rahmen einer TSVG-Konstellation gekommen ist. Da diese Hygienezuschläge ab dem 1. Januar 2027 nicht mehr im EBM enthalten sein dürfen, ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für das Jahr 2027 um das Volumen dieser Hygienezuschläge zu bereinigen.

Eine weitere Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist vorzunehmen, sofern der Bewertungsausschuss auf Grund der vorgegebenen Überprüfung der Bewertungen der Leistungen im Rahmen von Kataraktoperationen sowie bei dem technischen Leistungsanteils der Leistungen mit hohem technischen Leistungsanteil für die Facharztgruppe der Radiologen, der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin nach § 87 Absatz 2a Satz 26 und 27 eine Veränderung der Bewertung dieser Leistungen im EBM beschließt. Es ist insbesondere mit einer Absenkung der Bewertung der genannten Leistungen zu rechnen, so dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassungen im EBM zu bereinigen ist. Dadurch wird sichergestellt, dass sich eine Absenkung der Bewertung der Leistungen im EBM auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen auswirkt.

Im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung führen insbesondere die seit Jahren steigende Anzahl an extrabudgetär vergüteten Leistungen zu erheblichen Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Um weitere Kostensteigerungen zu vermeiden und die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung stabil zu halten, werden ab dem Jahr 2027 alle Leistungen mit Ausnahme der im neuen § 87d genannten Leistungen in die MGV überführt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Dies betrifft die Rückführung der im Zeitraum ab dem Jahr 2023 bereinigten Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen der offenen Sprechstunden erbracht worden sind, sowie die Überführung aller Leistungen, für die der Bewertungsausschuss eine Empfehlung zur extrabudgetären Vergütung beschlossen hat, der in den EBM aufgenommenen Leistungen, für die zum Zeitpunkt der Verhandlungen über die MGV die Abrechnungsdaten von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen, sowie der Leistungen, die auf Landesebene von den Vertragspartnern als extrabudgetär zu vergüten vereinbart worden sind. Diese Leistungen werden mit ihrem nach sachlich-rechnerischer Prüfung anerkannten und nichtquotierten Punktzahlvolumen in die MGV überführt. Für die Durchführung der Rückbereinigung der Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen der offenen Sprechstunden erbracht worden sind, macht der Bewertungsausschuss entsprechende Vorgaben nach Maßgabe der gesetzlichen Anpassungsregeln der jeweiligen arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumen und getrennt für jedes Kalenderjahr.

Hierzu sieht die Änderung vor, dass quartalsweise das jeweilige Punktzahlvolumen des entsprechenden Kalenderquartals des Jahres 2025 für die Jahre 2026 und 2027 um Veränderungen der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten und um für diese Leistungen relevante Veränderungen im EBM angepasst wird. Die Anpassungen erfolgen grundsätzlich basiswirksam. Bei neuen Leistungen, die erstmalig in die MGV überführt werden, werden als Aufsatzwert die Abrechnungsdaten aus den letzten vier vorliegenden Quartalen verwendet.

Zu Buchstabe c

Neben redaktionellen und rechtförmlichen Anpassungen wird durch die Änderung insbesondere klargestellt, dass der Abschlag für die Fixkostendegression nur dann auf die Ausgleichszahlungen vorzunehmen ist, wenn es zu Mengensteigerungen gekommen ist. Nur diese Leistungen werden dann mit dem Abschlag vergütet.

Dies gilt sowohl für die Entbudgetierung der Leistungen der Kinder- und Jugendmediziner wie auch für die Entbudgetierung der Leistungen der Hausärzte.

Zu Buchstabe d

Unverändert.

Zu Nummer 33 (§ 87b SGB V)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich hier um eine Folgeänderung zur Einführung eines Abschlags für die Fixkostendegression bei den entbudgetierten Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Hausärzte. Auf die Ausgleichszahlungen ist bei Mengensteigerungen künftig ein Abschlag anzuwenden, da die Fixkosten bereits abgedeckt sind, so dass hier eine Ausnahme vom Verbot der Begrenzung oder Minderung des Honorars zu regeln ist.

Zu Buchstabe b

Bisher extrabudgetär vergütete Leistungen werden ab dem Jahr 2027 mit dem vollen und nicht quotierten Leistungsbedarf in die MGV einbezogen. Damit dieser Leistungsbedarf innerhalb der MGV für das Honorar der jeweiligen Facharztgruppe weiterhin zur Verfügung steht und vermieden wird, dass andere Facharztgruppen im Rahmen der Honorarverteilung von dem Vergütungsvolumen profitieren, ist es erforderlich, dass diese Volumina einer sachgerechten Verteilung im Verteilungsmaßstab zugeführt werden. Da der Verteilungsmaßstab von den Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegt wird, hat der Bewertungsausschuss Vorgaben zu beschließen, die die sachgerechte Verteilung sicherstellen und eine Quersubventionierung ausschließen. Die Vorgaben sind durch die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich umzusetzen.

Mit der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik wird die psychotherapeutische Versorgung innerhalb der MGV vergütet. Die Änderung stellt sicher, dass für Patienten, die sich am 31. Dezember 2026 noch in einer nicht abgeschlossenen, beantragten und genehmigten Einzel- oder Gruppentherapie befinden, für die diese Patienten behandelnden Leistungserbringenden seitens der Kassenärztlichen Vereinigung keine Honorarbegrenzungs- oder Honorarminderungsmaßnahmen angewandt werden dürfen. Diese Übergangsregelung ist auf ein Jahr begrenzt und stellt sicher, dass keine kurzfristigen Therapieabbrüche erfolgen müssen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeanpassung auf Grund der Verschiebung von extrabudgetär vergüteten Leistungen aus dem § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6 in den § 87d Absatz 1 und 2.

Zu Nummer 34 (§ 87d SGB V)

Der § 87d regelt ausdrücklich die Möglichkeit der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der MGV und beschränkt den Anwendungsbereich zugleich auf einige bestimmte Fall-konstellationen, die gesetzlich vorgegeben werden. Eine Vergütung außerhalb der MGV ist somit künftig nur noch dann möglich, wenn die Voraussetzungen des § 87d erfüllt sind.

Absatz 1 benennt explizit Leistungen, für die gesetzlich vorgeschrieben wird, dass diese Leistungen außerhalb der vereinbarten MGV und damit extrabudgetär und mit den vollen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Dies sind die nichtärztlichen Dialyseleistungen, Leistungen im EBM, für die noch keine Abrechnungsdaten von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen, Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit sowie Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung einschließlich spezifischer weiterer Leistungen.

Absatz 2 gibt dem Bewertungsausschuss die Kompetenz, weitere Leistungen der extrabudgetären Vergütung zuzuweisen. Voraussetzung ist, dass diese Leistungen die Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen. Und die Erhöhung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit zu überprüfen, hat der Bewertungsausschuss zudem Kriterien zu beschließen, anhand derer die Einhaltung der Voraussetzungen überprüft werden kann. Die Kriterien sind verbindlich und müssen objektivierbar sein. Der Bewertungsausschuss hat bei der Beschlussfassung über extrabudgetär vergütete Leistungen seine Erwägungen in den entscheidungserheblichen Gründen darzulegen, dass die Kriterien erfüllt sind.

Zur Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben erhält der Bewertungsausschuss durch Absatz 3 einen Evaluierungsauftrag, durch den er die Auswirkungen seiner Beschlüsse auf die Versorgung zu überprüfen hat. Dabei hat er insbesondere zu prüfen, ob die extrabudgetäre Vergütung weiterhin sachgerecht und notwendig ist. Kommt die Evaluierung zu dem Ergebnis, dass dies nicht der Fall ist, sind die Voraussetzungen für eine extrabudgetäre Vergütung nach Absatz 2 nicht gegeben, so dass der Bewertungsausschuss seinen Beschluss aufzuheben hat. Die Vertragspartner haben die Leistungen für das Kalenderjahr, das der Evaluierung folgt, wieder in die MGV zu überführen.

Zu Nummer 35 (§ 91 SGB V)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anpassung der in Artikel 2 Nummer 2 (§ 35a Absatz 6a SGB IV) geregelten Vorgaben für die Zulässigkeit der Erhöhung von Vorstandsvergütungen.

Damit gilt auch für die Unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses der Maßstab, dass eine zu Beginn einer neuen Amtszeit mögliche Vergütungserhöhung nur in Form eines prozentualen Zuschlags auf die Grundvergütung in Höhe des Mittelwerts der nach § 71 Absatz 3 Satz 5 des Fünften Buches veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsraten seit Beginn der vorherigen Amtsperiode vereinbart werden kann. Eine Aufsummierung von Veränderungsraten der Jahre der vorherigen Amtsperiode oder seit der letzten Vergütungserhöhung ist nicht zulässig beziehungsweise maßgeblich. Maßgeblich für die Zulässigkeit einer Erhöhung ist allein der gebildete Mittelwert. Die Entwicklung der Grundlohnsumme oder des Verbraucherpreisindex seit der letzten Vergütungserhöhung bleibt außer Betracht.

Zu Nummer 36 (§ 92 SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 37 (§ 92a Absatz 4 SGB V)

Zu Buchstabe a und b

Unverändert.

Zu Buchstabe c

Durch den mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Entfall der bisherigen Regelung in § 92a Absatz 4 Satz 5 SGB V würde die Ermächtigungsgrundlage für § 23 RSAV ab dem 1. Januar 2027 entfallen. Da mit den Anpassungen der RSAV der § 23 RSAV auch über den 1. Januar 2027 hinaus mit dem notwendigen Regelungsinhalt versehen wurde, ist die Wiederaufnahme der Ermächtigungsgrundlage für die in § 23 RSAV vorzunehmende Übergangsregelung für die Anpassung der von den Krankenkassen für die Jahre 2024 und 2025 für den Innovationsfonds aufzubringenden Beiträge erforderlich.

Durch den Wegfall der anteiligen Finanzierung des Innovationsfonds durch die Krankenkassen ist das bisher in Satz 6 vorgesehene Ins-Benehmen-setzen mit dem GKV-Spitzenverband entbehrlich geworden. Damit wird auch ein Beitrag geleistet, den Bürokratieaufwand zu verringern.

Zu Nummer 38 (§ 92b SGB V)

Zu Buchstabe a

Unverändert.

Zu Buchstabe b und c

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 39 (§ 106b SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 40 (§ 111 SGB V)

Mit der Änderung in den Sätzen 3 bis 5 wird die Vergütungssystematik für medizinische Rehabilitationseinrichtungen dahingehend angepasst, dass Vergütungssteigerungen für tarifgebundene Einrichtungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 SGB V durchschnittlichen Veränderungsrate anteilig bis zu 50 Prozent des Unterschieds zwischen der Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 bei den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen und damit von den Krankenkassen refinanzierbar sind. Damit wird unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität den tatsächlichen Kostensteigerungen im Personalbereich Rechnung getragen und die Vergütung nach Tarifvertrag gefördert. Zudem wird für die Leistungserbringer der Anreiz gesetzt, auf wirtschaftliche Tarifvertragsabschlüsse hinzuwirken.

Darüber hinaus ist die Regelung der 50-prozentigen Tarifierfinanzierung der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V für tarifgebundene Einrichtungen oberhalb der durchschnittlichen Veränderungsrate auf zwei Jahre befristet.

Mit dem Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Satz 9 und 10 sollen die Auswirkungen der befristeten Ausnahmeregelung für tarifgebundene Einrichtungen sowie Einrichtungen mit entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge untersucht werden. Es ist ein gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der Regelungen zu den Bereichen medizinische Rehabilitation und Vorsorge, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege (§§ 111 Absatz 5 Satz 3 und 4, 111c Absatz 3 Satz 3 und 4, 132 Absatz 1 Satz 3 und 4, 132a Absatz 4 Satz 8 und 9 und 132l Absatz 5 Satz 3 und 4 SGB V) vorzulegen. Untersucht werden sollen insbesondere die Auswirkungen auf die Höhe der vereinbarten Vergütungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, die Entwicklung der Personalkosten und der tarifbedingten Vergütungssteigerungen im Verhältnis zur nach § 71 Absatz 3 festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate sowie die wirtschaftliche Situation tarifgebundener Einrichtungen. Darüber hinaus soll bewertet werden, ob sich die Regelung auf die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten auswirkt.

Umfasst die Laufzeit eines Tarifvertrags bzw. einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung einen nicht mit dem Kalenderjahr übereinstimmenden Zeitraum, sind im Rahmen der Refinanzierung tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen die für diesen Zeitraum einschlägigen Grundlohnraten nach § 71 Absatz 3 im Wege einer Gesamtbetrachtung zu berücksichtigen.

Zu Nummer 41 (§ 111c SGB V)

Mit der Änderung in den Sätzen 3 bis 5 wird die Vergütungssystematik für medizinische Rehabilitationseinrichtungen dahingehend angepasst, dass Vergütungssteigerungen für tarifgebundene Einrichtungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 SGB V durchschnittlichen Veränderungsrate anteilig bis zu 50 Prozent des Unterschieds zwischen der Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 bei den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen und damit von den Krankenkassen refinanzierbar sind. Damit wird unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität den tatsächlichen Kostensteigerungen im Personalbereich Rechnung getragen und die Vergütung nach Tarifvertrag gefördert. Zudem wird für die Leistungserbringer der Anreiz gesetzt, auf wirtschaftliche Tarifvertragsabschlüsse hinzuwirken.

Darüber hinaus ist die Regelung der 50-prozentigen Tarifierfinanzierung der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V für tarifgebundene Einrichtungen oberhalb der durchschnittlichen Veränderungsrate auf zwei Jahre befristet.

Mit dem Verweis auf § 111 Absatz 5 Satz 9 auf den Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Satz 9 sollen die Auswirkungen der befristeten Ausnahmeregelung für tarifgebundene Einrichtungen sowie Einrichtungen mit entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge untersucht werden. Es ist ein gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der Regelungen zu den Bereichen medizinische Rehabilitation und Vorsorge, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege (§§ 111 Absatz 5 Satz 3 und 4, 111c Absatz 3 Satz 3 und 4, 132 Absatz 1 Satz 3 und 4, 132a Absatz 4 Satz 8 und 9 und 132l Absatz 5 Satz 3 und 4 SGB V) vorzulegen. Untersucht werden sollen insbesondere die Auswirkungen auf die Höhe der vereinbarten Vergütungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, die Entwicklung der Personalkosten und der tarifbedingten Vergütungssteigerungen im Verhältnis zur nach § 71 Absatz 3 festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate sowie die wirtschaftliche Situation tarifgebundener Einrichtungen. Darüber hinaus soll bewertet werden, ob sich die Regelung auf die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten auswirkt.

Umfasst die Laufzeit eines Tarifvertrags bzw. einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung einen nicht mit dem Kalenderjahr übereinstimmenden Zeitraum, sind im Rahmen der Refinanzierung tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen die für diesen Zeitraum einschlägigen Grundlohnraten nach § 71 Absatz 3 im Wege einer Gesamtbetrachtung zu berücksichtigen.

Zu Nummer 42 (§ 115f SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 43 (§ 120 SGB V)

Zu Buchstabe a und b

Redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeanpassung auf Grund der Verschiebung von extrabudgetär vergüteten Leistungen aus dem § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6 in den § 87d Absatz 1 und 2.

Zu Nummer 44 (§ 125 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 45 (§ 125a SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 46 (§ 127 SGB V)

Die Ergänzung in Absatz 1b dient der Klarstellung und einheitlichen Anwendung des Preisabschlags bei fortlaufenden oder wiederkehrenden Versorgungen und vermeidet Auslegungsunsicherheiten hinsichtlich des Versorgungsbegins.

Während bei einmaligen Versorgungen regelmäßig ein einheitlicher Versorgungsvorgang vorliegt, werden Versicherte mit bestimmten Hilfsmitteln, insbesondere zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, fortlaufend oder wiederkehrend versorgt. In diesen Fällen entstehen Vergütungsansprüche typischerweise abschnittsweise für die jeweils erbrachte Leistung oder Lieferung.

Die Regelung stellt klar, dass bei solchen Versorgungen jede einzelne Leistungserbringung oder Einzellieferung als gesonderte Versorgung im Sinne dieser Vorschrift anzusehen ist, für die jeweils nur ein verminderter Preis abgerechnet werden darf.

Im Übrigen handelt es sich um redaktionelle Änderungen.

Zu Nummer 47 (§ 130 SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 48 (§ 130a SGB V)

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 1b

Der im Gesetzentwurf vorgesehene „dynamische“ Herstellerabschlag, dessen Höhe jedes Jahr anhand der Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen neu berechnet werden sollte, wird durch einen gesetzlich festgeschriebenen, gleichbleibenden ergänzenden Herstellerabschlag in Höhe von 8,5 Prozent ersetzt. Hierdurch soll zugleich ein unmittelbar wirkender Beitrag der pharmazeutischen Industrie zur Ausgabendämpfung und somit zur Stabilisierung der Finanzsituation der GKV sichergestellt und andererseits dem berechtigten Interesse der Unternehmen an Planungssicherheit für Vermarktungs-, Investitions- und Standortentscheidungen Rechnung getragen werden.

Wie bereits in der Begründung zum Gesetzentwurf (Bundestagsdrucksache 21/6130, S. 119) dargestellt, sind in den letzten fünf Jahren seit 2020 die Ausgaben für Arzneimittel um durchschnittlich rund 6,2 Prozent pro Jahr angestiegen, während der durchschnittliche Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) im selben Zeitraum lediglich rund 4,8 Prozent betrug. Bei den schwerpunktmäßig von dem ergänzenden Abschlag betroffenen patentgeschützten Arzneimitteln waren sogar Wachstumsraten in der Größenordnung von durchschnittlich 8 Prozent pro Jahr zu verzeichnen. Für die kommenden Jahre von 2027 bis 2030 wird derzeit mit BPE-Steigerungen zwischen 3 und 4 Prozent pro Jahr gerechnet. Ohne gegensteuernde Maßnahmen ergibt sich daher für den Arzneimittelbereich ein kontinuierlich aufwachsendes Finanzdefizit. Ein ergänzender Abschlag in Höhe von 8,5 Prozent erzielt rechnerisch bezogen auf die Jahre 2027 bis 2030 voraussichtlich in etwa die gleiche Gesamteinsparwirkung, wie sie für den ursprünglich geplanten dynamischen Herstellerabschlag prognostiziert wurde. Während der dynamische Abschlag auf den nachträglichen Ausgleich eines früheren Defizits angelegt war und deshalb nur verzögert wirken konnte, soll mit dem festen Abschlag eine sofort einsetzende, substanzielle Ausgabendämpfung bereits ab dem Jahr 2027 erreicht werden. Im Gegenzug wird auf eine jährliche Erhöhung des Abschlags, wie sie

bei Fortschreibung der bisherigen Entwicklung mit dem dynamischen Herstellerabschlag zu erwarten gewesen wäre, verzichtet.

Die gesetzliche Fixierung der Abschlagshöhe sorgt im Vergleich zu der im Gesetzentwurf vorgesehenen Neuberechnung für verlässliche, gleichbleibende Rahmenbedingungen, die Entscheidungen über die Markteinführung neuer Arzneimittel und gegebenenfalls damit verbundene Investitions- und Standortentscheidungen erleichtern. Der dynamische Herstellerabschlag wäre für die Unternehmen mit Unsicherheiten verbunden gewesen, da sie insbesondere die beitragspflichtigen Einnahmen weder maßgeblich beeinflussen noch langfristig sicher vorhersagen können. Um zu verhindern, dass wegen dieser Unsicherheiten neue Produkte unter Umständen nicht mehr auf den Markt gebracht werden mit entsprechenden Auswirkungen auf die Versorgung, ist einem gesetzlich fixierten Abschlag der Vorzug zu geben.

Der ergänzende Abschlag ist auf Dauer angelegt. Jedenfalls bei Fortschreibung der bisherigen Entwicklung von Arzneimittelausgaben und Einnahmen kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese Maßnahme zur Beitragssatzstabilisierung künftig nicht mehr erforderlich sein wird. Mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Kostendämpfungsmaßnahmen (Preis-Mengen-Regelung und Rabattverträge für Patent-Arzneimittel) sollten längerfristig zwar steigende Einsparungen erzielt werden, diese erreichen jedoch voraussichtlich nicht die Größenordnung der mit dem zusätzlichen Herstellerabschlag realisierbaren Einsparungen. Zudem bedürfen auch die Maßnahmen aus dem Gesetzentwurf, mit denen die pharmazeutische Industrie im Interesse von Innovationsfreundlichkeit und Bürokratieabbau entlastet wird (Abschaffung der „Leitplanken“ und des Kombinationsabschlags), einer dauerhaften finanziellen Kompensation. Bei möglichen künftigen Strukturreformen, etwa auf Grundlage des für Ende 2026 beauftragten zweiten Berichts der Finanzkommission Gesundheit, wird über eine Fortgeltung des Abschlags gesetzgeberisch neu zu entscheiden sein. Im Fall einer unerwarteten Entwicklung, die Ausgabenspielräume eröffnet, ist das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen seiner jährlichen Überprüfung der Erforderlichkeit der Abschläge nach Absatz 4 Satz 1 gehalten, den ergänzenden Herstellerabschlag durch Rechtsverordnung aufzuheben oder zu verringern, wenn und soweit er nach der gesamtwirtschaftlichen Lage, einschließlich ihrer Auswirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung, nicht mehr gerechtfertigt ist.

Durch die Festlegung der Abschlagshöhe im geänderten Satz 1 fallen die Berechnungs- und Verfahrensregelungen ab Satz 4 weg. Der bisherige Satz 2, der den Anwendungsbereich des ergänzenden Herstellerabschlags festlegt, bleibt inhaltlich unverändert und erhält lediglich rechtsförmliche und redaktionelle Anpassungen. Die Neuformulierung der Nummer 2 stellt klar, dass neben Biosimilars auch deren biologische Referenzarzneimittel nicht dem zusätzlichen Abschlag unterliegen, da auch für diese die Erwägung einschlägig ist, dass eine ausreichende Kostendämpfung bereits durch marktwirtschaftliche Mechanismen (Preiskonkurrenz) sichergestellt wird (vergleiche Bundestagsdrucksache 21/6130, S. 120). Patentfreie Biologika ohne Biosimilar-Konkurrenz sind hingegen abschlagspflichtig, soweit nicht eine andere Ausnahme greift.

Der neue Satz 4 bestimmt, unter welchen Voraussetzungen der zusätzliche Herstellerabschlag gemäß Satz 1 durch eine Erstattungsbetragsvereinbarung nach § 130b abgelöst werden kann. Zum einen ist eine ausdrückliche Vereinbarung unter Bezugnahme auf den neuen § 130a Absatz 1b notwendig, zum anderen finden nur Vereinbarungen Berücksichtigung, die ab dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung abgeschlossen werden.

Zu Absatz 1c

Die Voraussetzungen für eine Befreiung vom ergänzenden Herstellerabschlag nach Absatz 1b in Absatz 1c Satz 2 werden dahingehend geändert, dass das Kriterium der Wirkstoffproduktion in Deutschland, die einen relevanten Beitrag zur Versorgung der Patienten erwarten lässt, entfällt. Das Kriterium erweist sich in diesem Zusammenhang als schwer operationalisierbar. Zum einen ist die eindeutige Feststellung des Produktionsortes angesichts der vielschichtigen Bedingungen und Umstände, unter denen Wirkstoffe arbeitsteilig hergestellt werden, mit erheblichen Schwierigkeiten behaftet. Zum anderen weist die für eine in die Zukunft wirkende Befreiung notwendige Prognose der künftigen Produktionsmengen größere Unsicherheiten auf. Diesen Unsicherheiten könnte nur mit einer kürzeren Befreiungsdauer oder einem engmaschigen Monitoring der tatsächlichen Produktion mit entsprechenden Informationspflichten des pharmazeutischen Unternehmers begegnet werden, was wiederum mit erheblichem bürokratischem Mehraufwand verbunden wäre.

Die mögliche Ausgestaltung geeigneter Instrumente im Einklang mit den europa- und handelsrechtlichen Vorgaben, um die Arzneimittelproduktion in Deutschland sowie weitere relevante Investitionen in den Pharmastandort im Interesse von Wertschöpfung, Beschäftigung und resilienter Versorgung durch finanzielle Anreize zu fördern,

soll im Rahmen des laufenden Pharma- und Medizintechnikdialogs der Bundesregierung weiter diskutiert werden. Dabei sollen sowohl Instrumente außerhalb der GKV – etwa im Rahmen von Förderinstrumenten der Europäischen Union oder Standortförderungen des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie – als auch Anreize im System der Bepreisung und Erstattung neuer Arzneimittel geprüft werden. Für Maßnahmen mit Auswirkungen auf die Finanzen der GKV sind dabei auch geeignete Ausgleichsmechanismen zu berücksichtigen, um zusätzliche Belastungen für Beitragszahlende und Lohnnebenkosten zu vermeiden.

Wegen der Streichung des Produktionskriteriums in Satz 2 muss auch dessen Konkretisierung in Satz 4 gestrichen werden. Zudem ergeben sich Folgeänderungen in Satz 3 und den neuen Sätzen 5, 11, 13 und 14. In Satz 2 und den neuen Sätzen 4, 5, 7 und 12 werden zudem rechtsförmliche und redaktionelle Korrekturen vorgenommen.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Mit der Änderung wird der zusätzliche Abschlag nach Satz 3 sowie der zusätzliche Abschlag nach Satz 7 für Impfstoffe, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht, auf 9 Prozent festgelegt. Die Anhebung ist zum Erreichen der Einsparziele des Gesetzes erforderlich und unter Berücksichtigung der Anteile der Ausgaben im Impfstoffbereich an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung verhältnismäßig.

Zu Buchstabe c (Absatz 3)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe d (Absatz 3a)

Die Änderung der Sätze 4 und 5 wird gestrichen.

Zu Buchstabe e (Absätze 3e und 3f)

Zu Absatz 3e

Redaktionelle Anpassung.

Zu Absatz 3f

Der Impfstoffbereich unterliegt bislang nur sehr eingeschränkten Preisregulierungsinstrumenten. Um die steigenden Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung zu senken, wird vergleichbar zum Abschlag nach Absatz 3a ein Preismoratorium für Impfstoffe, für die Patent- oder Unterlagenschutz besteht, ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 eingeführt. Das Preismoratorium sieht die Möglichkeit für pharmazeutische Unternehmer vor, einen Inflationsausgleich auf die Preise ab dem Jahr 2028 geltend machen zu können, und gewährleistet eine wirtschaftliche und stabile Versorgung. Eine unzumutbare Belastung der Hersteller wird durch die zeitliche Befristung der Maßnahme ausgeschlossen. Maßgeblich ist der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. Juni 2026. Für Impfstoffe, für die Patent- oder Unterlagenschutz besteht, die erstmalig nach dem 1. Juni 2026 in den Markt eingeführt werden, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. Mit der Ergänzung in Satz 4 wird verhindert, dass pharmazeutische Unternehmer das Preismoratorium durch Neueinführung bestehender Impfstoffe, etwa durch die Verwendung einer neuen Pharmazentralnummer, umgehen können. Abschläge nach Absatz 2 werden zusätzlich zu dem Abschlag nach den Sätzen 1 bis 6 erhoben. Für die Abrechnung des Abschlags nach den Sätzen 1 bis 6 gelten die Absätze 1 Satz 3 bis 5, Absätze 5 bis 7 und 9 entsprechend. Absatz 4 findet Anwendung.

Das Nähere regelt der GKV-Spitzenverband erstmalig bis zum 30. November 2026 in entsprechenden Leitfäden.

Die Einführung eines Preismoratoriums ist zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, einem Gemeinwohlziel von überragendem Wert, verhältnismäßig. Sichergestellt wird, dass die nach Absatz 3a Satz 2 für Arzneimittel geltende Möglichkeit eines Inflationsausgleichs auch für Impfstoffe, für die Patent- oder Unterlagenschutz besteht, gilt. Vergleichbar zur Regelung in Absatz 3a Satz 2 ist zur Berechnung des Abschlags der Preisstand vom 1. Juni 2026 erstmalig am 1. Juli 2028 und jeweils am 1. Juli der Folgejahre um den Betrag anzuheben, der sich aus der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland im Vergleich zum Vorjahr ergibt.

Zu Buchstabe e (alt) (Absatz 8)

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Änderung von § 130a Absatz 8 Satz 6 entfällt, da der zusätzliche Herstellerabschlag unter den in Absatz 1b Satz 4 (neu) genannten Voraussetzungen vertraglich abgelöst werden kann.

Zu Nummer 49 (§ 130b SGB V)**Zu Buchstabe a (§ 130b Absatz 1a)**

Bei der gesetzlichen Auffanglösung für Preis-Mengen-Regelungen in § 130b Absatz 1a wird der auf Umsatzschwellen bezogene Rabatffaktor von 1 auf 1,5 Prozent erhöht. Darüber hinaus werden einzelne Regelungslücken geschlossen, um eine ordnungsgemäße Umsetzung sicherzustellen, und rechtsförmliche sowie redaktionelle Korrekturen vorgenommen.

Satz 2 wird ohne inhaltliche Änderung neu formuliert, um den Bezugspunkt der Vorgabe klarzustellen. In Satz 3 wird klargestellt, dass die gesetzliche Auffanglösung durch eine später einvernehmlich getroffene Preis-Mengen-Regelung abgelöst werden kann. Den Parteien obliegt es dann auch, den Übergang zwischen den gesetzlichen und den vertraglichen Regeln auszugestalten. Darüber hinaus werden redaktionelle Korrekturen vorgenommen und ein Verweis angepasst.

Der neue Satz 4 entspricht inhaltlich im Wesentlichen dem bisherigen Satz 3, 2. Halbsatz, wird jedoch zu Klarstellungszwecken neu formuliert. Die Neuformulierung soll sicherstellen, dass ein Schiedsverfahren auch in Fällen eingeleitet werden kann, in denen der fristgerechte Abschluss einer Erstattungsbetragsvereinbarung (ausschließlich) an der Uneinigkeit über die Preis-Mengen-Regelung scheitert. In diesem Fall wäre es zwar sachgerecht, dass die Vertragsparteien eine Vereinbarung ohne eigene Preis-Mengen-Regelung schließen und so die gesetzliche Auffanglösung zur Anwendung bringen. Verweigert jedoch eine Partei den Vertragsschluss, bedarf es eines niedrighschwelligen Konfliktlösungsmechanismus durch die Option zur Anrufung der Schiedsstelle. Anderenfalls bliebe der anderen Partei notfalls nur die Möglichkeit, den Vertragsschluss gerichtlich einzuklagen. Der Wortlaut des bisherigen Satzes 3, 2. Halbsatz („Absatz 4 Satz 1 ist insoweit nicht anzuwenden“) hätte dahingehend missverstanden werden können, dass die Einleitung eines Schiedsverfahrens in der genannten Konstellation nicht zulässig wäre. Die Regelung soll daher auf ihren Kerngehalt zurückgeführt werden, nämlich die Aussage, dass die Schiedsstelle nicht befugt ist, gegen den Willen einer Partei eine von der gesetzlichen Auffanglösung abweichende Preis-Mengen-Regelung festzusetzen (Bundestagsdrucksache 21/6130, S. 127). Besteht zwischen den Parteien ausschließlich über die Preis-Mengen-Regelung ein Dissens, kann die Schiedsstelle entweder nur die übrigen, konsentierten Vertragsinhalte festsetzen und so die Auffanglösung kraft Gesetzes zur Anwendung bringen, oder sie kann auf die gesetzliche Auffanglösung verweisen, diese wiederholen sowie gegebenenfalls für den Einzelfall konkretisieren, sofern sie dies als sachdienlich erachtet. Eine Abänderung der Auffanglösung kann sie jedoch nur vornehmen, wenn dem beide Parteien zustimmen.

Mit den Änderungen in den Sätzen 5 und 7, dem neu eingefügten Satz 9 und den Änderungen in den neuen Sätzen 10 und 13 sowie weiteren Folgeänderungen werden die Bezugszeiträume für den Rabattbeginn und die Berechnung der Rabatthöhe neu festgelegt. Die Regelung im Gesetzentwurf knüpft bisher an Kalenderjahre an, was insbesondere dazu führen würde, dass die rabattfreie Startphase kürzer oder länger ausfallen würde, je nachdem, ob ein Arzneimittel zu Beginn oder zum Ende eines Kalenderjahres auf den Markt kommt. Da sich dies nur bedingt mit der besseren Administrierbarkeit der Rabatte rechtfertigen lässt, erscheint es vorzugswürdig, alle maßgeblichen Zeiträume einheitlich am Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens auszurichten. Die erstmalige Rabattierung des Erstattungsbetrags nach Satz 5 soll daher ab dem vierten Jahr nach Markteintritt erfolgen und anschließend jährlich zum gleichen Datum. So erhält jedes neue Arzneimittel genau drei Jahre Rabatffreiheit.

In Satz 7, der die Berechnungsformel für den Rabattsatz enthält, werden die bisher in Bezug genommenen Kalenderjahre durch im Folgenden näher definierte Jahreszeiträume ersetzt. In Nummer 2 wird zudem bei der zweiten Rabattkomponente, die an das absolute Ausgabenvolumen des Vorjahres anknüpft, der Rabatffaktor pro überschrittener 100-Millionen-Euro-Umsatzschwelle von 1 auf 1,5 Prozent erhöht. Durch die Fixierung des zusätzlichen Herstellerabschlags für Arzneimittel bei 8,5 Prozent (siehe die Begründung zu § 130a Absatz 1b) entstehen in diesem Leistungsbereich nach derzeitigen Prognosen ab dem Jahr 2029 anwachsende Deckungslücken, die an anderer Stelle kompensiert werden müssen, um die Erreichung des Ziels der Beitragssatzstabilität nicht zu gefährden. Die Stärkung der Mengenrabatte stellt ein geeignetes Instrument dar, um die hierzu benötigten Einsparungen innerhalb des Arzneimittelbereichs zu erzielen.

Der neu eingefügte Satz 9 definiert den für beide Rabattkomponenten relevanten „Vorjahreszeitraum“ als den jeweiligen Zwölf-Monats-Zeitraum, der mit dem achtzehnten Monat vor dem in Satz 5 vorgeschriebenen Anpas-

sungszeitpunkt beginnt und mit dem siebten Monat vor diesem Zeitpunkt endet. Für die erstmalige Anpassung zu Beginn des vierten Jahres nach Inverkehrbringen wird dies konkretisiert als der neunzehnte bis dreißigste Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen. Der neue Satz 10 legt wie der bisherige Satz 9 den Referenzzeitraum für die Ermittlung von Steigerungen des Ausgabenvolumens (erste Rabattkomponente) fest. Statt wie bisher auf das erste Kalenderjahr nach Markteintritt soll nunmehr auf den Jahreszeitraum vom siebten bis zum achtzehnten Monat nach dem Inverkehrbringen abgestellt werden. Dadurch werden alle Arzneimittel einheitlich behandelt unabhängig davon, ob sie zu einem frühen oder späten Zeitpunkt innerhalb des Kalenderjahres in Verkehr gebracht werden. Der neue Satz 11 (bisheriger Satz 10) enthält eine Folgeänderung.

Nicht im Zusammenhang mit den Bezugszeiträumen steht der neu eingefügte Satz 12. Dieser stellt klar, dass bei der Ermittlung des Gesamtausgabenvolumens „des Arzneimittels“, das für die Berechnung nach Satz 7 maßgeblich ist und in Satz 10 näher bestimmt wird, Importe und wirkstoffgleiche Arzneimittel mit einbezogen werden. Importierte Arzneimittel werden zwar vom Importeur und damit von einem anderen pharmazeutischen Unternehmer in Verkehr gebracht, der entsprechende Absatz im Ausfuhrstaat kommt dem Herstellerkonzern jedoch ebenfalls zugute. Darüber hinaus ist es auch sachgerecht, weitere Arzneimittel mit dem gleichen neuen Wirkstoff in das Gesamtvolumen einzuberechnen, da für diese grundsätzlich kein eigener Erstattungsbetrag vereinbart wird, sondern nach Absatz 3a Satz 1 der Erstattungsbetrag des zuerst in Verkehr gebrachten Arzneimittels Anwendung findet. Ohne eine Einbeziehung würden also Mengenausweitungen bei den später in Verkehr gebrachten Arzneimitteln mit demselben Wirkstoff keine Rabatte auslösen. Nicht einzubeziehen sind demgegenüber Arzneimittel, für die nach Absatz 3a Satz 7 ausnahmsweise ein eigener Erstattungsbetrag vereinbart wird; für diese bedarf es auch einer eigenständigen Preis-Mengen-Regelung.

Die neuen Sätze 13 und 14 entsprechen in der Sache dem bisherigen Satz 11, der zur besseren Lesbarkeit in zwei Sätze aufgeteilt wird. In Satz 13 wird klargestellt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen neben der Feststellung der abgerechneten Bezugsgrößen sowohl die maßgeblichen Gesamtausgabenvolumina als auch den resultierenden Rabattsatz selbst ermittelt, bevor er sie gegebenenfalls an den pharmazeutischen Unternehmer übermittelt. Der diese Übermittlung betreffende Satz 14 stellt zunächst klar, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die rabattrelevanten Informationen nicht stets routinemäßig zur Verfügung stellt, sondern nur dann, wenn sich ein positiver Rabattsatz und somit eine Änderung des Erstattungsbetrags ergibt. Darüber hinaus wird auf die ursprünglich vorgesehene monatliche Darstellung der Anzahl der Bezugsgrößen aus Vereinfachungsgründen verzichtet; diese ist angesichts der betrachteten Jahreszeiträume entbehrlich. Schließlich werden die Fristen für die Übermittlung der Informationen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an den pharmazeutischen Unternehmer an die neu definierten Bezugszeiträume angepasst. Der Spitzenverband stellt die Informationen jeweils bis zum Ablauf des zweiten Monats vor dem in Satz 5 vorgegebenen Anpassungszeitpunkt zur Verfügung, für die erstmalige Anpassung ist dies der fünfunddreißigste Monat nach Markteintritt.

Die Neuregelungen der Bezugszeiträume können anhand des folgenden Beispiels veranschaulicht werden: Ein Arzneimittel wird am 15. Januar 2027 in Verkehr gebracht. Die Anpassung des Erstattungsbetrags muss erstmals zum 15. Januar 2030 erfolgen, anschließend erneut jedes Jahr zum 15. Januar. Referenzjahreszeitraum ist der Zeitraum vom 15. Juli 2027 bis zum 14. Juli 2028. Vorjahreszeitraum ist für die erstmalige Anpassung zum 15. Januar 2030 der Zeitraum vom 15. Juli 2028 bis zum 14. Juli 2029 und anschließend jeweils der nächste Zeitraum vom 15. Juli bis zum 14. Juli des Folgejahres. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt, sofern ein Rabatt fällig wird, die maßgeblichen Informationen erstmals bis zum 14. Dezember 2029 und anschließend jährlich bis zum 14. Dezember.

Der neu eingefügte Satz 15 trifft eine Regelung zum zeitlichen Geltungsbeginn des rabattierten Erstattungsbetrags, der auf Grundlage der gesetzlichen Auffanglösung für eine Preis-Mengen-Regelung zustande kommt. Einer solchen Regelung bedarf es insbesondere für sogenannte Altverträge, also für Fälle, in denen für ein Arzneimittel zunächst eine Erstattungsbetragsvereinbarung ohne die gesetzliche Preis-Mengen-Regelung galt und die Auffanglösung nunmehr nachträglich zur Anwendung kommt. Eine automatische Umstellung laufender Vereinbarungen auf die Auffanglösung ist nicht vorgesehen, vielmehr kommt die Regelung nur zur Anwendung, wenn nach Inkrafttreten dieses Gesetzes ein Erstattungsbetrag von den Parteien neu vereinbart oder von der Schiedsstelle festgesetzt wird, ohne gleichzeitig einvernehmlich eine Preis-Mengen-Regelung zu treffen. Das kann insbesondere der Fall sein, wenn Neuverhandlungen wegen eines neuen Nutzenbewertungsbeschlusses oder aufgrund einer Kündigung der bisherigen Vereinbarung stattgefunden haben. Auch in diesen Konstellationen soll die neue Auffanglösung, sofern die Parteien keine eigene Preis-Mengen-Regelung vereinbaren, künftig eine angemessene Partizipation der Kostenträger an den Skaleneffekten der pharmazeutischen Unternehmer sicherstellen.

Allerdings enthält der Gesetzentwurf bisher keine klare Regelung dazu, ab welchem Zeitpunkt der in Umsetzung der Auffanglösung anzupassende (rabattierte) Erstattungsbetrag hier erstmalig gelten soll. Diese Lücke wird mit dem neuen Satz 15 geschlossen, der regelt, dass der aufgrund der gesetzlichen Preis-Mengen-Regelung rabattierte Erstattungsbetrag ab dem spätesten der dort aufgelisteten Zeitpunkte gilt.

Nummer 1 nennt das Inkrafttreten dieses Gesetzes als frühestmöglichen Zeitpunkt. Unter Umständen liegt nämlich der in Satz 5 für den Rabattbeginn genannte Zeitpunkt bei länger in Verkehr befindlichen Arzneimitteln bereits in der Vergangenheit. Eine rückwirkende Anpassung des Erstattungsbetrags für die Zeit vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes ist jedoch unter Berücksichtigung des Vertrauensschutzes nicht bezweckt.

Nummer 2 regelt im Einklang mit Satz 5, dass der rabattierte Erstattungsbetrag frühestens ab dem dort genannten Zeitpunkt gilt, in dem erstmalig die Anpassung des Erstattungsbetrags erfolgen muss.

Nummer 3 verweist auf die Regelungen für den Geltungsbeginn des Erstattungsbetrags in Absatz 3a Satz 2 bis 6 und Satz 8, beispielsweise für den Fall der Vereinbarung eines neuen Erstattungsbetrags aufgrund einer Neubewertung nach Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets. Grundsätzlich ist der dort geregelte Geltungsbeginn auch für den rabattierten Erstattungsbetrag maßgeblich, allerdings nur, wenn er nicht vor den in Nummer 1 und 2 genannten Zeitpunkten liegt. Insofern kann es auch zu einer rückwirkenden Geltung des rabattierten Erstattungsbetrags kommen, allerdings maximal bis zum Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes.

Nummer 4 trifft eine Sonderregelung für den Fall, dass die Auffanglösung erstmals infolge der Neuverhandlung einer Erstattungsbetragsvereinbarung nach Kündigung zur Anwendung kommt. Dies betrifft alle Fälle der ordentlichen wie außerordentlichen Kündigung, insbesondere auch die Nutzung des in Absatz 7a anlässlich der Neuregelung eingeräumten Sonderkündigungsrechts. Bei der Kündigung von Erstattungsbetragsvereinbarungen gilt der Grundsatz, dass die frühere Vereinbarung beziehungsweise der im Schiedsspruch festgesetzte Vertragsinhalt bis zum Wirksamwerden einer neuen Vereinbarung fortgilt (Absatz 7 Satz 2, Absatz 7a Satz 3). Dies ist auch für den Geltungsbeginn des rabattierten Erstattungsbetrags grundsätzlich sachgerecht, bedarf jedoch einer Begrenzung, um zu vermeiden, dass der frühere (unrabattierte) Erstattungsbetrag beispielsweise wegen langwieriger Verhandlungen oder Verzögerungen im Schiedsverfahren auf unbestimmte Zeit weitergilt und die Einsparwirkung der gesetzlichen Auffanglösung so unangemessen hinausgezögert wird. Daher wird in Nummer 4 geregelt, dass der neue (rabattierte) Erstattungsbetrag spätestens ab dem siebten Monat nach dem Wirksamwerden der Kündigung gilt.

Der neue Satz 16 adressiert in Ergänzung von Satz 15 die Problematik, dass bei Arzneimitteln, für die die gesetzliche Auffanglösung nicht von Anfang an galt, die Frist für den GKV-SV zur Übermittlung der für den Rabatt maßgeblichen Informationen nach Satz 14 möglicherweise schon verstrichen ist, bevor überhaupt feststeht, ob die Auffanglösung Anwendung findet. In diesen Fällen sind die Informationen unverzüglich nach dem Zustandekommen der Erstattungsbetragsvereinbarung oder der Festsetzung ihres Inhalts durch die Schiedsstelle zur Verfügung zu stellen, damit der pharmazeutische Unternehmer den rabattierten Erstattungsbetrag melden und etwaige Ausgleichsansprüche erfüllen kann.

Die Änderungen im neuen Satz 17, der dem bisherigen Satz 13 entspricht, sind redaktioneller Natur.

Zu Buchstabe b und c

Unverändert.

Zu Buchstabe d bis f

Zu § 130b Absatz 3a Satz 1

Unverändert.

Zu § 130b Absatz 3a Satz 9, Absatz 4 Satz 3 und Absatz 4a Satz 1

In Absatz 3a Satz 9, Absatz 4 Satz 3 und Absatz 4a Satz 1 werden Folgeänderungen zur Regelung in Absatz 1a Satz 15 vorgenommen. Der auf Grundlage der gesetzlichen Auffanglösung für eine Preis-Mengen-Regelung anzupassende Erstattungsbetrag gilt nach Maßgabe des Absatzes 1a Satz 15 unter Umständen auch rückwirkend, so dass die Differenz zwischen (rabattiertem) Erstattungsbetrag und tatsächlich gezahltem Abgabepreis nachträglich auszugleichen ist. Da der aus Absatz 1a Satz 15 resultierende Zeitpunkt gegebenenfalls von den bereits in Absatz 3a Satz 2 bis 6 und Satz 8 genannten Zeitpunkten abweicht, sollte dieser Fall in den Ausgleichsregelungen

gesondert benannt werden. Die ergänzenden Ausgleichsansprüche in § 78 Absatz 3a Satz 4 und 5 des Arzneimittelgesetzes und in § 1a Satz 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel bedürfen hingegen wegen ihres allgemeiner gefassten Wortlauts keiner Anpassung.

Zu Buchstabe g (§ 130b Absatz 7a Satz 1)

Durch die Änderung in Absatz 7a Satz 1 wird die Beschränkung des Sonderkündigungsrechts auf nach Inkrafttreten des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) abgeschlossene oder festgesetzte Erstattungsbetragsvereinbarungen aufgehoben. Das Sonderkündigungsrecht soll den Parteien die Möglichkeit geben, laufende Vereinbarungen unabhängig von anderweitigen Kündigungsrechten auf die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen (Preis-Mengen-Regelung, Wegfall der „Leitplanken“) umzustellen (vergleiche Bundestagsdrucksache 21/6130, S. 130). Hinsichtlich der „Leitplanken“, die erst mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz eingeführt wurden, ist die im Gesetzentwurf vorgesehene zeitliche Beschränkung zwar nachvollziehbar. Ein Bedarf zur Herbeiführung einer angemessenen Preis-Mengen-Regelung kann jedoch auch für ältere Vereinbarungen bestehen, die unter Umständen nach 2022 nicht mehr novelliert wurden. Die Stichtagsregelung soll daher entfallen.

Zu Nummer 50 (§ 130e SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 51 (§ 132 SGB V)

Mit der Änderung in den Sätzen 3 bis 5 wird die Vergütungssystematik für Haushaltshilfe dahingehend angepasst, dass Vergütungssteigerungen für tarifgebundene Einrichtungen oder Unternehmen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 SGB V durchschnittlichen Veränderungsrate anteilig bis zu 50 Prozent des Unterschieds zwischen der Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 bei den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen und damit von den Krankenkassen refinanzierbar sind. Damit wird unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität den tatsächlichen Kostensteigerungen im Personalbereich Rechnung getragen und die Vergütung nach Tarifvertrag gefördert. Zudem wird für die Leistungserbringer der Anreiz gesetzt, auf wirtschaftliche Tarifvertragsabschlüsse hinzuwirken.

Darüber hinaus ist die Regelung der 50-prozentigen Tarifierfinanzierung der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V für tarifgebundene Einrichtungen oder Unternehmen oberhalb der durchschnittlichen Veränderungsrate auf zwei Jahre befristet.

Mit dem Verweis in Satz 10 auf § 111 Absatz 5 Satz 9 auf den Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sollen die Auswirkungen der befristeten Ausnahmeregelung für tarifgebundene Einrichtungen oder Unternehmen sowie Einrichtungen oder Unternehmen mit entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen auch für den Bereich der Haushaltshilfe untersucht werden. Es ist ein gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der Regelungen zu den Bereichen medizinische Rehabilitation und Vorsorge, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege (§§ 111 Absatz 5 Satz 3 und 4, 111c Absatz 3 Satz 3 und 4, 132 Absatz 1 Satz 3 und 4, 132a Absatz 4 Satz 8 und 9 und 132l Absatz 5 Satz 3 und 4 SGB V) vorzulegen. Untersucht werden sollen insbesondere die Auswirkungen auf die Höhe der vereinbarten Vergütungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, die Entwicklung der Personalkosten und der tarifbedingten Vergütungssteigerungen im Verhältnis zur nach § 71 Absatz 3 festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate sowie die wirtschaftliche Situation tarifgebundener Einrichtungen. Darüber hinaus soll bewertet werden, ob sich die Regelung auf die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten auswirkt.

Umfasst die Laufzeit eines Tarifvertrags bzw. einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung einen nicht mit dem Kalenderjahr übereinstimmenden Zeitraum, sind im Rahmen der Refinanzierung tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen die für diesen Zeitraum einschlägigen Grundlohnraten nach § 71 Absatz 3 im Wege einer Gesamtbetrachtung zu berücksichtigen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 52 (§ 132a SGB V)

Mit der Änderung in den Sätzen 8 bis 10 wird die Vergütungssystematik für häusliche Krankenpflege dahingehend angepasst, dass Vergütungssteigerungen für tarifgebundene Leistungserbringer oberhalb der nach § 71 Absatz 3 SGB V durchschnittlichen Veränderungsrate anteilig bis zu 50 Prozent des Unterschieds zwischen der Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 bei den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen und damit von den Krankenkassen refinanzierbar sind. Damit wird unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität den tatsächlichen Kostensteigerungen im Personalbereich Rechnung getragen und die Vergütung nach Tarifvertrag gefördert. Zudem wird für die Leistungserbringer der Anreiz gesetzt, auf wirtschaftliche Tarifvertragsabschlüsse hinzuwirken.

Darüber hinaus ist die Regelung der 50-prozentigen Tarifierfinanzierung der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V für tarifgebundene Einrichtungen oder Unternehmen oberhalb der durchschnittlichen Veränderungsrate auf zwei Jahre befristet.

Mit dem Verweis in Satz 19 auf § 111 Absatz 5 Satz 9 auf den Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sollen die Auswirkungen der befristeten Ausnahmeregelung für tarifgebundene Leistungserbringer oder Leistungserbringer mit entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen auch für den Bereich der häuslichen Krankenpflege untersucht werden. Es ist ein gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der Regelungen zu den Bereichen medizinische Rehabilitation und Vorsorge, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege (§§ 111 Absatz 5 Satz 3 und 4, 111c Absatz 3 Satz 3 und 4, 132 Absatz 1 Satz 3 und 4, 132a Absatz 4 Satz 8 und 9 und 132l Absatz 5 Satz 3 und 4 SGB V) vorzulegen. Untersucht werden sollen insbesondere die Auswirkungen auf die Höhe der vereinbarten Vergütungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, die Entwicklung der Personalkosten und der tarifbedingten Vergütungssteigerungen im Verhältnis zur nach § 71 Absatz 3 festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate sowie die wirtschaftliche Situation tarifgebundener Einrichtungen. Darüber hinaus soll bewertet werden, ob sich die Regelung auf die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten auswirkt.

Umfasst die Laufzeit eines Tarifvertrags bzw. einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung einen nicht mit dem Kalenderjahr übereinstimmenden Zeitraum, sind im Rahmen der Refinanzierung tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen die für diesen Zeitraum einschlägigen Grundlohnraten nach § 71 Absatz 3 im Wege einer Gesamtbetrachtung zu berücksichtigen.

Zu Nummer 53 (§ 132l SGB V)

Mit der Änderung in den Sätzen 3 bis 5 wird die Vergütungssystematik für außerklinische Intensivpflege dahingehend angepasst, dass Vergütungssteigerungen für tarifgebundene Leistungserbringer oberhalb der nach § 71 Absatz 3 SGB V durchschnittlichen Veränderungsrate anteilig bis zu 50 Prozent des Unterschieds zwischen der Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 bei den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen und damit von den Krankenkassen refinanzierbar sind. Damit wird unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität den tatsächlichen Kostensteigerungen im Personalbereich Rechnung getragen und die Vergütung nach Tarifvertrag gefördert. Zudem wird für die Leistungserbringer der Anreiz gesetzt, auf wirtschaftliche Tarifvertragsabschlüsse hinzuwirken.

Darüber hinaus ist die Regelung der 50-prozentigen Tarifierfinanzierung der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V für tarifgebundene Einrichtungen oder Unternehmen oberhalb der durchschnittlichen Veränderungsrate auf zwei Jahre befristet.

Mit dem Verweis in Satz 9 auf § 111 Absatz 5 Satz 9 auf den Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sollen die Auswirkungen der befristeten Ausnahmeregelung für tarifgebundene Leistungserbringer oder Leistungserbringer mit entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen auch für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege untersucht werden. Es ist ein gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der Regelungen zu den Bereichen medizinische Rehabilitation und Vorsorge, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege (§§ 111 Absatz 5 Satz 3 und 4, 111c Absatz 3 Satz 3 und 4, 132 Absatz 1 Satz 3 und 4, 132a Absatz 4 Satz 8 und 9 und 132l Absatz 5 Satz 3 und 4 SGB V) vorzulegen. Untersucht werden sollen insbe-

sondere die Auswirkungen auf die Höhe der vereinbarten Vergütungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, die Entwicklung der Personalkosten und der tarifbedingten Vergütungssteigerungen im Verhältnis zur nach § 71 Absatz 3 festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate sowie die wirtschaftliche Situation tarifgebundener Einrichtungen. Darüber hinaus soll bewertet werden, ob sich die Regelung auf die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten auswirkt.

Umfasst die Laufzeit eines Tarifvertrags bzw. einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung einen nicht mit dem Kalenderjahr übereinstimmenden Zeitraum, sind im Rahmen der Refinanzierung tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen die für diesen Zeitraum einschlägigen Grundlohnraten nach § 71 Absatz 3 im Wege einer Gesamtbetrachtung zu berücksichtigen.

Zu Nummer 54 (§ 133 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 55 (§ 134 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 56 (§ 134a SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 56a (§ 135e SGB V)

In Absatz 1 wird klargestellt, dass die Qualitätskriterien zur personellen Ausstattung der Leistungsgruppen über das ärztliche Personal hinaus auch das Pflegepersonal umfassen. Der nach Absatz 3 Satz 1 SGB V eingerichtete Ausschuss soll auch Mindestkriterien zur spezifischen Qualifikation und Verfügbarkeit des Pflegepersonals empfehlen; der Ausschuss wird aufgefordert, die entsprechenden Empfehlungen unverzüglich nach Inkrafttreten des Gesetzes zu erarbeiten. Auf dieser Grundlage soll dann die rechtstechnische Umsetzung der Empfehlungen mit Wirkung zum 1. Januar 2028 erfolgen, so dass die Pflege als Qualitätskriterium der stationären Versorgung zeitnah gestärkt wird. Gleichzeitig wird ausreichend Zeit für die Entwicklung tragfähiger Kriterien, ihre rechtliche Umsetzung sowie die Vorbereitung der Krankenhäuser auf die Anforderungen gewährleistet.

Zu Nummer 56b (§ 137e SGB V)

Mit der Neufassung von § 137e Absatz 7 Satz 6 wird die Kostentragung für solche Erprobungen neu geregelt, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf Antrag eines Medizinprodukteherstellers oder sonstigen Anbieters einer neuen Methode beschließt. Für diesen Fall gilt künftig, dass der Antragsteller auf eigene Kosten die Beauftragung einer unabhängigen wissenschaftlichen Institution mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung zu übernehmen hat. Für den Fall, dass er diese Kosten nicht übernehmen kann oder will, kann der Antragsteller seinen Antrag auch nach Beschluss der Erprobungsrichtlinie noch zurücknehmen. Es bleibt dem G-BA unbenommen, die Beauftragung dann selbst vorzunehmen und die entstehenden Kosten hierfür zu tragen. Dies kann etwa in Betracht kommen, wenn der G-BA die Durchführung einer Erprobung aus Versorgungsgründen gleichwohl für angezeigt hält. Die Entscheidung hierüber liegt beim G-BA. Das antragstellende Unternehmen hat keinen Anspruch darauf, dass der G-BA die Beauftragung und die entstehenden Kosten übernimmt.

Zu Nummer 56c (§ 137h SGB V)

Das bisherige obligatorische Bewertungsverfahren neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse in der stationären Versorgung wird auf alle neuen Methoden erweitert, für die erstmalig eine Finanzierung in der Krankenhausversorgung erfolgen soll. Zugleich wird die Leistungserbringung

auf Krankenhäuser konzentriert, die die Gewähr dafür bieten, dass die innovative Methode indikationsgerecht und qualitätsgesichert eingeführt wird. Nur diese Krankenhäuser erhalten künftig die Möglichkeit, Entgelte nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung (sogenannte NUB-Entgelte) zu vereinbaren.

Hierzu wird § 137h SGB V entsprechend geändert. In Absatz 1 Satz 1 entfällt die einschränkende Voraussetzung, wonach es sich um eine Methode handeln muss, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht. Zugleich wird klargestellt, dass sich die Regelung nicht auf Methoden bezieht, die allein maßgeblich auf der Gabe eines Arzneimittels beruhen, sondern sie nur für sogenannte nichtmedikamentöse Methoden gilt. Für den Fall, dass die technische Anwendung der Methode maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, wird im neuen Satz 2 klargestellt, dass die Informationsübermittlung weiterhin im Einvernehmen mit dem Hersteller des Medizinprodukts zu erfolgen hat und die zu übermittelnden Informationen insbesondere auch die Daten zum klinischen Nutzen des Medizinprodukts und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt umfassen müssen. Bei der Anpassung des Verweises in Satz 3 handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5 und dahingehend geändert, dass erstmals die einschränkende Bezugnahme auf Medizinprodukte gestrichen wird und eine Wiedereinführung der Potentialprüfung durch den G-BA erfolgt, so dass der Wortlaut insoweit wieder der bis zum 25.05.2020 geltenden Fassung entspricht. Bei der Anpassung des Verweises im neuen Satz 6 handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Der neue Satz 7 enthält eine neue Frist für den G-BA zur Regelung des Näheren zu dem erweiterten Verfahren in der Verfahrensordnung. Erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Verfahrensordnung ist das Verfahren für alle betreffenden neuen Methoden anzuwenden.

Bei den Änderungen in Absatz 2 handelt es sich um Folgeänderungen des Wegfalls der Einschränkung auf Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse.

Absatz 3 bleibt bis auf eine redaktionelle Folgeänderung in Satz 1 unverändert.

Durch die Änderungen in Absatz 4 Satz 1 wird der G-BA künftig verpflichtet, für neue Methoden, die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten, innerhalb von drei Monaten nach seiner Bewertungsentscheidung die erforderlichen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung nach den §§ 136 bis 136b zu regeln. Der neue Satz 5 zielt darauf ab, dass für diese Methoden Entgeltvereinbarungen nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung (sogenannte NUB-Entgelte) künftig nur noch für solche Krankenhäuser vereinbart werden dürfen, die die Gewähr dafür bieten, dass die innovative Methode indikationsgerecht und qualitätsgesichert eingeführt wird. Hierzu gehören in erster Linie Hochschulkliniken. Zudem dürfen auch für weitere Krankenhäuser NUB-Entgelte vereinbart werden, wenn sie die vom G-BA nach Satz 1 zu beschließenden Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung erfüllen. Im Übrigen bleibt unberührt, dass Versicherte im Rahmen einer erforderlichen Krankenhausbehandlung außerhalb einer vom G-BA beschlossenen Erprobung einen Anspruch auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit dem Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative haben, wenn es um eine schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung geht und keine andere Standardbehandlung verfügbar ist (vgl. BSG B 1 KR 10/23 R, Rn 36). Der neue Satz 6 enthält die Vorgabe, dass der G-BA in seinen Richtlinien oder Beschlüssen nach §§ 136 bis 136b auch das Nähere zu regeln hat, wie ein Krankenhaus, das für eine Methode nach Absatz 1 Satz 5 Nummer 2 die Vereinbarung eines NUB-Entgelts anstrebt, die Erfüllung der nach Satz 1 geregelten Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung nachzuweisen hat. Die bisherigen Sätze 5 bis 11 werden gestrichen. Es handelt sich dabei um Folgeänderungen des Wegfalls der Einschränkung auf Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse sowie um die Streichung redundanter Regelungen im Falle einer Erprobung der neuen Methode nach § 137e.

Bei der Anpassung des Verweises in Absatz 5 Satz 1 handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 56d (§ 137i SGB V)

Pflegepersonaluntergrenzen definieren eine Mindestpersonalausstattung im Krankenhaus und sind zum Schutz von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus sowie des Krankenhauspersonals essentiell. Trotz des erfolgten Aufbaus von Pflegekräften im Krankenhaus in den letzten Jahren, werden Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus oftmals nicht eingehalten. Zur stringenteren Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung wird gesetzlich festgelegt, dass Sanktionen künftig so auszugestalten sind, dass ein

regelmäßiges Unterschreiten Pflegepersonaluntergrenzen ausgeschlossen wird. Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes haben Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 Satz 10 über Sanktionen nach § 137i Absatz 4a und 5 (PpUG-Sanktions-Vereinbarung) dahingehend zu überprüfen und anzupassen. Insbesondere ist zu prüfen, ob durch Verschärfung der Sanktionen, etwa durch die Vereinbarung höherer Vergütungsabschläge, eine stärkere Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen erreicht werden kann.

Zu Nummer 56e (§ 137k SGB V)

Für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation des Krankenhauspersonals ist eine angemessene Personalausstattung in der unmittelbaren Patientenversorgung im Krankenhaus wesentlich. Mit der neuen Generalklausel werden Krankenhäuser allgemein verpflichtet für eine dem jeweiligen Leistungsspektrum und -umfang entsprechende, auskömmliche Personalausstattung für patientennahe Berufsgruppen (wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Hebammen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Anästhesie- und Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten) im Krankenhaus zu sorgen und die hierfür erforderlichen Maßnahmen zu treffen. Auf eine gesetzliche Vorgabe zur verpflichtenden Nutzung von bestimmten Personalbemessungssystemen wird künftig im Sinne einer strukturellen Entlastung für Krankenhäuser verzichtet und damit die Eigenverantwortung und Organisationshoheit der Krankenhäuser gestärkt. Dokumentations-, Nachweis- und Prüfpflichten im Krankenhaus werden insoweit vermieden und Bürokratie zurückgebaut. Krankenhäuser erhalten Freiräume für einen flexiblen und effizienten Personaleinsatz und die Implementierung innovativer Versorgungskonzepte. Individuelle Gegebenheiten der Krankenhäuser können so besser berücksichtigt werden, etwa bauliche Gegebenheiten oder die vorhandene IT-Infrastruktur am Krankenhausstandort. Krankenhäuser können im eigenen Ermessen zur Bemessung ihres Personalbedarfs weiterhin Personalbemessungsinstrumente, wie beispielsweise die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) oder das ärztliche Personalbemessungsinstrument der Bundesärztekammer („ÄPS-BÄK“) nutzen. Laufende Arbeiten, wie die zur Wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Personalbemessung der Pflege im Krankenhaus gemäß § 137l können abgeschlossen werden. Zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität gelten auch weiterhin die auf Grundlage von § 137i erlassenen Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen im Sinne einer Mindestpersonalausstattung im Krankenhaus. Gleichzeitig wird mit dem Pflegepersonalquotienten gemäß § 137j Transparenz über den Pflegeaufwand eines Krankenhausstandortes hergestellt.

Zu Nummer 57 (§ 140a SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 58 (§ 175 SGB V)

Mit dem Ziel der Entbürokratisierung und der Hebung aller finanzieller Einsparpotentiale wird die bisherige Informationspflicht der Krankenkassen bei Erhöhung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes gestrichen.

Zu Nummer 59 (§ 217b SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 60 (§ 221 SGB V)

Der infolge der Erhebung einer Lenkungssteuer auf zuckergesüßte Getränke entstehende finanzielle Spielraum wird genutzt, um die im Regierungsentwurf vorgesehene Absenkung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds zu verringern. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Steueraufkommen bei zuckerhaltigen Getränken im Jahr 2027 650 Millionen Euro beträgt und infolge von Rezepturanpassungen der Erzeuger ab 2028 auf 450 Millionen Euro sinkt.

Zu Nummer 61 (§ 223 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 62 (§ 232a SGB V)

Der Bund beteiligt sich im Vergleich zum Kabinetttentwurf in höherem Umfang an den für Grundsicherungsgeldempfänger gezahlten Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Ab dem Jahr 2027 werden die gezahlten Beiträge um rund 750 Mio. Euro zusätzlich angehoben. Insgesamt beteiligt sich der Bund somit im Jahr 2027 mit rund 1 Mrd. Euro zusätzlich. In den Folgejahren wird das vom Bund getragene Beitragsaufkommen wie bisher um die im Kabinetttentwurf vorgesehenen Schritte angehoben. Es steigt im Jahr 2028 um weitere rund 250 Mio. Euro an. In den Jahren 2029, 2030 und 2031 beträgt der Anstieg jeweils rund 500 Mio. Euro pro Jahr, sodass ab 2031 jährlich zusätzlich rund 2,75 Mrd. Euro gegenüber dem Jahr 2026 durch den Bund gezahlt werden. Der Faktor, mit dem die monatliche Bezugsgröße zu multiplizieren ist, wird im Jahr 2027 und in den Folgejahren entsprechend angepasst.

Zu Nummer 62a (§ 234 SGB V)

Durch die Einführung eines teilweisen Krankengelds ist der Bezug von Krankengeld nicht mehr in jedem Fall mit einem Wegfall der Beitragszahlung durch die Künstlersozialkasse verbunden. Vielmehr bleibt das Entgelt aus künstlerischer oder publizistischer Tätigkeit im Fall des teilweisen Bezugs von Krankengeld vollständig beitragspflichtig. Wird wegen einer Teilarbeitsunfähigkeit nur teilweise Krankengeld bezogen (25, 50 oder 75 Prozent), werden für die verbleibende Tätigkeit weiterhin Beiträge fällig, die im Fall von über das Künstlersozialversicherungsgesetz versicherten Tätigkeiten zur Hälfte von den jeweiligen Versicherten und zur Hälfte von der Künstlersozialkasse getragen werden. Reduziert sich infolge der Teilarbeitsunfähigkeit das voraussichtliche Jahresarbeitseinkommen aus künstlerischer oder publizistischer Tätigkeit, bleibt es dabei in der Verantwortung der Versicherten, in solchen Fällen eine entsprechende Korrekturmeldung gegenüber der Künstlersozialkasse abzugeben (§ 12 Absatz 3 KSVG).

Zu Nummer 63 (§ 242b SGB V)

Zu Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a

Der Ausnahmetatbestand nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a wird auf Kinder bis Vollendung ihres zwölften Lebensjahres erweitert. Die Regelung wird insoweit mit vergleichbaren Altersgrenzen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), wie beispielsweise beim Kinderkrankengeld (§ 45 SGB V), bei der Versorgung mit rezeptfreien Arzneimitteln (§ 34 SGB V) und bei Haushaltshilfe (§ 38 SGB V), gleichgezogen.

Zu Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe d

Für Ehegatten und Lebenspartner bei denen typisierend eine eingeschränkte Möglichkeit zur Erwerbstätigkeit vermutet werden kann, wird beim Mitglied der Beitragszuschlag nach § 242b Absatz 1 Satz 1 nicht erhoben. Daher ist der Beitragszuschlag vom Mitglied nicht zu zahlen, wenn für den Ehegatten oder Lebenspartner ein Pflegegrad von 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel des Elften Buches festgestellt ist oder ein Rentenanspruch wegen voller Erwerbsminderung in der gesetzlichen Rentenversicherung festgestellt wurde oder dieser als nicht erwerbsfähiger Leistungsberechtigter, der mit dem erwerbsfähigen Mitglied in einer Bedarfsgemeinschaft lebt, Grundsicherungsgeld nach § 19 Absatz 1 Satz 2 des Zweiten Buches bezieht. Den Krankenkassen liegen im Regelfall Angaben über einen festgestellten Pflegegrad ihrer Pflegekasse oder den Bezug einer vollen Erwerbsminderungsrente bei gleichzeitiger Familienversicherung vor. Sofern einer Krankenkasse ein entsprechender Nachweis im Einzelfall nicht vorliegen sollte, ist er vom Versicherten in geeigneter Weise beizubringen.

Zu Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe e

Die Ausnahme nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe d kann sowohl durch einen festgestellten Grad der Erwerbsfähigkeit des Ehegatten oder Lebenspartners von mindestens 60, als auch durch einen entsprechenden Grad der Behinderung oder der Schädigungsfolgen begründet werden. Die Inbezugnahme der verschiedenen so-

zialrechtliche Bemessungsmaßstäbe dient dazu, die bereits festgestellten gesundheitliche Beeinträchtigungen der Familienversicherten angemessen und umfassend zu berücksichtigen. Zudem ist hiermit sichergestellt, dass mittels dieser amtlichen behinderungs- bzw. schädigungsbezogene Bewertungsgrößen die Prüfung der Ausnahme vom Beitragszuschlag für die Krankenkassen auch administrierbar bleibt. Es wird somit auf etablierte sozialrechtliche Feststellungs- und Bewertungsmaßstäbe und Verfahren aufgesetzt, sodass Versicherte als Beleg für den Grad der Behinderung, den Grad der Schädigungsfolgen, die Minderung der Erwerbsfähigkeit oder den Pflegegrad lediglich den entsprechenden bestandskräftigen amtlichen Bescheid vorzulegen haben, sofern er der Krankenkasse nicht bereits vorliegt.

Zu Absatz 1 Satz 4 und 5

Zur Verfahrenserleichterung gilt oder entfällt der Beitragszuschlag stets für einen vollen (Abrechnungs-)Monat. Dies entspricht der Systematik beim Kinderlosenzuschlag in der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 55 Absatz 3 SGB des Elften Buches.

Zur Ergänzung von Absatz 2 Satz 5 und 6

Zur Erreichung des mit diesem Gesetz übergeordnet formulierten Ziels der Beitragssatzstabilität und der Sicherung der Liquidität des Gesundheitsfonds ist es notwendig, dass der Zuschlag nach § 242b SGB V zum 1. Januar 2028 in Kraft tritt. Hieraus ergeben sich Herausforderungen zur termingerechten technischen Umsetzung in den jeweiligen Fachverfahren die angepasst werden müssen.

Daher wird zur Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV und zugleich dem Schutz der zur Abführung des Zuschlages verpflichteten Stellen (beitragsabführende Stelle) vor möglichen Haftungsfragen klargestellt, dass für die im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis einschließlich 31. Juli 2028 anfallenden Beitragszuschläge der § 28g Satz 3 des Vierten Buches (SGB IV) nicht einschlägig ist. Somit dürfen Arbeitgeber für den Zuschlag nach § 242b von der Vorgabe des zeitlich eingeschränkten Beitragsabzuges abweichend die im ersten Halbjahr 2028 unterbliebenen Abzüge des Beitragszuschlages noch anschließend nachholen. Davon unabhängig gilt grundsätzlich, wie in der Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (vgl. BT-Drs. 21/6130 S. 139f.) bereits ausgeführt, dass eine durch die Krankenkasse für einen weiter zurückliegenden Zeitraum gegenüber dem Arbeitgeber angezeigte Pflicht zur Zahlung des Beitragszuschlages insofern kein Verschulden des Arbeitgebers im Sinne des § 28g Satz 3 SGB IV darstellt, sodass ein unterbliebener Abzug auch in späteren Lohn- und Gehaltszahlungen nachgeholt werden darf.

Ergänzend dient auch die im Zeitraum 1. Januar 2028 bis 30. Juli 2028 temporär vorgesehene Ausnahme von der Erhebung von Säumniszuschlägen nach § 24 SGB IV für den Beitragszuschlag dazu, dass beitragsabführende Stellen nicht mit Säumniszuschlägen belegt werden, die aus einer möglicherweise verspäteten technischen Implementierung des Beitragszuschlages resultieren könnten. Die Regelungen stellen somit einen Interessenausgleich zwischen dem übergeordneten Ziel zur Beitragssatzstabilität und der Sicherung der Liquidität des Gesundheitsfonds sowie den Interessen der beitragsabführenden Stellen und Krankenkassen nach Planungs- und Rechtssicherheit dar.

Zu Absatz 5

Es wird festgelegt, dass die Krankenkassen die Zuschlagspflicht feststellen und die für die zur Zahlung des Zuschlages Verpflichteten (beitragsabführenden Stellen) erforderlichen Daten zum Einbehalt und der Zahlung des Beitragszuschlages elektronisch übermitteln. Die Krankenkassen übermitteln auf elektronischem Wege lediglich, wenn die Pflicht zur Zahlung des Beitragszuschlag besteht, ab welchem Zeitpunkt dieser anfällt. Entfällt die Zuschlagspflicht, meldet die Krankenkasse, ab wann kein Beitragszuschlag mehr zu zahlen ist.

Im Übrigen gelten die bestehenden gesetzlichen Vorgaben zur Tragung und Zahlung von Beiträgen nach diesem Buch für den Beitragszuschlag, sofern nichts Abweichendes geregelt ist. Somit kann der Einbehalt und die Zahlung des Beitragszuschlages nach § 242b in die jeweiligen Vereinbarungen der jeweils betroffenen Stellen bei den verschiedenen Meldeverfahren integriert werden. Es bedarf keiner gesonderten Rechtsgrundlage für die jeweiligen Fachverfahren.

Zu Nummer 64 (§ 249b SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 65 (§ 271 SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 65a (§ 275a SGB V)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der durchgängigen Streichung des Qualitätskriteriums „Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen“ in der Anlage 1 zu § 135e.

Zu Nummer 66 (§ 275c SGB V)**Zu Buchstabe a**

Es werden weitere Änderungen im Rahmen des Prüfquotensystems vorgenommen. Dazu gehört auch die Erhöhung der Aufwandspauschale, die die Krankenkasse an das Krankenhaus zu entrichten hat, wenn die Abrechnungsprüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt. Damit wird eine symmetrische Ausgestaltung mit dem ebenfalls auf 500 Euro anzuhebenden Aufschlag nach Absatz 3 erreicht. Zudem wird mit der Anhebung der Aufwandspauschale der Anreiz für die Krankenkassen gestärkt, die mit dem Prüfquotensystem erreichte Zielgenauigkeit von Abrechnungsprüfungen beizubehalten und unnötige Prüfungen zu vermeiden.

Zu Buchstabe b

Über die bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Anpassungen hinaus wird eine weitere Erhöhung der Prüfquoten und Schwellenwerte vorgesehen. Damit kann der Anreiz für regelkonforme Abrechnungen noch deutlicher gestärkt werden. Die Prüfquote von 5 Prozent in der niedrigsten Prüfquotenklasse bei einem Anteil von mindestens 80 Prozent unbeanstandeter Abrechnungen bleibt, wie vorgesehen, erhalten. Die nächste Prüfquotenklasse wird erreicht, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 65 und 80 Prozent liegt. In dieser Prüfquotenklasse beträgt die Prüfquote 20 Prozent anstatt – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – 15 Prozent. Wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 65 Prozent liegt, gilt eine Prüfquote von 40 Prozent statt 25 Prozent. Sofern der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 50 Prozent liegt, ist eine unbegrenzte Prüfbarkeit der Abrechnungen zulässig.

Zu Buchstabe c

Aufgrund der Anpassung der Schwellenwerte ist der Aufschlag zukünftig von Krankenhäusern zu leisten, deren Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 80 Prozent liegt und für die somit in einem Quartal eine höhere Prüfquote als 5 Prozent gilt (Satz 1). Darüber hinaus wird der Aufschlag zur symmetrischen Ausgestaltung mit der Aufwandspauschale ebenfalls auf 500 Euro angehoben (Satz 2). Mit dieser Anpassung wird zusätzlich der Anreiz für eine regelkonforme Abrechnung gestärkt. Die Sätze 3 und 4 entsprechen dem geltenden Recht. Der neue Satz 5 entspricht inhaltlich dem bisherigen Satz 6. Für Sachverhalte bis zum Inkrafttreten des neu gefassten Absatzes 3 gelten nach dem Grundsatz des intertemporalen Rechts weiterhin die bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Regelungen des Absatzes 3.

Zu Nummer 67 (§ 282 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 67a (§ 284 Absatz 1 Nummer 16 SGB V)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 44 Absatz 4 SGB V. Damit Krankenkassen Versicherte frühzeitig und formlos über eine Antragstellung für Leistungen zur Teilhabe bei den Trägern der Rentenversicherung informieren und die Anhaltspunkte für eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit identifizieren

können, ist es erforderlich, die für diesen Zweck erforderlichen Sozialdaten erheben und speichern dürfen. Die bisherige Begrenzung auf Satz 1 wird gestrichen.

Zu Nummer 68 (§ 295 SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 69 (§ 346 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 70 (§§ 410 und 411 SGB V)

Es handelt sich um eine Klarstellung des Anwendungsbereichs der Ausnahmeregelung ohne inhaltliche Änderung sowie um eine Folgeänderung zur Anpassung der in Artikel 2 Nummer 2 (§ 35a Absatz 6a SGB IV) geregelten Vorgaben für die Zulässigkeit der Erhöhung von Vorstandsvergütungen.

Zu Nummer 70a (§ 428)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 71 (§§ 429 und 430 SGB V)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 72 (Anlage 1 zum SGB V)

In Anlage 1 zu § 135e wird in den Leistungsgruppen-Nummern 1, 2, 4-15, 17-46 und 48-64 die Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen als Mindestkriterium der sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen gestrichen. Die Pflegepersonaluntergrenzen gelten für pflegesensitive Bereiche, die nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung ermittelt werden und nicht deckungsgleich mit den Leistungsgruppen sind. Die Pflegepersonaluntergrenzen müssen unabhängig von den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung erfüllt werden. Deshalb werden die Pflegepersonaluntergrenzen als Mindestkriterium aller Leistungsgruppen gestrichen, um eine Doppelprüfung durch den Medizinischen Dienst zu vermeiden.

Zu Artikel 1a (Änderung des SGB III)

Zu Nummer 1 (§ 27 SGB III)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches. Mit der Vorschrift wird sichergestellt, dass Personen, deren Arbeitsentgelt allein wegen der Teilarbeitsunfähigkeit unter der Geringfügigkeitsgrenze liegt, weiterhin in den Schutz der Arbeitslosenversicherung einbezogen bleiben. Damit wird ein Gleichklang zu vergleichbaren Konstellationen bei einer stufenweisen Wiedereingliederung geschaffen.

Zu Nummer 2 (§ 150 SGB III)

Damit Personen, die wegen der Teilarbeitsunfähigkeit oder der stufenweisen Wiedereingliederung ein vermindertes Arbeitsentgelt erzielt haben, keine Nachteile erfahren, wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt arbeitslos werden, bleibt das während der Teilarbeitsunfähigkeit verminderte Arbeitsentgelt bei der Bemessung des Arbeitslosengeldes außer Betracht.

Zu Nummer 3 (§ 345 SGB III)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des teilweisen Krankengeldes bei Teilarbeitsunfähigkeit nach den §§ 44 Absatz 1a und 44c des Fünften Buches. Die Beiträge zur Arbeitsförderung werden aus 80 Prozent des dem teilweisen Krankengeld zugrunde liegenden (anteiligen) Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens berechnet. Das (anteilige) Arbeitsentgelt aus der mit Restarbeitsfähigkeit ausgeübten Beschäftigung unterliegt daneben der Beitragspflicht aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung (Mehrfachversicherung).

Zu Nummer 4 (§ 347 SGB III)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu dem neuen § 47 Absatz 2a des Fünften Buches. Beim verminderten Krankengeld nach § 47 Absatz 2a des Fünften Buches tragen die Leistungsträger die Beiträge zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung alleine, da sich das Krankengeld in diesen Fällen typisierend an der Höhe des Arbeitslosengeldes orientiert und sich aus dem Nettoeinkommen errechnet.

Zu Artikel 2 (Änderung des SGB IV)

Zu Nummer 1 (§ 20 SGB IV)

Unverändert.

Zu Nummer 2 (§ 35a SGB IV)

Bei der zu Beginn einer neuen Amtsperiode zulässigen Erhöhung der Grundvergütung soll der Mittelwert der durchschnittlichen Veränderungsraten seit Beginn der vorherigen Amtsperiode ermittelt werden und als Grundlage der Vergütungserhöhung dienen. Dies soll etwaige Schwankungen der Veränderungsrate ausgleichen und verhindern, dass die Vergütungserhöhungen verschiedener Vorstände weit auseinandergehen.

Ein Rückgriff auf bzw. die entsprechende Anwendung des Satzes 2, wonach die Vergütung in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen hat, die sich nach der Zahl der Versicherten bemisst (zur generellen Einordnung der Vorstandsvergütung), ist nunmehr nur in Ausnahmefällen bei erheblichen Veränderungen der Versichertenzahlen zulässig, die eine generelle Neubewertung der Vergütung rechtfertigen. Dies ist vor allem anzunehmen bei Krankenkassenfusionen oder Neugründungen von Krankenkassen.

Eine Aufsummierung der Veränderungsraten aller „Zwischenjahre“ bei Vergütungserhöhung zu Beginn der neuen (nächsten) Amtsperiode ist nicht zulässig. Die zwischenzeitlich in der Begründung des Gesetzentwurfs erwähnte Möglichkeit der Aufsummierung würde nämlich unter Umständen höhere Vergütungserhöhungen bei den Vorständen ermöglichen, als dies nach der bisherigen Rechtslage möglich wäre (nach Maßgabe des in der untergesetzlichen „Trendlinie“ zulässigen Rahmens) und damit das Regelungsziel konterkarieren.

Zu Nummer 3 (§ 95c Absatz 2 Nummer 2 SGB IV)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches. Mit der Ergänzung der Teilarbeitsunfähigkeit wird sichergestellt, dass auch bei Vorliegen einer Teilarbeitsunfähigkeit der Datenaustausch zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Künstlersozialkasse stattfindet.

Zu Nummer 4 (§ 109 SGB IV)

Die Änderungen von § 109 SGB IV werden als notwendige Folgeänderungen zur Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c SGB V neu eingefügt.

Mit der Vorschrift des § 109 Absatz 2 SGB IV (Buchstabe b) wird das elektronische Rückmeldeverfahren für Fälle der Teilarbeitsfähigkeit nach § 44c SGB V geregelt. Für die Datenübermittlung der Teilarbeitsunfähigkeit ist das bestehende Dialogverfahren zwischen Krankenkassen und Arbeitgebern zu nutzen. Der Arbeitgeber hat nach Abruf der Arbeitsfähigkeitsdaten zu melden, ob einer Beschäftigung in Höhe der Teilarbeitsfähigkeit zugestimmt wird und ab welchem Zeitpunkt diese aufgenommen wird. Die Krankenkassen benötigen zudem die Daten eines Abbruchs der Teilarbeitsunfähigkeit und des Abbruchzeitpunkts. Daher werden diese in den Katalog der zu übermittelnden Daten aufgenommen.

Die Rückmeldung erfolgt gegenüber der Krankenkasse als zentraler Stelle des elektronischen Arbeitsunfähigkeitsverfahrens.

Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Durchführung einer Teilarbeitsfähigkeit nicht allein von medizinischen Voraussetzungen abhängt, sondern auch betriebliche Belange zu berücksichtigen sind.

Die nähere technische Ausgestaltung des Rückmeldeverfahrens wird dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen, um eine einheitliche und interoperable Einbindung in die bestehende eAU-Infrastruktur sicherzustellen.

§ 109 Absatz 4 SGB IV (Buchstabe c) stellt im Zuge der Einführung des elektronischen Rückmeldeverfahrens für Fälle der Teilarbeitsfähigkeit nach § 44c SGB V in Absatz 2 klar, dass das Nähere zu den Datensätzen, zum Verfahren nach Absatz 1 und Absatz 2 sowie zu den Fristen und den Einzelheiten der elektronischen Kommunikation der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen regelt. Die Grundsätze bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören.

Zu Artikel 2a (Änderung des SGB VI)

Zu Nummer 1 (§ 4 SGB VI)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches. Mit der Vorschrift wird sichergestellt, dass Personen auch bei Vorliegen einer Teilarbeitsunfähigkeit die Möglichkeit haben, bei Vorliegen aller weiteren Voraussetzungen auf Antrag versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung zu werden, um damit auch im Rahmen der Teilarbeitsunfähigkeit weiter durch Beitragszahlung Ansprüche in der Rentenversicherung für die Altersvorsorge aufzubauen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches im Hinblick auf den Beginn der Versicherungspflicht im Rahmen einer Antragspflichtversicherung.

Zu Nummer 2 (§ 5 SGB VI)

Folgeänderung zur Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches. Mit der Vorschrift wird sichergestellt, dass Personen, welche als selbstständig Tätige der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung unterliegen und deren Arbeitseinkommen allein wegen des Vorliegens einer Teilarbeitsunfähigkeit unter der Geringfügigkeitsgrenze liegt, nicht allein deswegen versicherungsfrei werden, sondern weiterhin versicherungspflichtig in der Rentenversicherung bleiben.

Zu Nummer 3 (§ 6 SGB VI)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches. Mit der Vorschrift wird sichergestellt, dass Personen, deren Arbeitsentgelt allein wegen des Vorliegens einer Teilarbeitsunfähigkeit unter der Geringfügigkeitsgrenze liegt, nicht von der Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht Gebrauch machen können. Sie bleiben weiterhin in den Schutz der gesetzlichen Rentenversicherung einbezogen. Damit wird ein Gleichklang zu vergleichbaren Konstellationen bei einer stufenweisen Wiedereingliederung geschaffen.

Zu Nummer 4 (§ 20 SGB VI)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von teilweisem Krankengeld nach § 44 Absatz 1a des Fünften Buches. Versicherte, die ambulante Leistungen zur Prävention und Nachsorge in geringem Umfang erhalten, dabei einen Anspruch auf teilweises Krankengeld haben und Erwerbseinkommen aus der teilweisen Erbringung der bisherigen Arbeitsleistung beziehen, bedürfen keiner Absicherung durch Übergangsgeld. Es gilt somit ausschließlich die Regelung von § 20 Absatz 1 Nummer 1.

Zu Nummer 5 (§ 166 SGB VI)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des teilweisen Krankengeldes bei Teilarbeitsunfähigkeit nach §§ 44 Absatz 1a, 44c des Fünften Buches. Die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden aus 80 Prozent des dem teilweisen Krankengeld zugrunde liegenden (anteiligen) Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens berechnet. Das (anteilige) Arbeitsentgelt für die mit der Restarbeitsfähigkeit erbrachten Arbeitsleistung unterliegt daneben der Beitragspflicht aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung (Mehrfachversicherung).

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeanpassung.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Versicherungspflicht auf Antrag nach § 4 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 bei teilweiser Erbringung der Arbeitsleistung aufgrund von Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches. In diesen Fällen wird für die Beitragsbemessung das zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherte Arbeitsentgelt nur in der reduzierten Höhe zugrunde gelegt, die dem ärztlich festgestellten Anteil der Arbeitsunfähigkeit in Höhe von 25, 50 oder 75 Prozent entspricht. Das (anteilige) Arbeitsentgelt für die mit der Restarbeitsfähigkeit erbrachten Arbeitsleistung unterliegt daneben der Beitragspflicht aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung (Mehrfachversicherung).

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Versicherungspflicht auf Antrag nach § 4 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 bei teilweiser Erbringung der Arbeitsleistung aufgrund von Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches zur Regelung der Beitragstragung in diesen Fällen.

Zu Nummer 6 (§ 170 SGB VI)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu dem neuen § 47 Absatz 2a des Fünften Buches. Beim verminderten Krankengeld nach § 47 Absatz 2a des Fünften Buches tragen die Leistungsträger die Beiträge zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung alleine, da sich das Krankengeld in diesen Fällen typisierend an der Höhe des Arbeitslosengeldes orientiert und sich aus dem Nettoeinkommen errechnet.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Versicherungspflicht auf Antrag nach § 4 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 bei teilweiser Erbringung der Arbeitsleistung aufgrund von Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches zur Regelung der Beitragstragung in diesen Fällen.

Zu Nummer 7 (§ 175 SGB VI)

Durch die Einführung eines teilweisen Krankengelds ist der Bezug von Krankengeld nicht mehr in jedem Fall mit einem Wegfall der Beitragszahlung durch die Künstlersozialkasse verbunden. Vielmehr bleibt das Entgelt aus künstlerischer oder publizistischer Tätigkeit im Falle des teilweisen Bezugs von Krankengeld vollständig beitragspflichtig. Wird wegen einer Teilarbeitsunfähigkeit nur teilweise Krankengeld bezogen (25, 50 oder 75 Prozent), werden für die verbleibende Tätigkeit weiterhin Beiträge fällig, die im Fall von über das Künstlersozialversicherungsgesetz versicherten Tätigkeiten zur Hälfte von den jeweiligen Versicherten und zur Hälfte von der Künstlersozialkasse getragen werden. Reduziert sich infolge der Teilarbeitsunfähigkeit das voraussichtliche Jahresarbeitseinkommen aus künstlerischer oder publizistischer Tätigkeit, bleibt es dabei in der Verantwortung der Versicherten, in solchen Fällen eine entsprechende Korrekturmeldung gegenüber der Künstlersozialkasse abzugeben (§ 12 Absatz 3 KSVG).

Zu Artikel 2b (Änderung des SGB IX)

Zu Nummer 1 (§ 67 SGB IX)

Der derzeitige Wortlaut zum Bemessungszeitraum bezieht sich alleine auf eine (Arbeitsunfähigkeit). Der Bemessungszeitraum soll auf ein repräsentatives Erwerbseinkommen vor Eintritt des gesundheitlichen Ausfalls zurückgreifen. Eine Verzerrung durch krankheitsbedingten Lohnausfall soll vermieden werden. Dasselbe gilt auch für

die Teilarbeitsunfähigkeit, die deswegen ergänzt werden muss. Dies ist auch notwendig, um zu verhindern, dass Personen in Teilarbeitsunfähigkeit schlechter gestellt sind als arbeitsunfähige Personen.

Zu Nummer 2 (§ 167 SGB IX)

Das Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) ist ein einzigartiges Instrument, welches sich auf eine nachhaltige Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag und Prävention konzentriert. Dabei wird die Rehabilitation direkt an den Arbeitsplatz gebracht. Arbeitgeber werden dabei durch Reha-Träger, Inklusionsämter und andere Unterstützungsorganisationen begleitet.

Durch die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit, steht zu befürchten, dass das BEM zeitlich weiter in den Hintergrund rückt, da eine Teilarbeitsunfähigkeit kein Voraussetzungstatbestand des BEM (§ 167 Absatz 2) darstellt. Vielmehr ist im bisherigen Gesetzeswortlaut eine sechswöchige (volle) Arbeitsunfähigkeit Voraussetzung, welche daher durch die Teilarbeitsunfähigkeit als gleichrangige Voraussetzung zur Einleitung eines BEM-Verfahrens ergänzt werden soll.

Zu Artikel 2c (Änderung des SGB XI)

(§ 59 SGB XI)

Es handelt sich um Folgeänderungen zum neuen § 47 Absatz 2a des Fünften Buches. Beim verminderten Krankengeld nach § 47 Absatz 2a des Fünften Buches tragen die Leistungsträger die Beiträge zur Pflegeversicherung alleine, da sich das Krankengeld in diesen Fällen typisierend an der Höhe des Arbeitslosengeldes orientiert und sich aus dem Nettoeinkommen errechnet.

Zu Artikel 2d (Änderung des SGB XII)

Zu Nummer 1 (§ 32 SGB XII)

Die Einfügung eines Absatzes 3a in § 32 SGB XII stellt eine Folgeänderung zur Einführung des § 242b SGB V dar. Fällt ein Beitragszuschuss für die Familienversicherung an, so ist auch dieser als Bedarf für Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung anzuerkennen.

Zu Nummer 2 (§ 128c SGB XII)

Folgeänderung zur Einführung des § 242b SGB V. Die Einfügung eines neuen Buchstaben d in § 128c Nummer 4 SGB XII erweitert den Erhebungsumfang der Bundestatistik für das Vierte Kapitel des SGB XII um den Beitragszuschlag für die Familienversicherung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 5 KHEntgG)

Unverändert.

Zu Nummer 2 (§ 6 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Bei der Anpassung in § 6 Absatz 2 Satz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes handelt es sich um eine Folgeänderung der Erweiterung des obligatorischen Bewertungsverfahrens des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137h SGB V.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Unverändert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen in § 10 Absatz 5.

Zu Nummer 3 (§ 6a KHEntgG)**Zu Buchstabe a**

Durch die faktische Verschiebung des bisherigen Satzes 12 in Absatz 2a wird vorgegeben, dass die mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz vorgenommene Regelung, nach der Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten, unabhängig von der dienstlichen Zuordnung im Krankenhaus nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen sind, erst für die Jahre ab 2027 gilt. Die Regelung ist mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz eingeführt worden und am 15. April 2026 in Kraft getreten. Vor dem Hintergrund dieses Inkrafttretenszeitpunkts und des im Krankenhausentgeltrecht geltenden Prospektivitätsgrundsatzes, der sich unter anderem in § 11 Absatz 1 Satz 2 niederschlägt, nach dem unter anderem das Pflegebudget für einen zukünftigen Zeitraum zu schließen ist, war bereits mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz beabsichtigt, dass die getroffene Regelung erst für die Zeit ab 2027 Anwendung findet. Da es in der Praxis hierüber jedoch Auffassungsunterschiede gibt, wird nunmehr eine eindeutige zeitliche Vorgabe vorgenommen. Die zuständigen Vertragsparteien auf der Bundesebene haben damit auch hinreichend Zeit, zur Umsetzung der Regelung noch Einzelheiten in ihrer Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung festzulegen. Der neue Satz 12 entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung in Satz 1 wird die Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 von dem für das Jahr 2026 vereinbarten Pflegebudget auf das tatsächliche Pflegebudget für das Jahr 2026 umgestellt. Die Umstellung erfolgt durch eine nachträgliche Berichtigung und einen Ausgleich, da zum Zeitpunkt der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 das tatsächliche Pflegebudget 2026 vielfach noch nicht bekannt sein dürfte. Durch die Umstellung wird der Anreiz für die Krankenhäuser, für das Jahr 2026 ein möglichst hohes Pflegebudget zu vereinbaren, gemindert und die Budgetvereinbarung insoweit beschleunigt. Durch die Änderung wird gleichzeitig auch gewährleistet, dass die von den Selbstverwaltungspartnern im Jahr 2026 vereinbarte Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen in die Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets eingeht und die Tarifierhöhungen damit dauerhaft finanziert werden. Daneben wird mit der Änderung in Satz 1 für das Jahr 2027 die gesonderte Finanzierung von pflegeentlastenden Maßnahmen in Höhe von 0,34 Prozent des Pflegebudgets beibehalten. Im Vergleich zur bisherigen Höhe der pflegeentlastenden Maßnahmen von 2,5 Prozent werden daher zukünftig noch 14 Prozent im Pflegebudget finanziert. Dementsprechend sind bei der Ausgangsgrundlage für die Verhandlung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 86 Prozent des Betrags, der für das Jahr 2026 für pflegeentlastende Maßnahmen im Pflegebudget vereinbart wurde, abzuziehen. Die im Pflegebudget des Jahres 2026 basiswirksam berücksichtigten Mittel für pflegeentlastende Maßnahmen sind somit zu einem Anteil von 14 Prozent auch in dem Pflegebudget für das Jahr 2027 enthalten. Nach dem zweiten Halbsatz werden auf Verlangen einer Vertragspartei ein Ausgleich und eine Berichtigung durchgeführt, wenn die für das Jahr 2027 vereinbarten Pflegepersonalkosten von den tatsächlichen Pflegepersonalkosten abweichen. Da es sich bei den pflegeentlastenden Maßnahmen nicht um Pflegepersonalkosten handelt, hat weder der Ausgleich noch die Berichtigung einen Einfluss auf die Höhe der im Pflegebudget für das Jahr 2027 berücksichtigten Mittel für pflegeentlastende Maßnahmen.

Durch die Änderung in Satz 2 Nummer 1 werden für das Jahr 2028 die Mittel für die gesonderte Finanzierung von pflegeentlastenden Maßnahmen halbiert. Durch die Änderung in Satz 2 Nummer 2 wird die in Satz 1 und Satz 2 Nummer 1 geregelte gesonderte Finanzierung von pflegeentlastenden Maßnahmen beendet. Hierzu wird vorgegeben, dass Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2029 das für das Jahr 2028 vereinbarte Pflegebudget abzüglich des darin enthaltenen restlichen Betrags für pflegeentlastende Maßnahmen ist.

Die Änderung in Satz 3 dient ebenfalls der dauerhaften Finanzierung der Tarifierhöhungen. Die Regelung bezieht sich auf die für die Jahre ab 2028 vereinbarten Pflegebudgets und erstreckt sich auf die mit diesem Gesetz eingeführte hälftige Tariflohnrefinanzierung. Hierzu wird vorgegeben, dass das Pflegebudget um die Hälfte der Erhö-

hungsrate zu erhöhen ist, sofern die Vertragsparteien auf Bundesebene im Vorjahr eine Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen vereinbart haben. Die Regelung ist erforderlich, da der Gesetzentwurf zur Umsetzung der zukünftig hälftigen Tarifierfinanzierung lediglich in § 6a Absatz 4 Satz 5 und 6 eine Erhöhung des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerts vorsieht. Durch die Erhöhung des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerts wird die hälftige Tarifierfinanzierung im laufenden Jahr gewährleistet. Um die hälftige Tarifierfinanzierung auch für die Folgejahre sicherzustellen, wird nunmehr eine entsprechende Anhebung des Pflegebudgets vorgesehen.

Mit der Änderung in Satz 5 wird eine weitere Überschreitungsmöglichkeit der Obergrenze geschaffen. Demnach ist eine Überschreitung der Obergrenze zulässig, wenn die Vertragsparteien auf Bundesebene im jeweiligen Vorjahr eine Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen vereinbart haben. Die Höhe der Überschreitung ist laut Satz 6 auf die hälftige Erhöhungsrates begrenzt. Damit wird gewährleistet, dass die Tarifierfinanzierung, die mit der Anhebung der Ausgangsgrundlage bzw. des Pflegebudgets in den Sätzen 1 und 3 geregelt wird, auch tatsächlich umgesetzt wird und nicht durch die Obergrenze beschränkt wird.

Mit der Ergänzung in Satz 8 wird sichergestellt, dass die Berichtigung und der Ausgleich für die Jahre ab dem Jahr 2027 gelten. Die Berichtigung und der Ausgleich für das Jahr 2026 sind demgegenüber in Satz 1 zweiter Halbsatz geregelt.

Zu Buchstabe c

Unverändert.

Zu Buchstabe d

Da die Möglichkeit zur Überschreitung der Obergrenze zur Abwicklung eines Ausgleichsbetrags nunmehr in Absatz 2a Satz 4 Nummer 2 geregelt ist, kann die Regelung entfallen.

Zu Nummer 4 (§ 6c KHEntgG)

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 5 (§ 8 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Die bestehende gesetzliche Vorgabe zur Fallzusammenführung bei komplikationsbedingten Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus wird erweitert. Bei einer Patientin oder einem Patienten, die oder der ab dem 1. Januar 2028 in ein Krankenhaus aufgenommen wird, ist eine Fallzusammenführung auch vorzunehmen, wenn die Patientin oder der Patient innerhalb von 30 Kalendertagen nach dem Aufnahmedatum eines Aufenthalts in einem Krankenhaus erneut in ein Krankenhaus aufgenommen wird. Innerhalb des zeitlichen Rahmens sind dabei sowohl Krankenhausaufnahmen in dasselbe Krankenhaus als auch in ein anderes Krankenhaus umfasst. Weitere Voraussetzung für eine Fallzusammenführung ist neben der zeitlichen Vorgabe von 30 Kalendertagen eine Eingruppierung der Falldaten eines Krankenhausaufenthalts in die Hauptdiagnosegruppe (Major Diagnostic Category, MDC) eines anderen Krankenhausaufenthalts. Damit wird sichergestellt, dass es sich bei den zusammenzufassenden Krankenhausaufenthalten um ähnliche medizinische Behandlungsanlässe handelt. Folge der Fallzusammenführung ist, dass anstelle von mehreren Fallpauschalen die Falldaten von unterschiedlichen Krankenhausaufenthalten, für welche die Regelung anzuwenden sind, auf der Grundlage der Falldaten dieser Aufenthalte eine Neueingruppierung in nur eine Fallpauschale vorzunehmen ist. Die Änderung folgt dem Vorschlag der Finanzkommission Gesundheit zur Erweiterung der Fallzusammenführung in ihrem ersten Bericht.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben weiterhin nach Satz 2 Näheres oder Abweichendes zu vereinbaren. § 9 Absatz 1 Nummer 3 gibt in diesem Zusammenhang vor, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. März 2027 Ausnahmen von der Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung zu vereinbaren haben, soweit eine Fallzusammenführung nicht wirtschaftlich geboten oder nicht medizinisch vertretbar ist.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird ermöglicht, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) neben den Einzelheiten der Abgrenzung

auch Abweichungen regeln können. Damit wird erreicht, dass die Abrechnung im Einklang mit den Vorgaben des Ambulanten Operierens (AOP) steht, wonach Leistungen des AOP-Katalogs in begründeten Einzelfällen aufgrund patientenbezogener Kontextfaktoren auch stationär erbracht werden können. Hierdurch wird eine praxisgerechte Ausgestaltung der Vergütungsregelungen unterstützt.

Zu Nummer 6 (§ 9 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit den Änderungen werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, fristgebunden Ausnahmen von der Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung zu vereinbaren, soweit eine Fallzusammenführung nicht wirtschaftlich geboten oder nicht medizinisch vertretbar ist. Hierdurch können mögliche Verwerfungen in der stationären Versorgung verhindert werden. Der bürokratische Aufwand ist bei der Umsetzung im Blick zu behalten. Zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung geänderter Regelungen zur Fallzusammenführung wird die Frist für den Abschluss der Vereinbarung vom 30. Juni 2027 auf den 31. März 2027 vorgezogen. Für eine ggf. erforderliche Konfliktlösung durch die Bundesschiedsstelle besteht dann noch ausreichend Zeit, ohne dass die Abläufe der Kalkulation des Entgeltsystems für das Jahr 2028 durch ausstehende Entscheidungen verzögert werden. Das Ergebnis der erweiterten Fallzusammenführung haben die Vertragsparteien auf Bundesebene unverändert in Form einer Anpassung der einschlägigen Regelungen der Fallpauschalenvereinbarung mit Wirkung ab dem Jahr 2028 umzusetzen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Unverändert.

Zu Doppelbuchstabe cc

Redaktionelle Anpassung.

Zu Doppelbuchstabe dd

Redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe b

An Stelle der regelhaft vorgesehenen Vereinbarung des Veränderungswerts durch die Vertragsparteien auf Bundesebene erfolgt mit Wirkung für die Jahre 2027 bis 2029 eine gesetzliche Festlegung des Veränderungswerts. Die Höhe des Veränderungswerts wird dabei auf die Höhe der nach § 71 SGB V im jeweiligen Vorjahr vom Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger veröffentlichten Veränderungsrate festgelegt. Es erfolgt insoweit für den Krankenhausbereich eine Angleichung an die Regelungen in anderen Leistungsbereichen, in denen Vergütungs- und Preisanstiege ebenfalls durch die veröffentlichte Veränderungsrate begrenzt werden. Die Veränderungswerte, die für die Jahre ab dem Jahr 2030 Wirkung entfalten, sind wieder von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren, jeweils bis zum 31. Oktober des Vorjahres.

Zu Buchstabe c

Die Änderung gewährleistet, dass eine ggf. erforderliche Konfliktlösung durch die Bundesschiedsstelle nach Ablauf der Frist zum 31. März 2027 dann innerhalb von sechs Wochen zu erfolgen hat. Um mögliche Verzögerungen zu vermeiden, bedarf es für das Tätigwerden der Bundesschiedsstelle keines Antrags einer Vertragspartei.

Zu Nummer 7 (§ 10 KHEntgG)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 8 (§ 11 und § 21 KHEntgG)

Da die Tarifrefinanzierung dem Grunde nach erhalten bleibt, ist der Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 auch zukünftig bei der Budgetverhandlung vorzulegen. Die Streichung des Verweises auf § 9 Absatz 1 Nummer 7 wird durch die Regelung daher zurückgenommen.

In § 21 Absatz 5 Satz 1 erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**Zu Nummer 1 (§ 17a KHG)**

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 2 (§ 17b KHG)**Zu Buchstabe a und c**

Unverändert.

Zu Buchstabe b und d

Redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe e

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat bei seiner Analyse der Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung auch zu prüfen, ob die neu einzuführenden Kurzzeitfallpauschalen nach Absatz 2a Einfluss auf die Vorhaltevergütung haben. Das DRG-Vergütungssystem wird zwar durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen weiterentwickelt, allerdings handelt es sich auch bei den Kurzzeitfallpauschalen weiterhin um Fallpauschalen. Daher wird davon ausgegangen, dass sich aus den Kurzzeitfallpauschalen kein Änderungsbedarf für die Vorhaltevergütung ergibt. Dennoch soll geprüft werden, ob sich aus der Einführung der Vorhaltevergütung und der Kurzzeitfallpauschalen Wechselwirkungen ergeben.

Zu Nummer 3 (§ 17c KHG)**Zu Buchstabe a**

Redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe b**Zu Doppelbuchstabe aa**

Mit der Regelung wird gewährleistet, dass dem Medizinischen Dienst Bund künftig bei der Anpassung der durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft getroffenen Prüfverfahrensvereinbarung nach § 17c Absatz 2 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist, soweit er von entsprechenden Vereinbarungsinhalten betroffen ist. Dies betrifft neben der bereits bestehenden Regelung nach Nummer 2 künftig auch die Regelungen zum Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes, zur Prüfungsdauer und zum Prüfungsort, da diese auch die operativen Prozesse der Medizinischen Dienste betreffen. Die Stellungnahme ist jeweils in die anzupassende Vereinbarung angemessen einzubeziehen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft müssen sich also inhaltlich mit dieser auseinandersetzen und dies dokumentieren. Da sich die Neuregelung bezüglich der Nummern 4 bis 6 ausschließlich auf die Anpassung der bereits getroffenen Vereinbarung bezieht, ist eine nachträgliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund an der aktuellen Fassung nicht erforderlich.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Anpassung.

Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)**Zu Nummer 1 (§ 3 BPflV)****Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Redaktionelle Anpassung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es werden rechtssystematische Änderungen vorgenommen. Demnach wird die Regelung in Satz 8 auf die Vereinbarungen für die Jahre bis einschließlich 2026 befristet. Die Regelung ist somit letztmalig für die Vereinbarung für das Jahr 2026 anzuwenden, die auf dem für das Jahr 2025 zu erstellenden Nachweis nach § 18 Absatz 2 basiert. Die neue Regelung in Satz 9 ist erstmals für die Vereinbarung für das Jahr 2027 anzuwenden, wenn der bis zum 31. März 2027 vorzulegende Nachweis nach § 18 Absatz 2 für das Jahr 2026 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde oder die vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend eingesetzt wurden. In dem Fall haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, dass nicht entstandene Kosten für nicht besetzte Stellen oder nicht zweckentsprechend verwendete Mittel im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen sind und der Gesamtbetrag in der nächstmöglichen Vereinbarung abzusenken ist. Die Absenkung hat in der Höhe zu erfolgen, in der Kosten für nicht besetzte Stellen nicht entstanden sind oder in der Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden.

Zu Buchstabe b

Unverändert.

Zu Nummer 2

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 3

Unverändert.

Zu Nummer 4

Unverändert.

Zu Nummer 5

Unverändert.

Zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)**Zu Nummer 0 (§ 4 RSAV)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Zuge der Anpassung von § 49 SGB V.

Zu Nummer 1 (§ 23 Absatz 1 RSAV)

Mit der Änderung wird sichergestellt, dass die für die Ausgleichsjahre 2024 und 2025 noch durchzuführende Anpassung der von den Krankenkassen für den Innovationsfonds aufzubringenden Beiträge im Rahmen des gemäß § 18 stattfindenden korrigierten Jahresausgleichs bzw. Jahresausgleichs im Risikostrukturausgleich vorgenommen werden kann. Für die Ausgleichsjahre bis 2025 enthielt § 92a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2025 geltenden Fassung die Regelung, mit welchem Anteil sich die Krankenkassen an der Finanzierung des Innovationsfonds zu beteiligen hatten. Ohne die Änderung würde der Verweis in Absatz 1 auf § 92a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ins Leere laufen. Ab dem Ausgleichsjahr 2026 sehen die Regelungen in § 92a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch neben den durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufzubringenden Finanzmitteln für den Innovationsfonds keine von den Krankenkassen aufzubringenden Beiträge mehr vor.

Zu Nummer 2 (§ 27 RSAV)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neuen Regelung in § 23 Absatz 1. Aufgrund der dortigen Regelung ist eine gesonderte Übergangsregelung nicht mehr erforderlich.

Zu Artikel 6a (Änderung der Medizinproduktemethodenbewertungsverordnung)

Bei den Änderungen in der Bezeichnung der bisherigen Medizinproduktemethodenbewertungsverordnung sowie in §§ 1, 2 und 3 handelt es sich jeweils um Folgeänderungen aufgrund des Wegfalls der Einschränkung des Bewertungsverfahrens nach § 137h SGB V auf Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse.

Zu Artikel 6b (Änderung der Besonderen Gebührenverordnung BMG)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung von § 130a Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Der Kostenaufwand stellt sich wie folgt dar: Der Antragssteller muss die entsprechenden Unterlagen beim BfArM einreichen und darlegen, dass ein relevanter Anteil an klinischen Prüfungen mit entsprechenden Teilnehmerzahlen (mindestens 5 Prozent) in Deutschland stattgefunden hat. Die Prüfung umfasst einen Abgleich der weltweiten Teilnehmerzahlen der klinischen Prüfung im Verhältnis zu deutschen Teilnehmerzahlen. Der Aufwand setzt sich zusammen aus der fachlichen Prüfung der Anträge, der Bescheidung, administrativen Tätigkeiten sowie im Vorhalten und Pflege der entsprechenden IT-Infrastruktur. Es ergibt sich ein Aufwand von 1.800 Euro je Entscheidung über einen Antrag auf erstmalige Befreiung vom Herstellerabschlag. Bei der Verlängerung wird geprüft, ob und in welchem Umfang in der Zwischenzeit weitere klinische Prüfungen (z.B. zur Indikationserweiterung) durchgeführt worden sind und ob sich durch diese der Anteil der in Deutschland stattgefundenen klinischen Prüfungen auf unter 5 Prozent reduziert. Auf dieser Grundlage wird eine Gebühr von 400 Euro je Antrag auf Verlängerung der Befreiung angesetzt.

Zu Artikel 6c (Änderung der Pflegepersonalbemessungsverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Mit der Aufhebung der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in § 137k SGB V entfällt die rechtliche Grundlage für den Fortbestand der Verordnung.

Zu Artikel 7 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)**Zu Nummer 0**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 18a KVLG 1989. Die Regelung zur Begrenzung des Verwaltungskostenanstiegs aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch werden für die landwirtschaftliche Krankenkasse in einer eigenen Norm im KVLG 1989 zusammengeführt.

Zu Nummer 0a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe b (§ 44 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Um gleiche Rahmenbedingungen zur individuellen Beratung und Hilfestellung durch die landwirtschaftliche Krankenkasse zu erreichen, wird die Änderung auch für den Beratungsanspruch zur Betriebshilfe nachvollzogen. Nicht für den Kreis der landwirtschaftlichen Unternehmerinnen und Unternehmer übertragen werden muss die besondere Information und Beratung nach § 44 Absatz 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die medizinische Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben bei den Trägern der Rentenversicherung.

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe b (§ 44 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Auch für den Personenkreis der in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherten nicht rentenversicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen soll ein Beratungsanspruch auf Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ermöglicht werden.

Zusätzlich wird die Regelung zum Teilkrankengeld in Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe a) auch für nicht rentenversicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige nachvollzogen.

Zu Nummer 2

Die Regelungen des § 4 Absätze 4 bis 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu den Verwaltungsausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkasse werden in einer eigenen Norm zusammengeführt.

Absatz 1 entspricht § 4 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Diese Regelung galt auch bisher schon für die landwirtschaftliche Krankenkasse entsprechend.

Absatz 2 überträgt die Begrenzung des Verwaltungskostenanstiegs des § 4 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf die landwirtschaftliche Krankenkasse und trägt ihrer Besonderheit im Verbund der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) Rechnung. Die Regelung des § 4 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist aufgrund der Besonderheiten der SVLFG als Verbundträger mit unerwünschten Folgewirkungen auf die anderen Sozialversicherungszweige innerhalb der SVLFG, der besonderen Versichertenstruktur sowie der Finanzierung ihrer Ausgaben außerhalb des Gesundheitsfonds nicht unverändert auf die landwirtschaftliche Krankenkasse übertragbar. Da die landwirtschaftliche Krankenkasse nicht generell von Einsparungen bei den Verwaltungskosten ausgenommen werden soll und der Strukturwandel in der Landwirtschaft kontinuierlich ihre Versichertenzahl sinken lässt, wird die Begrenzung ihres Verwaltungskostenanstiegs entsprechend der Regelungen zur Begrenzung des Verwaltungskostenanstiegs des § 4 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf die Hälfte der Erhöhung der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch begrenzt, ohne Bezug auf die Anzahl ihrer Versicherten zu nehmen. Ebenso wie in § 4 Absatz 5 Satz 2 SGB V sollen Ausgabensteigerungen für Verwaltungsausgaben zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnologie auch bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse von der Ausgabenbegrenzung ausgenommen werden.

Zu Absatz 3: Die für 2026 in § 4 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelte Ausgabenbegrenzung wurde durch ein Redaktionsversehen nicht in das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte überführt. Dies wird mit der Regelung in Absatz 3 nachgeholt.

Zu Nummer 3

Der Beitragszuschlag wird wie in Nummer 63 (§ 242b SGB V) auf 2,5 Prozentpunkte angehoben. Im Gegenzug wird der Personenkreis, der von den Ausnahmetatbeständen umfasst ist, erweitert. Da der Beitragszuschlag sich prozentual am Einkommen bemisst, werden Mitglieder weiterhin nur entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit belastet.

Im Übrigen erfolgen rechtssystematische Änderungen zu der Regelung über den Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner von Altenteilern, Rentenantragstellern, Freiwilligen und besonderen Personengruppen in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 4

Rechtssystematische Änderung zu der Regelung über die Wirkung der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Beitragsklassen der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

Zu Nummer 5

Rechtssystematische Änderung zu der Regelung über die Wirkung der Vergütungsregelungen der Ebene unterhalb der Ebene der Geschäftsführung bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

Zu Artikel 7a (Änderung des Aufwendungsausgleichgesetzes)

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zur Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit in § 44c SGB V. Nach § 44c Absatz 5 SGB V erhalten Versicherte für den geleisteten Arbeitsanteil Arbeitsentgelt, während für den krankheitsbedingt nicht erbrachten Teil der Arbeitsleistung eine anteilige Entgeltfortzahlung erfolgt. Dadurch entsteht eine neue Fallkonstellation, in der Arbeitsentgelt und Entgeltfortzahlung nebeneinander bestehen. Die Regelung stellt daher klar, dass die Vorschriften über die Erstattung der Aufwendungen für die Entgeltfortzahlung auch für den Zeitraum und den Umfang des während einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c SGB V fortgezählten Arbeitsentgelts entsprechend gelten. Hierdurch wird die bestehende Systematik des Aufwendungsausgleichsgesetzes gewahrt.

Zu Artikel 7b (Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Damit wird für Versicherte auch bei einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Anspruch auf Betriebs- und Haushaltshilfe beim Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen gewährleistet.

Zu Artikel 7c (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Zeiten, in denen Krankengeld nach § 44 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch bezogen wird, sind bislang nach § 3 Absatz 1 Satz 2 erfasst. Durch die Änderung in § 3 Absatz 1 Satz 3 wird sichergestellt, dass die Mindesteinkommensgrenze künftig insgesamt bei Bezug von Krankengeld einschließlich teilweisen Krankengelds nach § 44 Absatz 1a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch entsprechend der Dauer des Leistungsbezugs herabzusetzen ist.

Zu Artikel 8 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Es handelt sich um eine Folgeänderungen aufgrund der Einfügung eines neuen Absatz 4.

Zu Absatz 2

Zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe b und c, Nummer 18 Buchstabe b, Nummer 20 bis 23

Es handelt sich um eine Folgeanpassung aufgrund der Verschiebung des Inkrafttretens einzelner Regelungen auf einen späteren Zeitpunkt.

Zu Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe b und d, Nummer 33 Buchstabe b und c, Nummer 34 und 43 Buchstabe c

Die Regelungen, die die Überführung der bisher extrabudgetär vergüteten Leistungen in die MGV betreffen, sowie die Vorgaben für künftige extrabudgetär vergütete Leistungen im neuen § 87d SGB V treten zum 1. Januar 2027 in Kraft, damit im Kalenderjahr 2026 nicht aus der MGV Leistungen vergütet werden, die bisher nicht in ihr enthalten sind. Durch die betroffenen Regelungen wird der überwiegende Teil der extrabudgetär vergüteten Leistungen künftig innerhalb der MGV vergütet. Die MGV ist erst ab dem Kalenderjahr 2027 um die Vergütung für diese Leistungen zu erhöhen. Auch die entsprechenden Folgeänderungen sind erst zum 1. Januar 2027 in Kraft zu setzen.

Zu Artikel 1 Nummer 68 Buchstabe a

Die Regelung eines gesonderten Inkrafttretens soll nur für Buchstabe a des Artikel 1 Nummer 68 gelten.

Zu Artikel 2 Nummer 1

Die Regelungen im Beitrags- und Melderecht, die insbesondere eine Anpassung in der Software der Arbeitgeber oder der Träger der sozialen Sicherung bedürfen, müssen immer zum 1. Januar oder 1. Juli eines Jahres in Kraft treten. Die Anpassung der Formel für den Faktor F (§ 20 Absatz 2a Satz 2 SGB IV (Artikel 2 Nummer 1) muss daher zum 1. Januar 2027 in Kraft treten, damit die Verfahren, in deren Anwendung der Faktor F erforderlich ist, gesetzlich abgesichert sind. Die Vorarbeiten in der entsprechenden Software der Arbeitgeber und der Träger der sozialen Sicherung benötigen den dafür entsprechenden Vorlauf.

Zu Artikel 7 Nummer 0a und 1

Artikel 7 Nummern 0a und 1 sollen wie die dort neu in Bezug genommenen Vorschriften erst zum 1. Januar 2027 in Kraft treten.

Zu Absatz 3

Um rechtlich und technisch notwendige Anpassungen aufgrund der Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit und eines teilweisen Krankengeldes ermöglichen zu können wird das Inkrafttreten der Regelungen in Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe a, 17, 18 Buchstabe a, 19, 67 Buchstabe a und Artikel 8 auf den 1. Juli 2029 verschoben.

Zu Absatz 4

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Artikel 2 Nummer 3 tritt am 1. Juli 2029 in Kraft. Dies ermöglicht die rechtliche und technische Anpassung der dort geregelten notwendigen Meldeverfahren.

Berlin, den 8. Juli 2026

Simone Borchardt
Berichterstatlerin

Kay-Uwe Ziegler
Berichterstatter

Dr. Christos Pantazis
Berichterstatter

Dr. Janosch Dahmen
Berichterstatter

Ates Gürpınar
Berichterstatter

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.