

## **Änderungsanträge zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz**

### **Änderungsantrag 1**

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

Zu Artikel 1 Nummer 13 (§ 92 SGB V)

Zu Artikel 1a neu (§§ 87a, 87b, 87d, 115f SGB V)

Zu Artikel 1b neu (§ 115f SGB V)

Zu Artikel 3a neu (§ 17b KHG)

Zu Artikel 10a neu (GKV-BStabG)

Zu Artikel 11 Absatz 1a und 2a neu (Inkrafttreten)

*(Umsetzung der Entschließung zur Psychotherapie  
und Übergangsregelung Hybrid-DRG)*

1. Artikel 1 Nummer 13 wird durch die folgende Nummer 13 ersetzt:

„13. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 wird durch die folgende Nummer 12 ersetzt:

„12. Verordnung von Krankentransporten und Krankenfahrten,“.

b) Nach Absatz 6a Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Monats] in einer Ergänzung der Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur Feststellung der Dringlichkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde.“

2. Nach Artikel 1 wird der folgende Artikel 1a eingefügt:

## **„Artikel 1a**

### **Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 87a Absatz 3 Satz 14 wird der folgende Satz eingefügt:

„Mit Wirkung für das Jahr 2027 sind die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 7 basiswirksam um den in Punkten bewerteten Leistungsbedarf für die in § 87d Absatz 1 Nummer 5 und 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote zu bereinigen, sofern die in § 87d Absatz 1 Nummer 5 und 6 genannten Leistungen im Jahr 2026 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet wurden.“

2. § 87b 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 9, 11, 12, 13 und 14 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 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 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.“

3. Nach § 87c wird der folgende § 87d eingefügt:

#### **„§ 87d**

**Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

(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 jeweiligen Zeitpunkt der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das folgende Kalenderjahr keine Abrechnungsdaten von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen,
3. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
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,

5. Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie,
6. psychotherapeutische Leistungen für Patienten, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b erfüllen,
7. die psychotherapeutische Akutbehandlung entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA nach § 92 Absatz 6a in dem vorgesehenen Umfang innerhalb eines Zeitraums von 12 Kalendermonaten, sofern zuvor die Dringlichkeit einer entsprechenden Behandlung nach § 92 Absatz 6a Satz 7 festgestellt worden ist und die Behandlung auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle erfolgt ist, sowie
8. Leistungen des ambulanten Operierens einschließlich Begleitleistungen, die auf Grund einer Empfehlung des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung mit Wirkung zum 1. Januar 2026 außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingen Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden.

(2) Der Bewertungsausschuss kann beschließen, dass weitere Leistungen außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingen 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) 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 morbiditätsbedingen 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 jeweiligen Leistungen mit den für das jeweilige auf die Evaluierung folgende Kalenderjahr vereinbarten morbiditätsbedingen Gesamtvergütungen zu vergüten.“

4. Nach § 115f Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ist die Leistung, die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbart oder nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 festgesetzt und im Kalenderjahr 2027 erbracht wird, ausschließlich mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 von den Krankenkassen vollständig zu vergüten, wenn die Leistung ohne Übernachtung erbracht wird. Für die Zuordnung und Trennung von Leistungen mit und ohne Übernachtung sind vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden. Für die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, werden die Sachkosten für die in Satz 1 genannte Leistung nach dem jeweiligen nach § 83 geschlossenen Gesamtvertrag und mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 von den Krankenkassen vollständig vergütet. Für die nach § 108 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, gelten für die in Satz 1 genannte Leistung die im Vertrag nach § 115b getroffenen Regelungen zur Vergütung der Sachkosten entsprechend.“ ‘

3. Nach Artikel 2 wird der folgende Artikel 2a eingefügt:

**„Artikel 2a**

**Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

§ 115f des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1a dieses Gesetzes geändert worden ist, wird gestrichen.“ ‘

4. Nach Artikel 9 wird der folgende Artikel 9a eingefügt:

**„Artikel 9a**

**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

§ 17b Absatz 2a Satz 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Vertragsparteien haben zu gewährleisten, dass durch die Änderung der Vergütungshöhe von der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahr 2027 zu der Vergütung über Kurzzeitfallpauschalen im Jahr 2028 keine Mehrausgaben für die Kostenträger entstehen.“ ‘

5. Nach Artikel 10 wird der folgende Artikel 10a eingefügt:

**„Artikel 10a**

**Änderung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes**

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 24. Juli 2026 (BGBl. I Nr. 228) wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 1 wird die Angabe „33 Buchstabe b, 34,“ gestrichen.
2. In Nummer 2 Buchstabe b wird die Angabe „33 Buchstabe b und c“ durch die Angabe „33 Buchstabe c“ ersetzt und die Angabe „34,“ gestrichen.‘

6. Artikel 11 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Artikel 1a tritt am 1. Januar 2027 in Kraft.“

- b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Artikel 2a tritt am 1. Januar 2028 in Kraft.“

## **Begründung**

### **Zu Nummer 1 (§ 92 SGB V)**

Zu Buchstabe a

Unverändert.

Zu Buchstabe b

Durch diese Regelung erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, in seiner Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) Regelungen zur Feststellung der Dringlichkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung festzulegen. Die Kriterien werden im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde erhoben. Eine Einschätzung über die Dringlichkeit ist erforderlich zur Gewährleistung einer bedarfsgerechteren Versorgung und zur Verminderung von Wartezeiten für die betroffenen Patientinnen und Patienten.

### **Zu Nummer 2 (Artikel 1a neu)**

Zu Nummer 1 (§ 87a SGB V)

Die Änderung ist erforderlich, um eine Doppelfinanzierung von psychotherapeutischen Leistungen zu vermeiden, die ab dem Jahr 2027 erstmals außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet werden (vgl. Nummer 3). Dies betrifft insbesondere die im EBM abgebildeten Leistungen der Psychotherapeuten, die außerhalb der Richtlinien-therapie abgerechnet werden.

Zu Nummer 2 (§ 87b SGB V)

Die Änderung ist erforderlich, um zu gewährleisten, dass bei der Vergütung der psychotherapeutischen Versorgung für Patienten, die sich am 31. Dezember 2026 noch in einer nicht abgeschlossenen, beantragten und genehmigten Einzel- oder Gruppentherapie befinden, seitens der Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb der MGV bis zum Ende der Therapie keine Honorarbegrenzungs- oder Honorarminderungsmaßnahmen angewandt werden dürfen.

Zu Nummer 3 (Zu § 87d SGB V)

Der § 87d regelt ausdrücklich die Möglichkeit der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) und beschränkt den Anwendungsbereich zugleich auf einige bestimmte Fallkonstellationen, 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, Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung einschließlich spezifischer weiterer Leistungen, Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie Leistungen für Patienten, die den Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b des Gemeinsamen Bundesausschusses entsprechen (vgl. § 2 KSVPsych-RL sowie § 2 KJ-KSVPsych-RL). Dabei sind nicht alle Leistungen der KSVPsych-RL bzw. der KJ-KSVPsych-RL extrabudgetär

zu vergüten, sondern nur die psychotherapeutischen Leistungen, die unmittelbar gegenüber den Patienten erbracht werden. Weitere Leistungen, die Bestandteil der KSVPsych-RL bzw. der KJ-KSVPsych-RL sind, wie zum Beispiel die Koordinierung, die Vernetzung und Ähnliches, stellen keine psychotherapeutischen Leistungen dar und sind mithin in der MGV zu vergüten.

Ebenfalls extrabudgetär vergütet wird die psychotherapeutische Akutbehandlung entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 6a (Psychotherapie-Richtlinie). Voraussetzung ist, dass zuvor die Dringlichkeit einer entsprechenden Behandlung im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde festgestellt worden ist. Hierfür wird der G-BA beauftragt, Regelungen in seiner Psychotherapie-Richtlinie zu treffen (vgl. Nummer 4). Zudem muss der Termin für diese Behandlung auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle zustande gekommen sein. Hierdurch wird der Anreiz für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhöht, ihre freien Termine für die Akutbehandlung an die Terminservicestelle zu melden, so dass der Zugang für die betroffenen Versicherten erleichtert wird.

Die extrabudgetäre Vergütung für die psychotherapeutische Behandlung erfolgt in dem von der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehenen Umfang von bis zu insgesamt 600 Minuten innerhalb eines Zeitraums von 12 Kalendermonaten. Nimmt ein Versicherter mehr Leistungen der Akutbehandlung, beispielsweise nach einer Unterbrechung oder bei einem anderen Psychotherapeuten oder einer anderen Psychotherapeutin in Anspruch, erfolgt die Vergütung innerhalb der MGV.

Die von vertragsärztlichen Leistungserbringern erbrachten Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) werden bis zum Jahr 2027 außerhalb der MGV vergütet und entfallen ab dem Jahr 2028 vollständig. Um die Ambulantisierung weiter zu fördern, werden die im EBM enthaltenen Leistungen des ambulanten Operierens, die bislang auf Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 in seiner 788. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2026 außerhalb der MGV vergütet wurden, auch künftig von den Krankenkassen extrabudgetär vergütet. Damit werden die Hybrid-DRG-Leistungen im Jahr 2027 und die Leistungen des ambulanten Operierens, die von Vertragsärzten erbracht werden, mit den von Krankenhäusern erbrachten Leistungen des ambulanten Operierens nach § 115b identisch behandelt, da die Krankenhäuser ebenfalls keiner Mengenbegrenzung unterliegen.

Zu Nummer 4 (Zu § 115f SGB V)

Die Hybrid-DRG wurden mit dem Ziel eingeführt, die Ambulantisierung zu fördern und Ambulantisierungspotenziale zu heben. Im vierten Jahr nach der Einführung sollen damit verbundene Einsparungen gehoben werden.

Während für das Jahr 2027 die grundsätzlichen Rahmenbedingungen der Hybrid-DRG beibehalten werden, werden abweichende Regelungen für die Vergütung der als Hybrid-DRG vereinbarten oder festgesetzten Leistungen, die ohne eine Übernachtung im Jahr 2027 erbracht werden, festgelegt. Wird eine nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarte oder nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 festgesetzte Leistung von Vertragsärzten oder Krankenhäusern ohne Übernachtung erbracht, erfolgt die Vergütung der als Hybrid-DRG bestimmten Leistung abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vollständig nach der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5, wenn der Eingriff im Kalenderjahr 2027 erfolgt ist. Für eine nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarte oder nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 festgesetzte und im Kalenderjahr 2027 erbrachte Leistung, die stationär mit mindestens einer Übernachtung erbracht wird, gilt die bestehende Rechtslage unverändert, so dass die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarte oder nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 festgesetzte Vergütung in Höhe der kalkulierten Hybrid-DRG-Fallpauschale erfolgt.

Da die Leistungen gemäß Absatz 3 Satz 2 unverändert unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden und um gewonnene Ambulantisierungseffekte nicht zu gefährden, erfolgt weiterhin keine Mengenbegrenzung der Hybrid-DRG Leistungen.

Um zu gewährleisten, dass Leistungen mit und ohne Übernachtung und damit auch die Vergütungsfolgen zuverlässig getrennt werden und nicht zusammen in eine Hybrid-DRG mit Übernachtungsfällen eingeordnet werden, sind für die Zuordnung und Trennung von Leistungen mit und ohne Übernachtung Datenverarbeitungslösungen zu verwenden, die zuvor vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifiziert wurden. Das InEK hat die Vorgaben für den sogenannten Hybrid-DRG-Grouper entsprechend anzupassen.

Die Sätze 3 und 4 regeln die Vergütung von Sachkosten bei Hybrid-DRG-Leistungen ohne Übernachtung für das Jahr 2027. Für vertragsärztliche Leistungserbringer erfolgt die Vergütung von Sachkosten nach der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 und nach dem jeweiligen nach § 83 geschlossenem Gesamtvertrag. Grundsätzlich werden Sachkosten in der vertragsärztlichen Versorgung über das ärztliche Honorar oder den Sprechstundenbedarf vergütet. Auch Kosten für den Praxisbedarf und allgemeine Praxiskosten sind mit dem ärztlichen Honorar bereits abgegolten und zählen nicht zu den Sachkosten. Bestimmte Medizinprodukte, Materialien und Auslagen gelten laut den allgemeinen Bestimmungen Punkt 7.3 und 7.4 des EBM jedoch explizit als gesondert berechnungsfähige Sachkosten, wenn diese weder in den Gebührenordnungspositionen enthalten, noch als Sprechstundenbedarf abrechenbar oder per Kassenrezept verordnungsfähig sind. Die Sachkosten im EBM unterteilen sich im Wesentlichen in gesondert berechnungsfähige Sachkosten (Einzelfallabrechnung), wie beispielsweise patientenbezogene Medizinprodukte, Implantate oder Einmalinstrumente (z.B. spezielle Katheter und Portsysteme, Prothesen und Spezialimplantate) sowie Kostenpauschalen für Sachkosten aus dem Kapitel 40. Die Berechnung und Abgeltung der Kosten für gesondert berechnungsfähige Sachkosten variieren regional und erfolgen nach Maßgabe der spezifischen Sachkostenvereinbarungen, die in der Regel Teil der Gesamtverträge nach § 83 zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sind.

Für Krankenhäuser gelten bei Hybrid-DRG-Leistungen ohne Übernachtung im Jahr 2027 die im Vertrag nach § 115b für das Jahr 2027 getroffenen Regelungen zur direkten Vergütung der Sachkosten entsprechend.

Die von den Vertragsparteien geschlossenen Vereinbarungen oder Festsetzungen des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses zur Leistungsauswahl und Vergütung der Hybrid-DRG für das Jahr 2027 bleiben von den abweichenden Regelungen für die Vergütung von Leistungen, die im Jahr 2027 ohne Übernachtung erbracht werden, unberührt und haben im Jahr 2027 Bestand. Es ist sicherzustellen, dass für die Zuordnung und Abrechnung einer Leistung als Hybrid-DRG weiterhin maßgeblich ist, ob sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups“ des InEK in der jeweils aktuellen Fassung eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt. Dies ist erforderlich, um sicherzustellen, dass eine dem Hybrid-DRG Katalog 2027 zugeordnete Leistung entweder mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung (Hybrid-DRG-Leistung ohne Übernachtung) oder mit den Hybrid-DRG Fallpauschalen (Hybrid-DRG Leistung mit Übernachtung), nicht aber mit einer aG-DRG Fallpauschale vergütet wird.

### **Zu Nummer 3 (Artikel 2a neu)**

#### **Zu § 115f SGB V**

Zur Hebung bislang nicht realisierter Ambulantisierungspotenziale werden zum 1. Januar 2028 die Kurzzeitfallpauschalen eingeführt, die gezielt die Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Behandlungen im Krankenhaus anreizen sollen. Die spezielle sektorengleiche Vergütung wird nach der im Jahr 2027 erfolgenden Überführung der Vergütung der ohne Übernachtung erbrachten Hybrid-DRG-Fälle auf das Vergütungsniveau ambulanter Leistungen ab dem Jahr 2028 gestrichen. Mit der Streichung des § 115f zum 1. Januar 2028 ergibt sich in der Folge, dass die Vertragsparteien im Jahr 2027 zu der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f keine Vereinbarungen, Anpassungen oder Beauftragungen mehr zu vereinbaren oder zu erteilen haben, die das Jahr 2028 betreffen, da diese im Jahr 2028 keinen Regelungsinhalt mehr

haben. In der Folge finden auch die in Absatz 4 geregelten Schiedsmechanismen im Jahr 2027 keine Anwendung. Da die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 für das Jahr 2028 keine Anpassung der Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mehr vorzunehmen haben, sind auch die Vorgaben in Absatz 2 Satz 2 zur Höhe der mit der Auswahl zu erfassenden, bislang stationär erbrachten Fällen ab dem Jahr 2028 unbeachtlich.

#### **Zu Nummer 4 (Artikel 9a neu)**

Im Zuge der Abschaffung der Hybrid-DRGs zum Jahresende 2027 und der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen zum Jahresbeginn 2028 wird § 17b Absatz 2a Satz 8 KHG neu gefasst. Zum einen wird anlässlich der Abschaffung der Hybrid-DRGs ab dem 1. Januar 2028 und der damit gewonnenen konzeptionellen Klarheit der Prüfauftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene gestrichen, ob und inwieweit jeweils eine Hybrid-DRG oder eine Kurzzeitfallpauschale abzurechnen ist. Zum anderen haben die Vertragsparteien zu gewährleisten, dass durch die Änderung der Vergütungshöhe für stationäre Krankenhausleistungen von den Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V im Jahr 2027 zu der Vergütung über Kurzzeitfallpauschalen im Jahr 2028 keine Mehrausgaben für die Kostenträger entstehen. Sofern den Vertragsparteien auf Bundesebene die erforderlichen Daten aus dem Jahr 2027 zur Anpassung der Ausgangsgrundlage für die Vergütung von Kurzzeitfallpauschalen für das Jahr 2028 noch nicht umfassend vorliegen, sind diese zu schätzen und bei Bedarf sind nach Vorliegen der erforderlichen Daten die Schätzungen in den Folgejahren zu korrigieren.

#### **Zu Nummer 5 (Artikel 10a neu)**

Es handelt sich um Folgeänderungen auf Grund der Überarbeitung der entsprechenden Regelungen.

#### **Zu Nummer 6 (Artikel 11)**

##### **Zu Absatz 1a neu**

Die Regelungen zur Ausweitung der extrabudgetär zu vergütenden psychotherapeutischen Leistungen und des ambulanten Operierens in §§ 87a, 87b und 87d SGB V sowie zur Vergütung von Hybrid-DRG-Leistungen ohne Übernachtung nach den vollständigen Preisen der Euro-Gebührenordnung im Jahr 2027 nach § 115f SGB V treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

##### **Zu Absatz 2a neu**

Die Regelung zur Streichung der in § 115f SGB V genannten Hybrid-DRG-Leistungen treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

## Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

Zu Artikel 1 Nummer 6 (§§ 73b, 87a, 87b SGB V)

*(Streichung des Fixkostendegressionsabschlags  
in der HzV und bei Haus- und Kinderärzten)*

1. Artikel 1 Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:

„6. § 73b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Satz 6 gilt nicht für die Organisation der notdienstlichen Akutversorgung im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 3.“

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 3 bis 6 werden gestrichen.

bb) Der neue Satz 6 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Dies gilt nicht für die Regelung nach Satz 2.““

2. Artikel 1 Nummer 10 wird durch die folgenden Nummern 10 und 10a ersetzt:

„10. § 87a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

„3. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservice-  
stelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Ab-  
satz 1a Satz 8 handelt, oder die aufgrund der Vermittlung durch eine Akutleitstelle nach  
§ 75 Absatz 1c Satz 3 erbracht werden,“.

b) Absatz 3b Satz 14 bis 16 wird gestrichen.

c) Absatz 3c wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 9 wird die Angabe „Satz 15“ durch die Angabe „Satz 12“ ersetzt.
- bb) Die Sätze 10 bis 12 werden gestrichen.
- cc) Im neuen Satz 13 wird die Angabe „Sätzen 6 und 14“ durch die Angabe „Sätzen 6 und 11“ ersetzt.
- dd) Im neuen Satz 14 wird die Angabe „Satz 13“ durch die Angabe „Satz 10“ und die Angabe „Sätzen 6 und 14“ durch die Angabe „Sätzen 6 und 11“ ersetzt.
- 10a. In § 87b Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „, sofern kein Fall von § 87a Absatz 3b Satz 14 oder Absatz 3c Satz 10 vorliegt.“ gestrichen.

## **Begründung**

### **Zu Nummer 1**

Zu Buchstabe a (§ 73b Absatz 4 SGB V)

Unverändert.

Zu Buchstabe b (§ 73b Absatz 5 SGB V)

Der Fixkostendegressionsabschlag soll für die Verträge in der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) keine Anwendung mehr finden, so dass die entsprechenden Sätze zu streichen sind.

### **Zu Nummer 2**

Zu Nummer 10 Buchstabe a (§ 87a Absatz 3 SGB V)

Unverändert.

Zu Nummer 10 Buchstabe b und c (§ 87a Absatz 3b und 3c SGB V)

Der Fixkostendegressionsabschlag soll für die entbudgetierten Leistungen in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung und im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin keine Anwendung mehr finden, so dass die entsprechenden Sätze zu streichen sind und weitere redaktionelle Folgeänderungen vorzunehmen sind.

Zu Nummer 10a (§ 87b SGB V)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung auf Grund der Streichung des Fixkostendegressionsabschlags für die entbudgetierten Leistungen in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung und im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin.

## **Änderungsantrag 3**

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

Zu Artikel 1a neu (§ 275c SGB V)

Zu Artikel 11 Absatz 1a neu (Inkrafttreten)

***(Einführung einer Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser  
mit geringen Auffälligkeiten in der Krankenhausabrechnung)***

1. Nach Artikel 1 wird der folgende Artikel 1a eingefügt:

### **„Artikel 1a**

#### **Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 275c Absatz 2 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

1. bis zu 1 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei 90 Prozent oder mehr liegt,
2. bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 80 Prozent und unterhalb von 90 Prozent liegt,
3. 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,

4. 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.“

2. Nach Artikel 11 Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Artikel 1a tritt am 1. Januar 2027 in Kraft.“

## **Begründung**

### **Zu Nummer 1**

Mit der Regelung wird durch die Neufassung von Nummer 1 eine weitere Prüfquotenklasse eingeführt, die für Krankenhäuser, die einen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen 90 Prozent und mehr erreichen, eine Prüfquote von einem Prozent vorsieht. Damit wird die Protokollerklärung der Bundesregierung (Anlage 26 zum Plenarprotokoll zur 1067. Sitzung des Bundesrats, S. 401) zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz umgesetzt. Diese sieht vor, für Krankenhäuser, bei denen keine Auffälligkeiten bei der Abrechnungsprüfung zu verzeichnen sind, weitere bürokratische Vereinfachungen umzusetzen. Mit der neuen Prüfquotenklasse werden Krankenhäuser, die einen besonders hohen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen haben, von Prüfungen entlastet. Je weniger Abrechnungsprüfungen es in einem Krankenhaus gibt, desto geringer ist der bürokratische Aufwand für deren Abwicklung. Mit der neuen Prüfquotenklasse kann somit das in der Protokollerklärung gesetzte Ziel innerhalb des Prüfquotensystems erreicht werden. Die Einführung einer neuen Prüfquotenklasse erfordert zwar Anpassungen in den quartalsbezogenen Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes nach Absatz 4. Da die Festlegungen zu den quartalsbezogenen Auswertungen jährlich überprüft und bei Bedarf angepasst werden, handelt es sich jedoch nur um geringfügigen Mehraufwand. Zudem ist davon auszugehen, dass nach einmaliger Anpassung der Auswertungen und Festlegungen die Auswertungen ohne größeren Mehraufwand entsprechend dem bereits etablierten Vorgehen erfolgen können.

Die neue Prüfquotenklasse findet Anwendung ab dem 1. Januar 2027. Das bedeutet, dass die nach Absatz 4 Satz 2 durch die Krankenkassen zu übermittelnden Daten für das 3. Quartal 2026 vom GKV-Spitzenverband bei den quartalsbezogenen Auswertungen im 4. Quartal 2026 zugrunde gelegt werden, damit die nach Absatz 4 Satz 3 vorzunehmende Ausweisung und Veröffentlichung für das 1. Quartal 2027 unter Berücksichtigung der neuen Prüfquotenklasse erfolgt.

Mit der Einführung einer neuen Prüfquotenklasse werden Krankenhäuser, die einen besonders hohen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen haben und bei denen folglich kaum Auffälligkeiten festzustellen sind, von Prüfungen entlastet. Auf Basis der bisherigen quartalsbezogenen Auswertungen zum Prüfquotensystem wird davon ausgegangen, dass circa 100 Krankenhäuser die neue Prüfquotenklasse erreichen werden. Bei jedem dieser Krankenhäuser werden in einem Jahr voraussichtlich 30 Krankenhausrechnungen weniger geprüft werden. Unter der Annahme, dass die Prüfung einer Rechnung für das Krankenhaus einen Zeitaufwand von einer Stunde verursacht, beläuft sich die jährliche Entlastung pro Krankenhaus auf ca. 1 000 Euro (Zeitaufwand: 30 Stunden, Lohnkostensatz Wirtschaftsabschnitt Q mittel: 34,20 Euro). In der Summe ergibt sich für die Krankenhäuser (Wirtschaft) somit insgesamt eine jährliche Entlastung von rund 100 000 Euro. Zudem ergeben sich jeweils für die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste Entlastungen (Verwaltung). Bei circa 3 000 eingesparten Prüfungen pro Jahr und einem Zeitaufwand je Prüfung von einer halben Stunde ergibt sich für die Krankenkassen insgesamt eine jährliche Entlastung in Höhe von 69 450

Euro (Zeitaufwand: 0,5 Stunden, Lohnkostensatz Sozialversicherung, gehobener Dienst: 46,30 Euro). Bei den Medizinischen Diensten ist wie bei den Krankenhäusern von einem Zeitaufwand von einer Stunde pro Prüfung auszugehen, sodass bei diesen eine jährliche Entlastung in Höhe von insgesamt 219 600 Euro erreicht wird (Zeitaufwand: 1 Stunde, Lohnkostensatz Sozialversicherung, höherer Dienst: 73,20 Euro).

Zu Nummer 2

Die Regelung zur Einführung einer Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser mit geringen Auffälligkeiten in der Krankenhausabrechnung tritt zum 1. Januar 2027 in Kraft.

## Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

Zu Artikel 9a neu (§ 8 KHEntgG)

Zu Artikel 9b neu (§ 38 KHG)

Zu Artikel 9c neu (§ 8 BPflV)

***(Rechnungszuschlag ab 2027 für nicht-universitäre somatische und psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser; Rechnungszuschlag 2027 für Universitätskliniken und ab 2028 stattdessen Erhöhung Zuschlag für spezielle Vorhaltung von Universitätskliniken)***

Nach Artikel 10 werden die folgenden Artikel 9a bis 9c eingefügt:

### **„Artikel 9a**

#### **Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nach § 8 Absatz 12 werden die folgenden Absätze 13 und 14 eingefügt:

„(13) Das Krankenhaus berechnet bei Patientinnen und Patienten, die ab dem 1. Januar 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe von 27,30 Euro und weist diesen gesondert in der Rechnung aus. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(14) Zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch berechnen bei Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe von 50,00 Euro und weisen diesen gesondert in der Rechnung aus. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“

## **Artikel 9b**

### **Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 38 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „75 Millionen Euro“ durch die Angabe „175 Millionen Euro“ ersetzt.

## **Artikel 9c**

### **Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nach § 8 Absatz 7 werden die folgenden Absätze 8 und 9 eingefügt:

„(8) Das Krankenhaus berechnet bei Patientinnen und Patienten, die ab dem 1. Januar 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe von 27,30 Euro und weist diesen gesondert in der Rechnung aus. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(9) Zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch berechnen bei Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe von 50,00 Euro und weisen diesen gesondert in der Rechnung aus. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“

## **Begründung**

### **Zu Artikel 9a (§ 8 des Krankenhausentgeltgesetzes)**

Die Protokollerklärung der Bundesregierung (Anlage 26 zum Plenarprotokoll zur 1067. Sitzung des Bundesrats, S. 401) zum Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) beinhaltet die Zusage, dass der „Zuschlag für die besondere Vorkhaltung der Universitätskliniken [...] ab dem Jahr 2027 um 100 Millionen Euro erhöht [wird]“ und „für Krankenhäuser, die nicht von den vorgenannten Zuschlägen profitieren, [...] weitere 450 Millionen Euro durch die Erhöhung eines Rechnungszuschlags gewährt [werden]“.

#### **Zu Absatz 13**

Für nicht-universitäre Krankenhäuser werden dauerhaft 450 Millionen Euro jährlich durch einen Rechnungszuschlag gewährt. Gemäß den Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2024 rund 18,3 Millionen voll- und teilstationäre Krankenhausfälle gezählt, davon rund 2,0

Millionen Fälle in den Hochschulkliniken. Zur Festlegung der Zuschlagshöhe werden vereinfachend pauschal rund 18,5 Millionen voll- und teilstationären Krankenhausfälle unterstellt, davon rund 2,0 Millionen voll- und teilstationäre Fälle in den Hochschulkliniken. Rechnerisch ergibt sich somit ein Zuschlag von 27,30 Euro auf jeden Krankenhausfall, der nicht in Hochschulkliniken behandelt wird.

#### **Zu Absatz 14**

Die Gewährung der zusätzlichen Mittel für die Hochschulkliniken erfolgt für das Jahr 2027 zunächst über einen Rechnungszuschlag in Höhe von 50,00 Euro. Die Höhe des Zuschlags ergibt sich rechnerisch aus dem Verhältnis des auszukehrenden Mittelvolumens von 100 Millionen Euro sowie der in den Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2024 ausgewiesenen rund 2,0 Millionen voll- und teilstationären Krankenhausfällen in den Hochschulkliniken. Ab dem Jahr 2028 wird das genannte zusätzliche Mittelvolumen in Höhe von 100 Millionen Euro dann dauerhaft über die Erhöhung der nach § 38 Absatz 2 KHG gewährten Mittel für die Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken abgewickelt.

#### **Zu Artikel 9b (§ 38 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

Die Regelung setzt ab dem Jahr 2028 die Zusage aus der Protokollerklärung der Bundesregierung (Anlage 26 zum Plenarprotokoll zur 1067. Sitzung des Bundesrats, S. 401) zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz um, den Zuschlag für die spezielle Vorhaltung der Universitätskliniken dauerhaft um 100 Millionen Euro zu erhöhen.

#### **Zu Artikel 9c (§ 8 der Bundespflegesatzverordnung)**

##### **Zu Absatz 8**

Mit dem neuen § 8 Absatz 8 wird für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser die für somatische Krankenhäuser vorgesehene Regelung des neuen § 8 Absatz 13 KHEntgG nachvollzogen. Der Rechnungszuschlag ist auch für voll- oder teilstationäre Behandlungen zu erheben, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V erfolgen.

##### **Zu Absatz 9**

Mit dem neuen § 8 Absatz 9 wird für psychiatrische und psychosomatische Fälle in Hochschulkliniken die für somatische Fälle in Hochschulkliniken vorgesehene Regelung des neuen § 8 Absatz 14 KHEntgG nachvollzogen. Der Rechnungszuschlag ist auch für voll- oder teilstationäre Behandlungen zu erheben, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V erfolgen.

## Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

Zu Artikel 1 Nummer 10a neu (§ 126 SGB V)

Zu Artikel 1 Nummer 10b neu (§ 127 SGB V)

### *(Hilfsmittel – Ermöglichung von Ausschreibungen)*

Nach Artikel 1 Nummer 18 werden die folgenden Nummern 18a und 18b eingefügt:

„18a. In § 126 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „nach § 127 Absatz 1“ ein Komma und die Angabe „1c“ eingefügt.

18b. § 127 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1b wird durch den folgenden Absatz 1b ersetzt:

„(1b) Für Hilfsmittelversorgungen nach § 33, die im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2028 gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden, vermindert sich der nach den Absätzen 1 oder 3 vereinbarte Preis um drei Prozent. Maßgeblich ist der Rechnungseingang bei der Krankenkasse. Die Krankenkasse nimmt den Abschlag durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von drei Prozent des Rechnungsbetrages vor.“

b) Nach Absatz 1b werden die folgenden Absätze 1c und 1d eingefügt:

„(1c) Abweichend von Absatz 1 können Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften, soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern oder zu diesem Zweck gebildeten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und der zusätzlich zu erbringenden Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung schließen.

Ausschreibungen sind in der Regel nicht zweckmäßig bei Versorgung mit Hilfsmitteln, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, bei Versorgung mit einem hohen Anteil an individuell zu erbringenden Dienstleistungen sowie bei auf Dauer angelegten Versorgung, bei denen ein Wechsel des Leistungserbringers mit erheblichen

Belastungen für die Versicherten oder mit Risiken für die Kontinuität oder Qualität der Versorgung verbunden sein kann.

Bei der Prüfung der Zweckmäßigkeit sind darüber hinaus insbesondere

1. die Gewährleistung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen und zeitgerechten Versorgung,
2. die Anforderungen an Beratung, Anpassung, Einweisung, Nachbetreuung, Wartung, Reparatur und Ersatzversorgung,
3. das Verhältnis des mit der Ausschreibung verbundenen Aufwands zu dem zu erwartenden wirtschaftlichen Nutzen und
4. die Auswirkungen der Ausschreibung auf die Anbieter- und Wettbewerbsstruktur, insbesondere auf kleine und mittlere Leistungserbringer,

zu berücksichtigen. Die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften haben die Zweckmäßigkeit vor Einleitung des Ausschreibungsverfahrens zu prüfen und zu dokumentieren.

Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Hilfsmittel zugrunde zu legen. Die Krankenkassen haben darüber hinaus sicherzustellen, dass die Leistungsbeschreibung die zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung erforderlichen Anforderungen an die Qualität der Hilfsmittel und der zusätzlich zu erbringenden Leistungen enthält. Der Zuschlag ist auf das wirtschaftlichste Angebot zu erteilen. Der Preis oder die Kosten dürfen nicht das alleinige Zuschlagskriterium sein. Bei der Ermittlung des wirtschaftlichsten Angebots sind die Qualität der Produkte und der Versorgung angemessen zu berücksichtigen. Soweit qualitative Anforderungen an die Liefer- oder Dienstleistungen, die über die gesetzlichen und die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Mindestanforderungen wesentlich hinausgehen, nicht bereits in der Leistungsbeschreibung verbindlich festgelegt sind, darf die Gewichtung der die Qualität der Hilfsmittel und der Versorgung betreffenden Zuschlagskriterien 50 Prozent nicht unterschreiten.

Bei der Bestimmung des Ausschreibungsgegenstands und der Bildung der Lose sind die Belange kleiner und mittlerer Leistungserbringer sowie die Auswirkungen auf die wohnortnahe Versorgung angemessen zu berücksichtigen. In den Verträgen ist eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln sicherzustellen.

Die Absätze 5 bis 7 gelten entsprechend.

(1d) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben gemeinsame Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen nach Absatz 1c ab. In den Empfehlungen sind insbesondere Kriterien zur Beurteilung des Anteils individuell zu erbringender Dienstleistungen, der Auswirkungen eines Wechsels des Leistungserbringers bei auf Dauer angelegten Versorgungen, der Anforderungen an die Versorgungskontinuität, der Anbieter- und Wettbewerbsstruktur sowie des Verhältnisses zwischen dem mit der Ausschreibung verbundenen Aufwand und dem zu erwartenden wirtschaftlichen Nutzen festzulegen. Die Empfehlungen sind regelmäßig zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen.“

- c) Nach Absatz 2 Satz 5 wird der folgende Satz angefügt:

„Ein Beitrittsrecht zu Verträgen nach Absatz 1c besteht nicht.“

- d) In Absatz 3 Satz 1 wird nach der Angabe „nach Absatz 1“ die Angabe „oder Absatz 1c“ eingefügt.

## **Begründung**

### **Zu Nummer 18a (§ 126 Absatz 1 Satz 1)**

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Wiedereinführung der Möglichkeit, Verträge über die Hilfsmittelversorgung im Wege der Ausschreibung unter den Voraussetzungen des § 127 Absatz 1c zu schließen. Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass Hilfsmittel auch auf Grundlage eines nach § 127 Absatz 1c geschlossenen Vertrags an Versicherte abgegeben werden dürfen.

### **Zu Nummer 18b (§ 127)**

#### **Zu Buchstabe a**

Mit der Neufassung des Absatzes 1b wird der für die Jahre 2027 und 2028 vorgesehene Abschlag auf die Preise für Hilfsmittelversorgungen einfacher und aufwandsärmer ausgestaltet. Die Regelung dient der zeitlich befristeten Begrenzung der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Abschlag gilt über die Hilfsmittelversorgungen nach § 33 hinaus über den Verweis § 78 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches auch für Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 des Elften Buches. Damit werden neben den Hilfsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung auch Pflegehilfsmittel der sozialen Pflegeversicherung in die Regelung einbezogen. Erfasst werden auch Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den Zwecken des § 33 als auch den in § 40 Absatz 1 des Elften Buches genannten Zwecken dienen und für die die Ausgaben nach § 40 Absatz 5 des Elften Buches zwischen Kranken- und Pflegekasse pauschal aufgeteilt werden. Durch die Einbeziehung sowohl der Hilfsmittel als auch der Pflegehilfsmittel werden zugleich Abgrenzungsschwierigkeiten bei doppelfunktionalen Hilfsmitteln vermieden, deren Kosten sowohl von der gesetzlichen Krankenversicherung, als auch der sozialen Pflegeversicherung zu tragen sind. Für die Anwendung des Abschlags ist aufgrund des Verweises in § 78 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches nicht entscheidend, welchem Leistungsbereich die Versorgung im Einzelfall zuzuordnen ist oder in welchem Verhältnis die Ausgaben zwischen Kranken- und Pflegekasse aufgeteilt werden. Der Abschlag beträgt einheitlich drei Prozent des vertraglich vereinbarten Preises.

Für die zeitliche Anwendung des Abschlags ist der Eingang der Abrechnung bei der Kranken- oder Pflegekasse maßgeblich. Der Abschlag ist damit auf sämtliche Abrechnungen anzuwenden, die im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2028 bei der zuständigen Kranken- oder Pflegekasse eingehen. Auf den Zeitpunkt des Beginns, der Abgabe oder des Abschlusses der einzelnen Versorgung kommt es nicht an. Mit dem Rechnungseingang wird ein objektiv feststellbares und im Abrechnungsverfahren automatisiert auswertbares Kriterium gewählt.

Die Wahl eines objektiv bestimmbaren Anknüpfungspunkts führt an den zeitlichen Grenzen des Anwendungszeitraums zwangsläufig zu Stichtagseffekten. Diese wirken jedoch in beide Richtungen. Abrechnungen für bereits vor Beginn des Abschlagszeitraums erbrachte Versorgungen können dem Abschlag unterliegen, wenn sie erst ab dem 1. Januar 2027 eingehen. Umgekehrt unterliegen Abrechnungen für noch innerhalb des Abschlagszeitraums erbrachte Versorgungen nicht mehr dem Abschlag, wenn sie erst nach

dem 31. Dezember 2028 eingehen. Die Stichtageeffekte treten damit sowohl zu Beginn als auch zum Ende des Geltungszeitraums auf und sind Folge der bewusst gewählten abrechnungsbezogenen Anknüpfung. Eine vollständige Vermeidung solcher Randwirkungen wäre nur unter Inkaufnahme zusätzlicher Nachweis- und Prüfpflichten und dem Risiko von aufwändiger Rechnungsrekorturverfahren möglich.

Die Anknüpfung an den Rechnungseingang und die Vorgabe der Durchführung des Abschlags durch die Kranken- und Pflegekassen dienen insbesondere einer zeitnahen und bürokratiearmen Umsetzung des Abschlags. Eine Umsetzung des Abschlags durch die Leistungserbringer würde nach den Erkenntnissen aus der Abrechnungspraxis erhebliche Anpassungen der Abrechnungsverfahren erfordern und könnte von diesen erst mit einem mehrmonatigen zeitlichen Vorlauf umgesetzt werden. Die Durchführung des Abschlags durch die Kranken- und Pflegekassen ermöglicht demgegenüber eine zeitnahe Umsetzung, setzt jedoch voraus, dass der Abschlag ohne zusätzliche versorgungs- oder positionsbezogene Prüfungen auf Rechnungsebene vorgenommen werden kann.

Eine Anknüpfung an den Versorgungsbeginn, die Abgabe oder den Abschluss der einzelnen Versorgung würde insbesondere bei Sammelrechnungen eine Prüfung der darin enthaltenen einzelnen Versorgungen und gegebenenfalls einzelner Leistungspositionen anhand des jeweils maßgeblichen Zeitpunkts erfordern. Dies wäre mit erheblichem administrativem Aufwand verbunden und erfordert erhebliche Anpassungen des Verfahrens zur elektronischen Datenübermittlung und -verarbeitung. Die Anknüpfung an den Rechnungseingang ermöglicht es demgegenüber, die Abschlagspflicht unmittelbar anhand eines im Abrechnungsverfahren vorhandenen und automatisiert auswertbaren Merkmals festzustellen und den Abschlag pauschal auf Rechnungsebene vorzunehmen. Zusätzliche Angaben der Leistungserbringer zum Beginn, zur Abgabe oder zum Abschluss der einzelnen Versorgung sind nicht erforderlich. Zusätzliche Nachweis- und Prüfverfahren werden vermieden.

Die Kranken- oder Pflegekasse nimmt den Abschlag bei der Begleichung der Rechnung vor. Die Umsetzung erfolgt durch eine pauschale Kürzung des Rechnungsbetrages um drei Prozent. Eine gesonderte Minderung der einzelnen in der Abrechnung ausgewiesenen Leistungspositionen ist nicht erforderlich. Werden mehrere Leistungen oder Versorgungen in einer Sammelrechnung abgerechnet, wird der Abschlag einheitlich auf den Rechnungsbetrag angewandt. Die Ausgestaltung als pauschale Rechnungskürzung ermöglicht damit insbesondere bei Sammelrechnungen eine weitgehend automatisierte Durchführung und vermeidet den mit einer positions- oder versorgungsbezogenen Berechnung des Abschlags verbundenen zusätzlichen Verwaltungsaufwand.

Die Leistungserbringer rechnen weiterhin die nach den maßgeblichen Verträgen vereinbarten Preise ab. Die gesetzlich angeordnete Minderung wird bei der Begleichung der Rechnung durch die Kranken- oder Pflegekasse umgesetzt. Dadurch sind Anpassungen der einzelnen Abrechnungspositionen durch die Leistungserbringer nicht erforderlich. Zugleich wird sichergestellt, dass der Abschlag einheitlich durch die für die Begleichung der Rechnung zuständige Kranken- oder Pflegekasse vorgenommen wird.

## **Zu Buchstabe b**

Mit dem neuen Absatz 1c wird den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und Arbeitsgemeinschaften erneut die Möglichkeit eröffnet, Verträge über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln im Wege der Ausschreibung zu schließen. Die Ausschreibung tritt als zusätzliche Beschaffungsform neben die Vertragsverhandlungen, wobei diese weiterhin der Regelfall bleiben.

Die Möglichkeit zum Abschluss von Ausschreibungsverträgen im Hilfsmittelbereich war durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz im Jahr 2019 abgeschafft worden. Hintergrund waren insbesondere Hinweise auf Qualitäts- und Versorgungsprobleme bei Ausschreibungen sowie die Sorge, dass ein vorwiegend über den Preis geführter Wettbewerb den besonderen Anforderungen der Hilfsmittelversorgung nicht hinreichend Rechnung trägt. Dies betraf insbesondere Versorgungen, die durch eine individuelle Anpassung des Hilfsmittels, einen hohen Anteil persönlicher Dienstleistungen oder ein besonderes Bedürfnis

nach Versorgungskontinuität geprägt sind. Die Neuregelung greift die Erfahrungen mit Ausschreibungen auf. Daher werden Ausschreibungen nur für Versorgungen, bei denen dieses Beschaffungsinstrument unter Berücksichtigung der Versorgungsqualität, der Versorgungsstrukturen und der Wirtschaftlichkeit geeignet ist, ermöglicht.

#### Zu Absatz 1c Satz 1

Satz 1 eröffnet die Möglichkeit zur Ausschreibung nur, soweit diese zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist. Die Regelung knüpft insoweit an die bis 2019 geltende Rechtslage und die hierzu entwickelten Kriterien zur Beurteilung der Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen an. Die bloße Erwartung eines niedrigeren Vertragspreises genügt für die Annahme der Zweckmäßigkeit nicht. Vielmehr sind die mit der Ausschreibung erzielbaren wirtschaftlichen Vorteile gegen die Anforderungen an die Versorgungsqualität und die möglichen Auswirkungen auf die Versorgungs- und Wettbewerbsstrukturen abzuwägen.

#### Zu Absatz 1c Satz 2

In Satz 2 werden besondere Fallgruppen benannt, in denen Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig sind. Hierdurch werden wesentliche Erkenntnisse aus der Anwendung des früheren Ausschreibungsrechts unmittelbar gesetzlich verankert.

Individuell für einen Versicherten angefertigte Hilfsmittel eignen sich regelmäßig nicht für einen standardisierten Preis- und Qualitätswettbewerb. Entsprechendes gilt für Versorgungen mit einem hohen Anteil individuell zu erbringender Dienstleistungen. Maßgeblich ist dabei nicht allein der rechnerische Anteil der Dienstleistungen an der Vergütung. Entscheidend ist vielmehr, welche Bedeutung insbesondere Beratung, Anpassung, Einweisung und Nachbetreuung für den Erfolg der Gesamtversorgung haben und in welchem Umfang diese Leistungen standardisierbar sind.

Die Regelvermutung erstreckt sich ferner auf Dauerversorgungen, wenn ein Wechsel des Leistungserbringers mit erheblichen Belastungen für die Versicherten oder Risiken für die Kontinuität oder den Versorgungserfolg verbunden sein kann. Insbesondere bei betreuungsintensiven Versorgungen kann die Kenntnis der individuellen Versorgungssituation durch einen dauerhaft betreuenden Leistungserbringer für die Qualität und Kontinuität der Versorgung von Bedeutung sein. Die Dauerhaftigkeit einer Versorgung schließt eine Ausschreibung jedoch nicht für sich genommen aus. Bei standardisierten Versorgungen, bei denen ein Anbieterwechsel keine wesentlichen Auswirkungen auf die Versicherten oder die Versorgungsqualität erwarten lässt, kann eine Ausschreibung weiterhin zweckmäßig sein.

#### Zu Absatz 1c Satz 3 und 4

Die Nummern 1 bis 4 konkretisieren die Zweckmäßigkeitsprüfung. Neben einer bedarfsgerechten, wohnortnahen und zeitgerechten Versorgung sind die für die jeweilige Versorgung erforderlichen Beratungs-, Anpassungs-, Einweisungs-, Nachbetreuungs-, Wartungs-, Reparatur- und Ersatzleistungen zu berücksichtigen.

Bei der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung ist nicht allein auf mögliche Preisreduzierungen abzustellen. Vielmehr ist auch der mit dem Vergabeverfahren verbundene administrative Aufwand in das Verhältnis zum erwartbaren wirtschaftlichen Nutzen zu setzen.

Darüber hinaus sind die Auswirkungen auf die Anbieter- und Wettbewerbsstruktur zu berücksichtigen. Dies trägt der insbesondere durch kleine und mittlere Unternehmen geprägten Struktur des Hilfsmittelmarktes Rechnung. Ausschreibungen können durch die Beschränkung des Kreises der versorgungsberechtigten Leistungserbringer Konzentrationsprozesse begünstigen. Kurzfristige Einsparungen dürfen daher nicht losgelöst von den Auswirkungen auf die längerfristige Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs

und die flächendeckende Versorgung betrachtet werden. Dies gilt insbesondere, wenn infolge wiederholter Ausschreibungen eine erhebliche Verringerung der Zahl selbständiger Anbieter und damit eine Verschlechterung der Wettbewerbsbedingungen bei künftigen Vergaben zu erwarten ist.

Die Verpflichtung zur Prüfung und Dokumentation vor Einleitung des Ausschreibungsverfahrens gewährleistet, dass die Entscheidung für eine Ausschreibung anhand der gesetzlichen Kriterien nachvollziehbar getroffen wird. Sie erleichtert zugleich die aufsichtsrechtliche Überprüfung der Entscheidung.

Zu Absatz 1c Satz 5 bis 10

Die Regelungen sichern einen wirksamen Qualitätswettbewerb. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 sowie gesetzlich festgelegten Qualitätsanforderungen bilden die von allen Leistungserbringern einzuhaltende Untergrenze. Eine Ausschreibung darf nicht zu einer Absenkung dieser Anforderungen führen. Darüber hinaus sind in der Leistungsbeschreibung die für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen Anforderungen an die Qualität der Hilfsmittel und der zusätzlich zu erbringenden Leistungen festzulegen.

Der Zuschlag ist auf das wirtschaftlichste Angebot zu erteilen. Wirtschaftlichkeit ist dabei nicht gleichzusetzen mit dem niedrigsten Preis. Die Kosten dürfen nicht das alleinige Zuschlagskriterium bilden. Die Qualität der Hilfsmittel und der Versorgung ist bei der Ermittlung des wirtschaftlichsten Angebots angemessen zu berücksichtigen.

Die Vorgabe einer Mindestgewichtung qualitativer Zuschlagskriterien dient der Vermeidung eines überwiegend preisgesteuerten Wettbewerbs. Werden in der Leistungsbeschreibung lediglich die ohnehin geltenden Mindestanforderungen oder nur unwesentlich darüber hinausgehende Anforderungen festgelegt, müssen die die Qualität der Hilfsmittel und der Versorgung betreffenden Zuschlagskriterien mit mindestens 50 Prozent gewichtet werden. Ein Leistungserbringer, der ein qualitativ höherwertiges Versorgungsangebot zu einem höheren Preis abgibt, kann sich so dennoch gegenüber preisgünstigeren Angeboten durchsetzen, sofern er in einer Gesamtbetrachtung aller Zuschlagskriterien das insgesamt wirtschaftlichste Angebot abgibt.

Die Mindestgewichtung von 50 Prozent ist nicht erforderlich, soweit bereits durch verbindliche Vorgaben in der Leistungsbeschreibung ein Qualitätsniveau gewährleistet wird, das wesentlich über die gesetzlichen und die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Mindestanforderungen hinausgeht. Dadurch wird den Krankenkassen ermöglicht, ein erhöhtes Qualitätsniveau entweder als verbindliche Voraussetzung für alle Angebote vorzugeben oder einen Qualitätswettbewerb zwischen den Bietern zu eröffnen.

Zu Absatz 1c Satz 11

Die Regelung trägt der insbesondere durch kleine und mittlere Leistungserbringer geprägten Struktur des Hilfsmittelmarktes Rechnung. Bei der Bestimmung des Ausschreibungsgegenstands und der Bildung von Losen ist darauf zu achten, dass die Ausschreibung nicht ohne sachlichen Grund so zugeschnitten wird, dass kleinere oder regional tätige Leistungserbringer von einer Teilnahme am Wettbewerb faktisch ausgeschlossen werden. Dies betrifft sowohl die sachliche Zusammenfassung unterschiedlicher Versorgungsleistungen als auch die räumliche oder mengenmäßige Abgrenzung der ausgeschriebenen Leistungen. Zugleich sind die Auswirkungen des Zuschnitts der Ausschreibung auf die wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu berücksichtigen. Die Regelung ergänzt insoweit die allgemeinen vergaberechtlichen Vorgaben zur Berücksichtigung mittelständischer Interessen um die besonderen versorgungsbezogenen Anforderungen der Hilfsmittelversorgung.

Die entsprechende Anwendung der Absätze 5 bis 7 stellt sicher, dass die dort geregelten Anforderungen insbesondere an Beratung, Information und Kontrolle der Versorgungsqualität auch für Ausschreibungsverträge gelten.

#### **Zu Absatz 1d**

Absatz 1d verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene, gemeinsame Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen zu erarbeiten. Die Regelung knüpft an die bereits unter dem früheren Ausschreibungsrecht bestehenden gemeinsamen Empfehlungen an.

Die Empfehlungen sollen die gesetzlichen Kriterien für die praktische Anwendung konkretisieren und eine möglichst einheitliche Beurteilung der Ausschreibungseignung ermöglichen. Dabei sind insbesondere der Umfang und die Bedeutung individuell zu erbringender Dienstleistungen, die Auswirkungen eines Leistungserbringerwechsels bei Dauerversorgungen, die Anforderungen an die Versorgungskontinuität, die Markt- und Anbieterstruktur sowie das Verhältnis zwischen Vergabeaufwand und wirtschaftlichem Nutzen zu berücksichtigen. Durch die regelmäßige Überprüfungsmöglichkeit können Veränderungen der Versorgungs- und Marktstrukturen sowie Erfahrungen mit durchgeführten Ausschreibungen berücksichtigt werden

#### **Zu Buchstabe c**

Die Ergänzung stellt klar, dass das Beitrittsrecht nach Absatz 2 nicht für Verträge gilt, die im Wege einer Ausschreibung nach Absatz 1c geschlossen wurden. Ausschreibungsverträge beruhen auf der Auswahl eines oder mehrerer Leistungserbringer in einem wettbewerblichen Verfahren und begrenzen den Kreis der zur Versorgung berechtigten Vertragspartner. Ein nachträgliches allgemeines Beitrittsrecht wäre mit diesem Auswahlprinzip nicht vereinbar.

#### **Zu Buchstabe d**

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Einführung der Ausschreibungsmöglichkeit nach Absatz 1c. Sie stellt sicher, dass eine Vereinbarung im Einzelfall nicht bereits deshalb getroffen werden kann, weil für das erforderliche Hilfsmittel kein Vertrag nach Absatz 1 besteht, wenn die Versorgung aufgrund eines Ausschreibungsvertrags nach Absatz 1c sichergestellt ist. Ausschreibungsverträge nach Absatz 1c stehen Verträgen nach Absatz 1 insoweit gleich. Hierdurch wird verhindert, dass die aufgrund eines Ausschreibungsverfahrens begründete Versorgungsberechtigung der ausgewählten Leistungserbringer durch Einzelfallvereinbarungen mit anderen Leistungserbringern unterlaufen wird. Eine Einzelfallvereinbarung bleibt weiterhin möglich, wenn weder ein Vertrag nach Absatz 1 noch ein Vertrag nach Absatz 1c besteht oder wenn durch die jeweiligen Vertragspartner eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist.

## Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

Zu Artikel 1 Nummer 0 neu (§ 4 SGB V)

### *(Zusätzliche Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen)*

1. Vor Artikel 1 Nummer 1 wird die folgende Nummer 0 eingefügt:

„0. § 4 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Ab dem Haushaltsjahr 2028 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. Für das Haushaltsjahr 2027 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die nach § 71 Absatz 3 Satz 5 für 2027 veröffentlichte durchschnittliche Veränderungsrate um einen Prozentpunkt verringert wird. Die Begrenzung nach den Sätzen 1 und 2 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.“

2. Vor Artikel 1 Nummer 1 wird die folgende Nummer 0 eingefügt:

## Begründung

Mit der Regelung wird der zulässige Anstieg der Verwaltungskosten der Krankenkassen je Versicherten für das Jahr 2027 zusätzlich zu der für die Jahre 2027 bis 2029 in § 71 Absatz 3 Satz 5 bereits vorgesehenen Verringerung von einem Prozentpunkt um einen weiteren Prozentpunkt verringert. Da zum Zeitpunkt der Aufstellung des Haushaltsplans einer Krankenkasse die abschließende Jahresrechnung des

vorangegangenen Haushaltsjahrs noch nicht vorliegt, kann diese nicht als Ausgangswert zur Ermittlung des zulässigen Ausgabenanstiegs herangezogen werden. Zum Zeitpunkt der Aufstellung des Haushaltsplans ist daher auf die zuletzt vorgelegte Jahresrechnung abzustellen. Bezogen auf das Jahr, für das der Haushaltsplan aufzustellen ist, handelt es sich hierbei um die Jahresrechnung des vorvergangenen Jahres. Die Abbildung dieses Zwei-Jahres-Zeitraums erfolgt, indem auf die in der Jahresrechnung des vorvergangenen Jahres ausgewiesenen Verwaltungsausgaben die Entwicklung der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Satz 5 der beiden folgenden Jahre angewendet wird. Für das Jahr 2027 wird entsprechend dieser Regelung die um einen weiteren Prozentpunkt verringerte Veränderungsrate angewendet.

## **Änderungsantrag 7**

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

Zu Artikel 1 Nummer 18a neu (§ 129 SGB V)

### ***(Apothekenbezogene Ausschreibungen für Zytostatika)***

Nach Artikel 1 Nummer 18 wird die folgende Nummer 18a eingefügt:

„18a. § 129 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene ergänzende Verträge schließen. Absatz 3 gilt entsprechend. In dem Vertrag nach Satz 1 kann abweichend vom Rahmenvertrag nach Absatz 2 vereinbart werden, dass die Apotheke die Ersetzung wirkstoffgleicher Arzneimittel so vorzunehmen hat, dass der Krankenkasse Kosten nur in Höhe eines zu vereinbarenden durchschnittlichen Betrags je Arzneimittel entstehen. Zur Sicherstellung der Versorgung mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patientinnen und Patienten können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge mit Apotheken der entsprechenden maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene schließen; dabei können Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers und die Preise und Preisspannen der Apotheken vereinbart werden. Verträge nach Satz 4 müssen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich geschlossen werden.“

## **Begründung**

Mit der Änderung wird die Möglichkeit zur Vereinbarung von Sonderregelungen über die Versorgung mit parenteralen Zubereitungen, insbesondere im Hinblick auf Preise, wieder eingeführt. Die Regelung dient der Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Verträge nach § 129 SGB V gilt die gesetzliche Zielvorgabe, eine möglichst wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu erreichen. Vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven sollen ohne Einschränkungen der Qualität und Sicherheit der Versorgung erschlossen werden können.

Der Abschluss dieser Verträge ist nicht verpflichtend. Soll ein Vertrag nach § 129 Absatz 5 Satz 4 geschlossen werden, muss er von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit Apotheken der entsprechenden maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene geschlossen werden. Durch die Vereinbarungen auf regionaler Ebene soll eine friktionsfreie orts- und zeitnahe Versorgung sichergestellt werden.

## Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

Zu Artikel 1 Nummer 19a neu (§ 134 SGB V)

Zu Artikel 10a neu (Anlage 4 DiGAV)

**(DiGA - Vergütungsabschläge)**

1. Nach Artikel 1 Nummer 19 wird die folgende Nummer 19a eingefügt:

„19a. Nach § 134 Absatz 4 wird der folgende Absatz 4a neu eingefügt:

„(4a) Ab dem 1. Januar 2027 wird ein erfolgsabhängiger Abschlag von den Vergütungsbeiträgen nach Absatz 1 Satz 1 erhoben. Dieser entspricht dem Anteil der Nutzer der digitalen Gesundheitsanwendung, die die Nutzung während der ersten 28 Tage der Anwendungsdauer vorzeitig beendet haben, im Verhältnis zur Gesamtzahl der Nutzer. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt die von den Herstellern übermittelten Daten zu den Nutzungsabbrüchen nach Satz 1 unverzüglich dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser legt die rückwirkend für den Berichtszeitraum zu berücksichtigenden Abschläge für jede digitale Gesundheitsanwendung fest. Die Krankenkassen machen gegenüber den Herstellern entsprechende Rückforderungen geltend.““

2. Nach Artikel 10 wird der folgende Artikel 10a eingefügt:

### **„Artikel 10a**

#### **Änderung der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung:**

Die Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung vom 8. April 2020 (BGBl. I S. 768), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 27. Januar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 22) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In Anlage 4 wird nach Nummer 5 die folgende Nummer 5a eingefügt:

|   |     |                     |                                                                                                                      |         |   |
|---|-----|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|
| „ | 5a. | Abbruch der Nutzung | Anteil der Nutzer der digitalen Gesundheitsanwendung, die die Nutzung während der ersten 28 Tage der Anwendungsdauer | Prozent | “ |
|---|-----|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|

|  |  |                                                                  |  |
|--|--|------------------------------------------------------------------|--|
|  |  | vorzeitig beendet haben, im Verhältnis zur Gesamtzahl der Nutzer |  |
|--|--|------------------------------------------------------------------|--|

## **Begründung**

### **Zu Nummer 1**

Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass ein hoher Anteil der Nutzer digitaler Gesundheitsanwendungen die Nutzung innerhalb der ersten Wochen abbricht. Im Zuge der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung werden ab 2027 genaue Zahlen zu den Nutzungsabbrüchen bei den einzelnen digitalen Gesundheitsanwendungen vorliegen und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte öffentlich einsehbar sein. Das Kostenrisiko für die Nutzungsabbrüche liegt bisher vollständig bei den gesetzlichen Krankenkassen. Mit der vorliegenden Regelung, welche einen Vergütungsabschlag in Höhe der Quote der Nutzungsabbrüche innerhalb der ersten vier Wochen nach Nutzungsbeginn vorsieht, wird es künftig von den Herstellern der digitalen Gesundheitsanwendungen getragen werden. Für die Anbieter wird damit ein starker Anreiz gesetzt, ihre Anwendungen stetig weiterzuentwickeln und die Adhärenz der Nutzer mit einer entsprechenden Ausgestaltung der digitalen Therapieangebote zu steigern.

### **Zu Nummer 2**

Folgeänderung zu der Einfügung eines neuen § 134 Absatz 4a SGB V. Um die notwendige Datenbasis für den im neuen § 134 Absatz 4a vorgesehenen Vergütungsabschlag zu erhalten, werden die Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen dazu verpflichtet, die Quote der Nutzungsabbrüche in den ersten vier Wochen der Nutzung im Rahmen der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu melden.

## Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

Zu Artikel 1 Nummer 20a neu (§ 175 SGB V)

### *(Informations- und Vorlagepflicht bei Zusatzbeitragssatzerhöhungen)*

Nach Artikel 1 Nummer 20 wird die folgende Nummer 20a eingefügt:

20a. § 175 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 4 Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Krankenkasse hat bis zum Ablauf des Monats vor der erstmaligen Erhebung oder der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes nach § 242 ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben oder durch ein entsprechend § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches bekanntgegebenes elektronisches Dokument

1. auf das Kündigungsrecht nach Satz 6 und dessen Ausübung,
2. auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie
3. auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragsätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 und
4. falls der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz überschreitet, auf die Möglichkeit, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln,

hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 7 gegenüber einem Mitglied nicht rechtzeitig nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.“

b) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Die Krankenkasse ist verpflichtet, der Aufsichtsbehörde das gesonderte Schreiben nach Absatz 4 Satz 7 so rechtzeitig vorzulegen, dass dieser vor dem Versand ausreichend Zeit zur Prüfung des Schreibens und zur Beratung der Krankenkasse bleibt. Kommt eine

Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Absatz 4 Satz 7 nicht ordnungsgemäß nach, soll die Aufsichtsbehörde beratend darauf hinwirken, dass die Krankenkasse ein gesondertes Schreiben an ihre Mitglieder versendet, das den Anforderungen des Absatz 4 Satz 7 entspricht. Kommt die Krankenkasse dem innerhalb einer angemessenen Frist nicht nach, soll die Aufsichtsbehörde die Krankenkasse verpflichten, ein gesondertes Schreiben an ihre Mitglieder zu versenden, das den Anforderungen des Absatz 4 Satz 7 entspricht. Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen nach diesem Absatz haben keine aufschiebende Wirkung. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für das elektronische Dokument nach Satz 7.“

## **Begründung**

### **Zu Buchstabe a**

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde die Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Mitglieder über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes mit gesondertem Schreiben zu informieren, mit dem Ziel der Entbürokratisierung und der Kosteneinsparung gestrichen. Allerdings hat sich gezeigt, dass weiterhin ein Bedarf an einer individuellen Information über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes besteht. Daher soll die Informationspflicht wieder gesetzlich geregelt werden.

Darüber hinaus bestanden in der Verwaltungspraxis Zweifel, ob für das bei einer Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes zu versendende gesonderte Informationsschreiben durch § 175 Absatz 4 Satz 7 die gewöhnliche Schriftform angeordnet wurde oder ob strengere Voraussetzungen gelten und insbesondere eine Ersetzung der Schriftform durch elektronische Formen nach § 36a des Ersten Buches unzulässig sein sollte. Die Zweifel an der Anordnung einer gewöhnlichen Schriftform gründeten sich im Wesentlichen auf die zuvor in § 175 Absatz 4 Satz 7 verwendete Formulierung „in einem gesonderten Schreiben“, die sich von dem üblicherweise bei Anordnung eines Schriftformerfordernisses verwendeten Begriff „schriftlich“ unterschied.

Zweck der Formulierung in § 175 Absatz 4 Satz 7 ist – neben der Anordnung der Schriftform, dass die erforderlichen Informationen nicht mit anderen Erklärungen in einer Weise kombiniert werden, die eine Kenntnisnahme durch das Mitglied erschweren und unwahrscheinlicher machen und dadurch der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen geschwächt wird. Dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit einer Kenntnisnahme zu erhöhen, würde es zuwiderlaufen, wenn die Informationen generell auch in den elektronischen Formen des § 36a des Ersten Buches versandt werden könnte. Denn die Mitglieder der Krankenkassen rechnen nicht ohne weiteres mit der Übermittlung geschäftlicher Informationen durch die Krankenkassen auf elektronischem Wege und nehmen diese unter Umständen nicht oder nicht rechtzeitig wahr.

Etwas anderes gilt allerdings im Falle eines Abrufs elektronischer Dokumente durch ein Mitglied. Viele Krankenkassen bieten ihren Mitgliedern die geschäftliche Kommunikation per App oder über Online-Portale an, über die Nachrichten oder Bescheide abgerufen werden können. Hat ein Mitglied in diese Form der elektronischen Kommunikation eingewilligt, erhält es im Einzelfall eine einfache elektronische Benachrichtigung (z. B. per E-Mail), wenn eine Nachricht in seinem Portalbereich zum Abruf bereitgestellt wird. Nach Authentifizierung hat das Mitglied die Möglichkeit, die bereitgestellte Nachricht in seinem Portalbereich abzurufen. Es erscheint daher zweckmäßig, eine elektronische Bekanntgabe des Informationsschreibens in den für den Zugang elektronischer Bescheide normierten Formen des § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches zu ermöglichen.

### **Zu Buchstabe b**

Nach § 175 Absatz 4 Satz 7 haben Krankenkassen bei einer Erhöhung des Zusatzbeitrags ein gesondertes Schreiben an ihre Mitglieder zu versenden. Sofern ein Mitglied in die digitale Kommunikation eingewilligt hat, kann die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht auch durch Nachricht an ein digitales Nutzerkonto des Mitglieds nachkommen. Durch die Information werden die Mitglieder auf das Sonderkündigungsrecht und dessen Ausübung, die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des GKV-Spitzenverbands zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hingewiesen. In der Praxis bestehen jedoch Unklarheiten über die inhaltlichen Anforderungen an das gesonderte Schreiben nach Absatz 4 Satz 7. Zudem kam es in der Vergangenheit vor, dass Krankenkassen ihrer Hinweispflicht nach Absatz 4 Satz 7 nur ungenügend nachkamen. Im neuen Absatz 4a werden daher die Aufsichtsrechte konkretisiert, um das Sonderkündigungsrecht der Versicherten nach Absatz 4 Satz 6 zu stärken. Ein regelkonformes gesondertes Schreiben der Krankenkasse ermöglicht den Versicherten, von der Zusatzbeitragserhöhung und von ihrem Sonderkündigungsrecht Kenntnis zu erlangen und zu wissen, wie hoch die Zusatzbeiträge bei den anderen Krankenkassen aktuell sind. Absatz 4a adressiert dabei die Krankenkasse und die jeweilige Aufsichtsbehörde und regelt das Verfahren, wenn das Schreiben nach Absatz 4 Satz 7 nicht den dort normierten Anforderungen entspricht.

Nach Satz 1 ist die Krankenkasse verpflichtet, ihren Entwurf für das gesonderte Schreiben der Aufsichtsbehörde zu übermitteln. Damit bekommt die Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, alle Hinweisschreiben der Krankenkassen entsprechend den allgemeinen Grundsätzen des Aufsichtsrechts nach § 89 des Vierten Buches auf die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen zu überprüfen und die Krankenkasse entsprechend zu beraten. Normiert ist lediglich eine Pflicht zur Vorlage, keine Genehmigungspflicht.

Es wurde davon abgesehen, gesetzlich eine konkrete Vorlagefrist festzulegen. Die Regelung lässt ausreichend Spielraum für Fälle, in denen eine Krankenkasse den Zusatzbeitragssatz kurzfristig erhöhen muss. In den praktisch relevanten Fällen einer Zusatzbeitragssatzerhöhung zum 1. Januar liegt es nahe, den Entwurf des Schreibens gleichzeitig mit dem Entwurf des Haushaltsplans bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu übermitteln. Das Schreiben kann zu einem späteren Zeitpunkt um den neuen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz ergänzt werden, wenn dieser im Zeitpunkt der Vorprüfung des Schreibens durch die Aufsichtsbehörde noch nicht feststeht.

In Satz 2 wird geregelt, dass die zuständige Aufsichtsbehörde beratend darauf hinwirken soll, dass die Krankenkasse ein den Anforderungen des Absatzes 4 Satz 7 genügendes Schreiben versendet, wenn diese ihrer Hinweispflicht nach Absatz 4 Satz 7 zuvor nicht ausreichend nachgekommen ist.

Nach Satz 3 soll die Aufsichtsbehörde die Krankenkasse verpflichten, ein gesondertes Schreiben an ihre Mitglieder zu versenden, das den Anforderungen des Absatzes 4 Satz 7 entspricht, wenn diese ihrer Hinweispflicht weiterhin nicht ordnungsgemäß nachgekommen ist. Die Ausgestaltung der Rechtsfolge als intendiertes Ermessen erfolgt, weil die Aufsichtsbehörden bislang von einer Verpflichtung der Krankenkasse zur (erneuten) Versendung absehen. Das nach der Generalklausel des § 89 Absatz 1 Satz 2 des Vierten Buches eröffnete Ermessen für ein aufsichtsrechtliches Einschreiten ermöglicht den Aufsichtsbehörden derzeit keine ausreichend sichere Beurteilung, ob eine solche Verpflichtung – nach den Grundsätzen der maßvollen Rechtsaufsicht – im jeweiligen Einzelfall gerichtlich durchsetzbar ist. Wenn eine Krankenkasse fehlerhafte Hinweisschreiben erneut versenden muss, weil eine Aufsichtsbehörde sie nach § 89 Absatz 1 Satz 2 SGB IV dazu verpflichtet, könnte dem entgegengetreten werden, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht ausgewogen sei. So wäre eine erneute Versendung aufwändig und kostenintensiv, während dem Mitglied der Krankenkasse das Sonderkündigungsrecht unabhängig vom Zugang eines ordnungsgemäßen Hinweisschreibens zusteht.

Die Regelung verlagert den Bezugspunkt für die Ermessensausübung im Rahmen der aufsichtsbehördlichen Prüfung im Falle eines ungenügenden Hinweisschreibens bei einer Erhöhung des Zusatzbeitrags: Da der Gesetzgeber die Aufsichtsbehörde im Regelfall dazu verpflichtet, die Krankenkasse zu einem erneuten Versand des Hinweisschreibens anzuweisen, müssen Krankenkassen gewichtige Gründe vorbringen, aus denen sich im Einzelfall eine Unverhältnismäßigkeit der Verpflichtung ergibt.

In Satz 4 wird geregelt, dass Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen nach dem neuen Absatz 4a abweichend von § 86a Absatz 1 des Sozialgerichtsgesetzes keine aufschiebende Wirkung haben. Dies ist erforderlich, weil anderenfalls erst lange Zeit nach einer Beitragssatzerhöhung rechtskräftig darüber entschieden würde, ob die Krankenkasse ein weiteres, ordnungsgemäßes Hinweisschreiben versenden muss. Ein effektiver Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im zeitlichen Zusammenhang mit der Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes würde so verhindert.

## Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

Zu Artikel 1 Nummer 15a, 20a bis 20c, 21a und 21b (§§ 115g, 275a, 276, 278, 280, 283 SGB V)

Zu Artikel 10a Nummer 1 bis 7 – neu – (§§ 6c, 7, 8, 9 14, 18, 21 Krankenhausentgeltgesetz)

Zu Artikel 10b Nummer 1 und 2 – neu – (§§ 6a, 28 Krankenhausfinanzierungsgesetz)

### ***(Prüfungen des Medizinischen Dienstes bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen)***

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 15 wird die folgende Nummer 15a eingefügt:

„15a. § 115g Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 Nummer 4 wird nach der Angabe „aufwandsarm“ die Angabe „durch den Medizinischen Dienst“ eingefügt.

b) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Zu Regelungen in der Vereinbarung nach Satz 1, die die Prüfung durch den Medizinischen Dienst betreffen, ist das Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund herzustellen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Vereinbarung nach Satz 1 oder die Festlegung nach Satz 4 im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zum 30.06.2030, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen.““

b) Nach Nummer 20 werden die folgenden Nummern 20a bis 20c eingefügt:

„20a. § 275a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Nummern 4 und 5 durch die folgenden Nummern 4 bis 6 ersetzt:

„4. der von den Ländern landesrechtlich vorgesehenen Qualitätsanforderungen,

5. der nach § 136c Absatz 3 bis 5 beschlossenen Vorgaben und

6. der nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten Anforderungen.“

b) Nach Absatz 9 wird der folgende Absatz 9a eingefügt:

“(9a) Die Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 werden auf Antrag eines Krankenhauses durchgeführt, das nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde. Der Medizinische Dienst stellt das Ergebnis der Prüfung der Erfüllung der nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten Anforderungen durch Bescheid fest. Der Medizinische Dienst übermittelt der jeweiligen geprüften sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung zusätzlich in elektronischer Form ein Gutachten über die Prüfung und, wenn diese sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die vereinbarten Anforderungen erfüllt, eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung. Die geprüfte sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hat die in Satz 3 genannte Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung jeweils anlässlich der Vereinbarung nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes und zusätzlich der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf elektronischem Wege zu übermitteln. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, die eine der nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten Anforderungen über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen

1. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,
2. dem Verband der Privaten Krankenversicherung und
3. dem zuständigen Medizinischen Dienst.

Hebt der Medizinische Dienst den in Satz 2 genannten Bescheid oder die in Satz 3 genannte Bescheinigung auf, so informiert er unverzüglich die in Satz 4 genannten Stellen sowie zusätzlich die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde auf elektronischem Wege hierüber. Soweit in der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 des Krankenhausentgeltgesetzes nichts Abweichendes geregelt wird, dürfen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen, soweit diese Leistungen in einem Zeitraum erbracht werden, für den diesen Krankenhäusern keine in Satz 3 genannte Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung über die Erfüllung der nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten Anforderungen übermittelt wurde. Für das Verfahren der Prüfungen gelten die hierzu in der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 getroffenen Festlegungen. Diese können auch Abweichungen von Absatz 1 Satz 3 bis 8 vorsehen.“

c) Absatz 11 wird durch den folgenden Absatz 11 ersetzt:

„(11) Abweichend von Absatz 4, Absatz 6 Satz 4 und 5 sowie Absatz 7 Satz 5 ist von einer dort jeweils genannten Übermittlung, Mitteilung oder Information abzusehen, wenn die von der jeweiligen Übermittlung, Mitteilung oder Information umfassten Angaben und Unterlagen dem jeweiligen Empfänger in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank zugänglich sind. Gleiches gilt für Übermittlungen, Mitteilungen oder Informationen, die in der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vorgesehen sind.“

20b. § 276 Absatz 4a Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Medizinische Dienst ist im Rahmen der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 bis 6 befugt, zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Räume des Krankenhauses zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu verarbeiten, soweit dies in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3, der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 oder in der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 festgelegt und für die Prüfungen erforderlich ist.“

20c. In § 278 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 bis 5“ durch die Angabe „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 bis 6“ ersetzt.

c) Nach Nummer 21 werden die folgenden Nummern 21a und 21b eingefügt:

21a. In § 280 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und 5“ durch die Angabe „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3, 5 und 6“ ersetzt.

21b. In § 283 Absatz 5 Satz 2 Nummer 1 wird die Angabe „nach § 275a Absatz 4 Satz 1 und Absatz 6 Satz 3“ durch die Angabe „nach § 275a Absatz 4 Satz 1 und Absatz 6 Satz 3 sowie Absatz 9a Satz 3“ ersetzt.

2. Nach Artikel 10 werden die folgenden Artikel 10a und 10b eingefügt:

### **Artikel 10a**

#### **Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 6c wird durch den folgenden § 6c ersetzt:

#### **„§ 6c**

##### **Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen**

(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für die nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten stationären Leistungen einer in § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung unter Beachtung des Versorgungsauftrags dieser sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 ein finanzielles Gesamtvolumen (Gesamtvolumen); § 18 Absatz 1 Satz 2 bis 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt für diese Vereinbarung entsprechend. Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren in der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere

1. Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen,
2. die Höhe des Gesamtvolumens,
3. die abrechenbaren Entgelte sowie

#### 4. Mehr- und Mindererlösausgleiche.

Die Vereinbarung nach Satz 1 ist für ein zukünftiges Kalenderjahr zu schließen, wenn der Krankenhausstandort ganzjährig betrieben wird, und kann mehrere Kalenderjahre umfassen; § 11 Absatz 1 Satz 3 und 4 erster Halbsatz gilt entsprechend. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist schriftlich oder elektronisch abzuschließen und unter Verwendung der nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten vorzulegenden Unterlagen auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren. Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung über eine Vereinbarung nach Satz 1 unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei sie dazu schriftlich oder elektronisch aufgefordert hat. Die Verhandlung soll so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Gesamtvolumen und die neuen abrechenbaren Entgelte mit Ablauf des Kalenderjahres, das dem Kalenderjahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können; die Verhandlung ist innerhalb von sechs Wochen nach der in Satz 5 genannten Aufforderung abzuschließen.

(2) Das Gesamtvolumen ist von den Vertragsparteien nach § 11 unter Beachtung der Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 sachgerecht zu ermitteln.

(3) Mehr- oder Mindererlöse werden nach den Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 ausgeglichen.

(4) Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der Vereinbarung des Gesamtvolumens nach Absatz 1 Satz 1 für das laufende Kalenderjahr zugrunde gelegten Annahmen das Gesamtvolumen, einschließlich der weiteren nach Absatz 1 Satz 2 in der Vereinbarung zu vereinbarenden Inhalte, für dieses laufende Kalenderjahr neu nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Gesamtvolumen, einschließlich der weiteren nach Absatz 1 Satz 2 in der Vereinbarung zu vereinbarenden Inhalte, abweichend von Satz 1 nur teilweise neu zu vereinbaren ist. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Gesamtvolumen ist vollständig im verbleibenden Kalenderjahr auszugleichen, indem er nach der Vereinbarung des neuen Gesamtvolumens durch die Vertragsparteien festgestellt wird und über eine Erhöhung oder Absenkung des neuen Gesamtvolumens berücksichtigt wird.

(5) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen rechnen die für ein Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 vereinbarten Entgelte vom Beginn dieses Kalenderjahres an ab. Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 erst nach dem Beginn eines Kalenderjahres genehmigt, rechnet die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die Entgelte ab dem ersten Tag des Kalendermonats ab, der auf die Genehmigung folgt, soweit in dieser Vereinbarung oder in der von der Schiedsstelle nach § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Entscheidung kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist. Bis zu dem nach Satz 2 maßgeblichen Zeitpunkt rechnet die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die für das vorangegangene Kalenderjahr vereinbarten Entgelte weiter ab. Wird ein Krankenhausstandort erstmals nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt, kann die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung Entgelte nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 erstmals ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die Bestimmung nach § 6c Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wirksam wird, abrechnen.“

2. § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 wird durch die folgende Nummer 8 ersetzt:

„8. Entgelte nach § 6c.“

3. § 8 Absatz 4 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Ferner dürfen Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, wenn

- a) die Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden, oder
  - b) , soweit in der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 nichts Abweichendes geregelt wird, die Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Anforderungen nicht erfüllt werden.“
4. § 9 Absatz 1 Nummer 10 wird durch die folgende Nummer 10 ersetzt:
- „10. innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, in dem in § 115g Absatz 3 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Fall, nach der dort genannten Festlegung nähere Einzelheiten, insbesondere
- a) zur Verhandlung des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumens,
  - b) zu der Höhe und Ausgestaltung der abrechenbaren Entgelte und deren Weiterentwicklung,
  - c) zu den vom Krankenhaus vorzulegenden Unterlagen und
  - d) zu Abrechnungsbestimmungen für die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 abrechenbaren Entgelte, und“
5. In § 14 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ durch die Angabe „Entgelte nach § 6c“ ersetzt.
6. § 18 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 vereinbarten verringerten krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ durch die Angabe „Entgelte nach § 6c“ ersetzt.
  - b) In Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ durch die Angabe „Entgelte nach § 6c“ ersetzt.
7. In § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe d wird die Angabe „Fälle, die mit in § 6c Absatz 1 Satz 2 genannten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten abgerechnet werden“ durch die Angabe „Fälle, die mit Entgelten nach § 6c abgerechnet werden“ ersetzt.

## **Artikel 10b**

### **Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 wird die Angabe „die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Tagesentgelte oder die in § 6c Absatz 7 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten vorläufigen Tagesentgelte“ durch die Angabe „Entgelte nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.
2. § 28 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
  - a) In Nummer 4 wird die Angabe „der krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ durch die Angabe „der Entgelte nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.
  - b) In Nummer 5a wird die Angabe „mit krankenhausindividuellen Tagesentgelten“ durch die Angabe „mit Entgelten nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.

## **Begründung**

### **Zu Nummer 1**

Zu Buchstabe a

Zu Nummer 15a (§ 115g SGB V)

Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 sieht vor, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren, welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 3 vereinbarten stationären Leistungen und an die in § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden. Damit hat der Gesetzgeber bereits zum Ausdruck gebracht, dass eine Überprüfung der Einhaltung dieser Anforderungen erfolgen soll, hat aber nicht explizit geregelt, wer diese Aufgabe wahrnehmen soll. Zwar lässt die Begründung zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (BT-Drs. 20/11854, S. 153) durch die Bezugnahme auf die Prüfungen nach § 275a bereits erkennen, dass der Gesetzgeber die Medizinischen Dienste für die Prüfung der für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen geltenden Anforderungen im Blick hatte. Bisher fehlt es aber an einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung, der zweifelsfrei zu entnehmen ist, dass die Medizinischen Dienste diese Prüfaufgabe übernehmen sollen. Mit der Ergänzung in Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 und den Änderungen in § 275a (siehe auch dortige Begründung) werden nun die notwendigen gesetzlichen Regelungen geschaffen und insoweit Rechtsklarheit hergestellt.

Zu Buchstabe b

Im Hinblick darauf, dass die DKG und der GKV-Spitzenverband in ihrer Vereinbarung nach Absatz 3 auch das Verfahren regeln, in welcher Art und Weise und mit welchen Fristen die Medizinischen Dienste die Prüfungen durchzuführen haben, sind auch die Interessen der Medizinischen Dienste berührt. Daher sieht der neue Satz 2 vor, dass die Vertragsparteien hierzu vorab das Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund herzustellen haben. Da die erstmalige Vereinbarung nach Absatz 3 am 2. März 2026 geschlossen wurde und bereits entsprechende Verfahrensregelungen enthält, sollen diese zur Vermeidung von Verzögerungen zunächst umgesetzt werden. Es bedarf also keiner erneuten Aufnahme der Vertragsverhandlungen, um noch nachträglich das Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund herzustellen. Dies ist erst dann notwendig, wenn Verhandlungen zur Änderung der Vereinbarung geführt werden.

Zu Nummer 20a (§ 275a)

## Zu Buchstabe a

Absatz 1 wird um eine neue Nummer 6 ergänzt. Darin wird den Medizinischen Diensten die Aufgabe übertragen, die in der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten Anforderungen, die von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu erfüllen sind, zu prüfen. Infolge der Ergänzung der Enumeration gelten für diese Prüfungen auch die in den Sätzen 2 bis 12 geregelten Vorgaben, mit Ausnahme derjenigen in Satz 5, die sich auf andere Prüfungsarten beziehen. Der DKG und dem GKV-Spitzenverband wird aber in dem neuen Absatz 9a die Befugnis eingeräumt, von diesen Vorgaben abzuweichen (siehe Begründung zu Absatz 9a).

Die Prüfungen sind aufwandsarm zu gestalten. Insbesondere sollen die vorzulegenden Dokumente auf das erforderliche Maß beschränkt werden. So kann die Prüfung der personellen Verfügbarkeit zum Beispiel auf Basis der Anzahl der grundsätzlich verfügbaren Vollzeitäquivalente erfolgen und auf die Vorlage von Dienstplänen verzichtet werden.

## Zu Buchstabe b

Für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gelten bereits die für alle Krankenhäuser geltenden Regelungen zu den Strukturprüfungen nach Absatz 6, soweit die Erbringung von Leistungen vorgesehen ist, für die im vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel besondere Strukturmerkmale festgelegt wurden.

Davon zu trennen ist die Aufgabe der Medizinischen Dienste nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6, also die Prüfung der Erfüllung der nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten Anforderungen. Für diese Aufgabe normiert Absatz 9a die gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die Prüfung ist – wie die Strukturprüfung nach den Absätzen 6 und 7 – gesetzlich als Antragsverfahren ausgestaltet. Sie wird eingeleitet durch den Antrag eines Krankenhauses, das nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde. Anträge können von einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung auch bereits vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Bestimmung gemäß § 6c Absatz 1 Satz 2 KHG gestellt werden. In der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 kann festgelegt werden, ab wann ein solcher Antrag frühestens gestellt werden kann.

Im neuen Satz 2 wird analog zu den Strukturprüfungen nach Absatz 6 geregelt, dass das Ergebnis der Prüfung durch Bescheid gegenüber dem antragstellenden Krankenhaus festzustellen ist. Dies trägt dem Bedürfnis nach Rechtsklarheit, insbesondere auch in Bezug auf die daraus resultierenden Folgen für die Vergütung und etwaige Rechtsschutzverfahren, Rechnung.

Satz 3 und Satz 4 regeln Übermittlungspflichten bezogen auf das vom Medizinischen Dienst zu erstellende Gutachten und die von ihm bei positivem Prüfergebnis zusätzlich auszustellende Bescheinigung. Soweit eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vereinbarte Anforderung länger als einen Monat nicht erfüllt, hat sie dies unverzüglich elektronisch den Kostenträgern sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst mitzuteilen (Satz 5). Der Medizinische Dienst hebt im Falle der Mitteilung den erteilten Bescheid sowie die Bescheinigung auf und informiert die Kostenträger sowie die jeweils zuständige Landesplanungsbehörde über die Aufhebung (Satz 6). Einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, die Leistungen in einem Zeitraum erbringt, für den ihr keine in Satz 3 genannte Bescheinigung übermittelt wurde, ist die Vereinbarung und Abrechnung entsprechender Leistungen untersagt (Satz 7). Die Vertragsparteien auf Bundesebene können Abweichendes in ihrer Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vorsehen.

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in der Regel um Krankenhäuser handelt, deren Versorgungsauftrag in der Vergangenheit ein größeres Leistungsspektrum abgedeckt hat als dasjenige, das in der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 und dem zukünftigen Versorgungsauftrag vorgesehen ist, wird dieses Prüfverfahren weniger stark gesetzlich und stattdessen mehr

vertraglich angeleitet. Dementsprechend sehen die neuen Sätze 8 und 9 vor, dass in der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 auch Regelungen getroffen werden können, die von Absatz 1 Satz 3 bis 8 abweichen.

#### Zu Buchstabe c

Die bisherige Regelung des Absatzes 11 ist unverändert geblieben. Nach dem neuen Satz 2 ist von Übermittlungen, Mitteilungen oder Informationen, die in der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 für die Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 vorgesehen sind, abzusehen, wenn die entsprechenden Angaben und Unterlagen dem jeweiligen Empfänger in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank zugänglich sind. Dies trägt zu einem bürokratiearmen Verfahren bei. Dass das Prüfergebnis mit Informationen zur Erfüllung oder Nichterfüllung der in der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 vereinbarten Anforderungen in der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund gespeichert wird, stellt § 283 Absatz 5 Satz 2 Nummer 1 sicher.

#### Zu Nummer 20b (§ 276)

Die Ergänzung des Absatzes 4a Satz 1, der die Befugnisse des Medizinischen Dienstes zum Betreten von Krankenhausräumen, zur Einsichtnahme in erforderliche Unterlagen und zur Verarbeitung erforderlicher personenbezogener Daten regelt, ist eine Folgeänderung zur Schaffung des § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 6. Die oben genannten Befugnisse gelten nunmehr auch für die Prüfaufgabe bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, wenn dies in der Vereinbarung nach § 115g vorgesehen ist.

#### Zu Nummer 20c (§ 278)

Die Änderung in Absatz 4 Satz 1 ist eine Folgeänderung zur Schaffung des § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 6. Sie bewirkt, dass sich die Berichtspflicht der Medizinischen Dienste zu ihrer Tätigkeit auch auf die Aufgabe der Prüfung bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bezieht.

#### Zu Nummer 21a (§ 280)

In Absatz 1 Satz 1 wird die Enumeration der Anwendungsfälle, bei denen die erforderlichen Mittel zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes durch Umlage der Krankenkassen aufgebracht werden, um die neue Nummer 6 des § 275a Absatz 1 Satz 1 ergänzt. Damit gilt auch für Prüfungen der Einhaltung der für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen geltenden Qualitätsanforderungen das Umlageverfahren.

#### Zu Nummer 21b (§ 283)

In Absatz 5 Satz 2 Nummer 1 werden durch die Aufnahme des Verweises auf den neuen § 275a Absatz 9a Satz 3 die in der Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 zu erfassenden Prüfergebnisse auf die Gutachten und Bescheinigungen zu den Qualitätsanforderungen bei Prüfungen sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen erstreckt.

### **Zu Artikel 10a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

#### **Zu Nummer 1 (§ 6c)**

Die Änderungen dienen der Weiterentwicklung und Klarstellung des Vergütungsrahmens für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen.

#### Zu Absatz 1

Mit der Änderung in Satz 1 wird klargestellt, dass die Ergebnisse der Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu den nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V vereinbarten Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation (Änderung zu § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V) bei der Vereinbarung auf der Ortsebene über die Vergütung für die nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 SGB V vereinbarten stationären Leistungen einer in § 115g Absatz 1 Satz 1 SGB V genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung zu berücksichtigen sind.

Die Änderungen in Satz 2 betreffen die folgenden Aspekte:

Die bislang vorgesehene Festlegung krankenhausesindividueller Tagesentgelte einschließlich der Regelungen zu ihrer Degression sowie zur Differenzierung der Tagesentgelte nach der Erbringung ärztlicher Leistungen (bisherige Nummern 2 bis 4) wird durch eine allgemeinere Regelung zu den zu vereinbarenden Entgelten ersetzt. Diese eröffnet den Vertragsparteien auf Bundesebene einen weiten Spielraum bei der Vereinbarung der näheren Einzelheiten nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 (Nummer 3). Gestrichen werden zudem die Vorgaben zur Aufteilung des Gesamtvolumens auf diese Tagesentgelte (bisherige Nummer 5) sowie zur gesonderten Vereinbarung der Pflegepersonalkosten und ihres Anteils am Gesamtvolumen (bisherige Nummer 6). Dadurch wird der Vergütungsrahmen weniger bürokratisch und flexibler ausgestaltet und ermöglicht eine sachgerechte Berücksichtigung unterschiedlicher Vergütungsstrukturen und Formen der stationären Leistungserbringung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.

Die Ergänzung des Abrechnungsverbots der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bedingt eine redaktionelle Anpassung des bestehenden Satzes 3.

Zu Absatz 2

Die Änderung stellt klar, dass das Gesamtvolumen unter Beachtung der von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten näheren Einzelheiten nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 sachgerecht zu ermitteln ist. Die bisherigen detaillierten gesetzlichen Vorgaben zur Berücksichtigung einzelner Kostenbestandteile entfallen. Dadurch wird die Ermittlung des Gesamtvolumens flexibilisiert.

Zu den Absätzen 3 und 4

Die Absätze werden ersetzt. Die bisherigen Vorgaben zur tagesbezogenen Abrechnung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte sind aufgrund der flexibleren Ausgestaltung der abrechenbaren Entgelte nicht mehr erforderlich. Stattdessen wird der bisherige Absatz 5 mit Regelungen zu den Erlösausgleichen zum neuen Absatz 3.

Es wird zudem eine Anpassung dahingehend vorgenommen, dass sich der Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen nach den Regelungen der nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 getroffenen Vereinbarung zur Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen richtet.

Der bisherige Absatz 6 wird inhaltsgleich zum neuen Absatz 4.

Zu Absatz 5

Aufgrund der Streichung bzw. Ersetzung der bisherigen Absätze 3 und 4 und der dadurch bedingten Neunummerierung wird der bisherige Absatz 7 mit Regelungen zur Abrechnung der Entgelte zum neuen Absatz 5. Die bisherige Bezeichnung der abzurechnenden Entgelte als krankenhausesindividuelle Tagesentgelte wird entsprechend der Neufassung des Absatzes 1 gestrichen. Darüber hinaus entfällt die bisherige Vorgabe zur Abrechnung vorläufiger Entgelte bis zur erstmaligen Vereinbarung und Genehmigung von Entgelten, um den Vertragsparteien auf Bundesebene eine flexiblere Ausgestaltung der Vergütung in diesem Zeitraum zu ermöglichen.

### **Zu Nummer 2 (§ 7)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 6c.

### **Zu Nummer 3 (§ 8)**

Die Änderung bewirkt, dass eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 115g SGB V Entgelte für Leistungen nicht berechnen und insofern auch nicht vereinbaren darf, für die sie die nach § 115g Absatz 3 Satz 1 SGB V maßgeblichen Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation nicht erfüllt. Damit wird die Vergütungsfähigkeit der Leistungen an die Einhaltung der für die jeweilige Leistungen maßgeblichen Anforderungen geknüpft. Die fehlende Zulässigkeit einer Vereinbarung von Leistungen ergibt sich aus den Ergebnissen einer zuvor nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V durchgeführten Prüfung der nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V vereinbarten Anforderungen durch den Medizinischen Dienst (siehe Änderung zu § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V). Die Vertragsparteien auf Bundesebene können Abweichendes in ihrer Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vorsehen.

### **Zu Nummer 4 (§ 9)**

Die Änderungen dienen der Weiterentwicklung und Klarstellung der Inhalte der nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 zu treffenden Vereinbarung über die näheren Einzelheiten der Vergütung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen. Die von den Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 zu vereinbarenden näheren Einzelheiten sind von den Vertragsparteien auf Ortsebene bei der Vereinbarung nach § 6c zu beachten und bilden insofern auch den Maßstab für die Neufassung des § 6c.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen nähere Einzelheiten zur Höhe und Ausgestaltung der abrechenbaren Entgelte und deren Weiterentwicklung vereinbaren (Buchstabe b – neu –). Die bisherigen Vorgaben zu krankenhausindividuellen Tagesentgelten einschließlich ihrer Degression sowie zur Aufteilung des Gesamtvolumens auf diese Entgelte (bisherige Buchstaben b und c) entfallen. Gleiches gilt für die Vorgaben zur näheren Ausgestaltung der zu vereinbarenden Leistungsmenge, der Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten und der Mehr- und Mindererlösausgleiche (bisheriger Buchstabe d), Vorgaben zu den bei der Ermittlung des Gesamtvolumens zu berücksichtigenden Kosten und Rechengrößen (bisheriger Buchstabe f), Vorgaben zur Dokumentation (bisheriger Buchstabe g), Regelungen zur unterjährigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen (bisheriger Buchstabe h) sowie Regelungen zu vorläufigen Tagesentgelten und deren Degression (bisherige Buchstaben i). Darüber hinaus werden die Vorgaben zur Abrechnung auf die abrechenbaren Entgelte ausgerichtet (Buchstabe f – neu –). Zudem handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 115g Absatz 3 SGB V.

### **Zu Nummer 5 bis 7 (§§ 14, 18, 21)**

Es handelt sich jeweils um Folgeänderungen zur Änderung in § 6c.

### **Zu Artikel 10b (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

Es handelt sich jeweils um eine Folgeänderung zur Änderung in § 6c KHEntgG.

## Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

Zu Artikel 1 Nummer 2a neu (§ 31 SGB V)

### *(Therapieversuch mit einem cannabishaltigen Fertigarzneimittel)*

Nach Artikel 1 Nummer 2 wird die folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. § 31 Absatz 6 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die vertragsärztliche Versorgung hat zunächst mit einem cannabishaltigen Fertigarzneimittel in der Indikation, für das es nach dem Arzneimittelgesetz zugelassen ist, im Rahmen eines Therapieversuchs zu erfolgen.“

### **Begründung**

Die Änderung dient der Konkretisierung und Weiterentwicklung der bereits mit dem Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung getroffenen Regelung in § 31 Absatz 6 Satz 2.

Mit der Regelung wird festgelegt, dass im Rahmen des Anspruchs auf Versorgung mit Cannabis nach Absatz 6 zunächst ein Therapieversuch mit einem cannabishaltigen Fertigarzneimittel in der Indikation, für das es nach dem Arzneimittelgesetz zugelassen ist, zu erfolgen hat. Der Vorrang des cannabishaltigen Fertigarzneimittels gilt somit nur innerhalb des zugelassenen Anwendungsgebiets.

Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass in den Indikationen, für die cannabishaltige Fertigarzneimittel zugelassen sind, diese gegenüber Extrakten in standardisierter Qualität oder Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon in Form von Zubereitungen grundsätzlich die zweckmäßigere Versorgungsform darstellen. Sie haben im Zulassungsverfahren ihre pharmazeutische Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nachgewiesen und unterliegen einer standardisierten Herstellung sowie einer kontinuierlichen behördlichen Überwachung. Dadurch gewährleisten sie eine gleichbleibende Produktqualität und eine verlässliche Dosierbarkeit. Cannabisextrakte in standardisierter Qualität oder andere Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon weisen als Zubereitung nicht denselben arzneimittelrechtlichen Evidenz- und Qualitätsnachweis auf wie cannabishaltige Fertigarzneimittel im Indikationsgebiet. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, zunächst die Behandlung mit einem in der jeweiligen Indikation zugelassenen cannabishaltigen Fertigarzneimittel auszuschöpfen, bevor auf Extrakte in

standardisierter Qualität oder andere Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon als Zubereitung zurückgegriffen wird.

Die Verpflichtung zur prioritären Verordnung eines cannabishaltigen Fertigarzneimittels gilt nicht für Bestandspatientinnen und Bestandspatienten, sondern nur für Patientinnen und Patienten, die für ihre aktuelle Indikation noch keine cannabishaltigen Arzneimittel verordnet bekommen haben.

Zur Weiterentwicklung der mit dem Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung getroffenen Regelung wird der bislang gesetzlich verpflichtende Zeitraum eines Therapieversuchs von sechs Monaten gestrichen und im Sinne der ärztlichen Therapiefreiheit die Länge des Therapieversuchs in das Ermessen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gestellt. Die Weiterverordnung eines nicht wirksamen oder von der behandelten Patientin oder dem behandelten Patienten nicht vertragenen cannabishaltigen Fertigarzneimittels ist nicht sachgerecht.

## Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

Zu Artikel 1, 1a, 1b, 2a, 10a bis 10l (SGB V, GKV-BStabG, SGB III, SGB IV, SGB VI, SGB XII, KSVG, AAG, KVLG 1989, ALG, AMRabG)

### *(Anpassungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes)*

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) Vor Nummer 1 wird die folgende Nummer 0 eingefügt:

„0. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 6 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 2 setzt die Bundesregierung die Jahresarbeitsentgeltgrenze im Jahr 2027 in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches gesondert in Höhe von 84 150 Euro fest.“

b) Absatz 7 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Absatz 6 Satz 2 und 3 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. Abweichend von Absatz 6 Satz 5 setzt die Bundesregierung die Jahresarbeitsentgeltgrenze im Jahr 2027 in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches gesondert in Höhe von 72 900 Euro fest.“

c) Absatz 8 wird durch den folgenden Absatz 8 ersetzt:

„(8) Abweichend von Absatz 6 Satz 5 beträgt 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 80 550 Euro. Absatz 6 Satz 2 und 3 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.“

b) Nach Nummer 2 wird die folgende Nummer 2a eingefügt:

,2a. § 35 Absatz 2 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker ist vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

c) Nach Nummer 12 wird die folgende Nummer 12a eingefügt:

,12a. § 91 Absatz 2 Satz 16 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„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 vereinbart werden, der höchstens dem Durchschnitt der nach § 71 Absatz 3 Satz 5 seit dem Beginn der letzten Amtsperiode veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsraten entspricht.“

d) Nach Nummer 14 werden die folgenden Nummern 14a und 14b eingefügt:

,14a. § 111 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(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 zum Ablauf des 29. Juli 2028 abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern, die die jeweilige bei Anwendung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 ergebende Vergütung überschreiten, bis zu der Höhe nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, die sich ergibt, wenn die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres um die Summe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate und der Hälfte der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate erhöht wird. Satz 3 gilt entsprechend für Gehälter 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 Rechtsvorschriften gebunden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2028 einen Bericht über die Auswirkungen der Regelungen in den Sätzen 3 und 4 insbesondere auf die Höhe der vereinbarten Vergütungen zwischen den Trägern der zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und den Krankenkassen, die Entwicklung der Personalkosten und der tarifbedingten oder aufgrund kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen erfolgten Vergütungssteigerungen im Verhältnis zur jeweiligen durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 sowie die wirtschaftliche Situation tarifgebundener Einrichtungen und die Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten vor. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht dem Deutschen Bundestag zu.“

14b. § 111c Absatz 3 Satz 1 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„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 zum Ablauf des 29. Juli 2028 abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern, die die jeweilige bei Anwendung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 ergebende Vergütung überschreiten, bis zu der Höhe nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, die sich ergibt, wenn die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres um die Summe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate und der Hälfte der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate erhöht wird. Satz 3 gilt entsprechend für Gehälter nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen.“

e) Nach Nummer 18 werden die folgenden Nummern 18a bis 18e eingefügt:

18a. § 130a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 130a

Rabatte der pharmazeutischen Unternehmen; Verordnungsermächtigung“.

b) Nach Absatz 1c wird der folgende Absatz 1d eingefügt:

„(1d) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erhebt für die Bearbeitung eines Antrags eines pharmazeutischen Unternehmers nach Absatz 1c Satz 1 oder 11 Gebühren. Für die Erhebung der Gebühren gelten die §§ 13 bis 21 des Bundesgebührengesetzes entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu den nach Satz 1 zu erhebenden Gebühren zu regeln.“

c) Absatz 3f Satz 9 wird gestrichen.

d) Absatz 4 Satz 1 und 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit hat nach einer Überprüfung der Erforderlichkeit der Abschläge nach den Absätzen 1 bis 1b, 2, 3a, 3e und 3f nach Maßgabe oder in entsprechender Anwendung des Artikels 4 der Richtlinie 89/105/EWG 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 Maßgabe oder in entsprechender Anwendung des Artikels 4 der Richtlinie 89/105/EWG auf Ausnahme von den nach den Absätzen 1 bis 1b, 2, 3a, 3e und 3f vorgesehenen Abschlägen entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit.“

e) Absatz 9 wird durch den folgenden Absatz 9 ersetzt:

„(9) Pharmazeutische Unternehmer können einen Antrag auf Ausnahme von den nach den Absätzen 1 bis 1b, 2 und 3a vorgesehenen Abschlägen auch für ein Arzneimittel stellen, das zur Behandlung eines seltenen Leidens nach der Verordnung (EG) Nr.

141/2000 zugelassen ist, und einen Antrag auf Ausnahme von dem nach Absatz 3f vorgesehenen Abschlag stellen. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn der Antragsteller nachweist, dass durch einen Abschlag nach den Absätzen 1 bis 1b, 2, 3a und 3f seine Aufwendungen insbesondere für Forschung und Entwicklung für das Arzneimittel nicht mehr finanziert werden.“

18b.§ 130b wird wie folgt geändert

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 wird nach der Angabe „eine“ die Angabe „von Satz 3“ eingefügt.

bb) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Erstattungsbetrag ist erstmals zum Tag drei Jahre nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff anzupassen und anschließend jährlich zum Tag und Monat des erstmaligen Inverkehrbringens eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff.“

cc) Die Sätze 9 und 10 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Vorjahreszeitraum nach Satz 7 ist jeweils der Zeitraum vom Beginn des Tages achtzehn Monate vor dem Zeitpunkt, zu dem der Erstattungsbetrag nach Satz 5 anzupassen ist, bis zum Beginn des Tages sechs Monate vor dem Zeitpunkt, zu dem der Erstattungsbetrag anzupassen ist, erstmals der Zeitraum vom Beginn des Tages achtzehn Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff bis zum Beginn des Tages dreißig Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Der Referenzjahreszeitraum nach Satz 7 Nummer 1 Buchstabe a ist der Zeitraum vom Beginn des Tages sechs Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff bis zum Beginn des Tages achtzehn Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff.“

dd) Satz 14 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„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 sowie die festgestellten Bezugsgrößen und die ermittelten Gesamtausgabenvolumina bis zum Tag einen Monat vor dem Zeitpunkt, zu dem der Erstattungsbetrag nach Satz 5 anzupassen ist, erstmals bis zum Tag fünfunddreißig Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff, zur Verfügung.“

ee) In Satz 15 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.

ff) Satz 16 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Gilt die Anpassung des Erstattungsbetrags nach Satz 3 erst nach Ablauf der in Satz 14 genannten Frist, die für den nach Satz 15 erstmals geltenden anzupassenden Erstattungsbetrag maßgeblich ist, als vereinbart, stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die in Satz 14 genannten Informationen dem pharmazeutischen Unternehmer unverzüglich nach dem Zustandekommen der Vereinbarung nach Absatz 1 oder der Festsetzung nach Absatz 4 zur Verfügung.“

- b) In Absatz 3a Satz 9 wird die Angabe „des Absatzes 1a Satz 15 oder des Absatzes 3a Satz 2, 3, 4, 5, 6 oder Satz 8“ durch die Angabe „des Satzes 2, 3, 4, 5, 6 oder 8 oder des Absatzes 1a Satz 15“ ersetzt.

18c. § 132 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(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 zum Ablauf des 29. Juli 2028 abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern, die die jeweilige bei Anwendung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 ergebende Vergütung überschreiten, bis zu der Höhe nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, die sich ergibt, wenn die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres um die Summe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate und der Hälfte der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate erhöht wird. Satz 3 gilt entsprechend für Gehälter nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen einer Vertragspartei 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.“

18d. § 132a Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen 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 zum Ablauf des 29. Juli 2028 abweichend von Satz 7 die Bezahlung von Gehältern, die die jeweilige bei Anwendung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 ergebende Vergütung überschreiten, bis zu der Höhe nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, die sich ergibt, wenn die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres um die Summe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate und der Hälfte der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate erhöht wird. Satz 8 gilt entsprechend für Gehälter nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen einer Vertragspartei 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 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.“

18e. § 132l Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(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.

§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Leistungserbringer darf bis zum Ablauf des 29. Juli 2028 abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern, die die jeweilige bei Anwendung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 ergebende Vergütung überschreiten, bis zu der Höhe nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, die sich ergibt, wenn die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres um die Summe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate und der Hälfte der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate erhöht wird. Satz 3 gilt entsprechend für Gehälter nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen oder einer 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.“

- f) Nach Nummer 19 werden die folgenden Nummern 19a bis c eingefügt:

19a. § 137e Absatz 7 Satz 6 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Abweichend von Absatz 5 Satz 1 und 2 hat der Antragsteller auf eigene Kosten eine unabhängige wissenschaftliche Institution 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.“

19b. § 137h wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 137h

Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur Einführung in die Krankenhausversorgung“.

- b) In Absatz 1 Satz 4 wird die Angabe „von Satz 1“ durch die Angabe „der Sätze 1 und 2“ ersetzt.

- c) Absatz 4 Satz 6 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen nach Satz 5 an die Qualität der Leistungserbringung in seinen Richtlinien oder Beschlüssen nach den §§ 136 bis 136b.“

19c. § 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 Ausnahmetatbestand 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 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. Die in Satz 1 genannten Sanktionen sind so auszugestalten, dass ein regelmäßiges Unterschreiten der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, in einer Vereinbarung nach Absatz 1 und in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 festgelegten verbindlichen

Pflegepersonaluntergrenzen ausgeschlossen wird. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 10 über Sanktionen nach diesem Absatz und Absatz 4b bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach der Verkündung dieses Gesetzes] zu überprüfen und anzupassen; Absatz 1 Satz 11 gilt entsprechend.““

g) Nach Nummer 20 werden die folgenden Nummern 20a bis 20c eingefügt:

20a. Nach § 223 Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Abweichend von Absatz 3 Satz 1 sind im Jahr 2027 beitragspflichtige Einnahmen bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der nach Satz 2 festgesetzten Beitragsbemessungsgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen. Die Bundesregierung setzt die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches gesondert in Höhe von 76 500 Euro fest.“

20b. § 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, im Jahr 2027 das 0,2472-fache der monatlichen Bezugsgröße, im Jahr 2028 das 0,2546-fache der monatlichen Bezugsgröße, im Jahr 2029 das 0,2697-fache der monatlichen Bezugsgröße, im 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.“

20c. § 234 Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Für Kalendertage, für die Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld besteht oder für die Beiträge nach § 251 Absatz 1 zu zahlen sind, wird Arbeitseinkommen nicht zugrunde gelegt; dies gilt nicht für Kalendertage, für die Anspruch auf teilweises Krankengeld nach § 44 Absatz 1a besteht.““

h) Nach Nummer 27 wird die folgende Nummer 27a eingefügt:

27a. § 411 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Eine höhere Vergütung darf nur durch einen prozentualen Zuschlag auf die zuletzt vereinbarte Grundvergütung vereinbart werden, der höchstens dem Durchschnitt der nach § 71 Absatz 3 Satz 5 seit dem Beginn der letzten Amtsperiode veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsraten entspricht.““

2. Nach Artikel 1 werden die folgenden Artikel 1a und 1b eingefügt:

### **Artikel 1a**

#### **Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 33 Absatz 8 Satz 3 wird die Angabe „15 Euro“ durch die Angabe „10 Euro“ ersetzt.

2. Nach § 87 Absatz 2a Satz 26 wird der folgende Satz eingefügt:

„Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist vorzusehen, dass Leistungen nach § 346 Absatz 1 Satz 1 und 4 zur Unterstützung der Versicherten bei der Verarbeitung medizinischer Daten in der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext sowie ärztliche Leistungen nach § 346 Absatz 3 zur Unterstützung der Versicherten bei der erstmaligen Befüllung der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext vergütet werden.“

3. § 223 Absatz 3 und 4 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.“

## **Artikel 1b**

### **Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1a dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 6 Absatz 6 bis 8 wird durch die folgenden Absätze 6 bis 8 ersetzt:

„(6) Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 Nummer 1 beträgt im Jahr 2027 84 150 Euro. Sie ändert sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und Bruttogehälter je Arbeitnehmer im Sinne des § 68 Absatz 2 Satz 1 des Sechsten Buches im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und Bruttogehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Abweichend von Satz 2 ist der Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze zum 1. Januar 2028 nicht die in Satz 1 genannte Jahresarbeitsentgeltgrenze zugrunde zu legen, sondern ein Ausgangswert in Höhe von 84 121, 20 Euro. Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches fest.

(7) Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2027 72 900 Euro. Absatz 6 Satz 2 und 4 gilt entsprechend. Abweichend von Satz 2 in Verbindung mit Absatz 6 Satz 2 ist der Änderung zum 1. Januar 2028 nicht die in Satz 1 genannte Jahresarbeitsentgeltgrenze zugrunde zu legen, sondern ein Ausgangswert in Höhe von 72 469,05 Euro. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für die in Satz 1 genannten Arbeiter und Angestellten in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches gesondert fest.

(8) Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt 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 80 550 Euro. Absatz 6 Satz 2 und 4 gilt entsprechend. Abweichend von Satz 2 in Verbindung mit Absatz 6 Satz 2 ist der Änderung zum 1. Januar 2028 nicht die in Satz 1 genannte Jahresarbeitsentgeltgrenze zugrunde zu legen, sondern ein Ausgangswert in Höhe von 80 521,20 Euro. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für die in Satz 1 genannten Arbeiter und Angestellten in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches gesondert fest.“

2. In § 33 Absatz 8 Satz 3 wird die Angabe „10 Euro“ durch die Angabe „15 Euro“ ersetzt.
3. § 87 Absatz 2a Satz 27 wird gestrichen.
4. § 87a Absatz 3 Satz 5 bis 20 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Mit Wirkung für das Jahr 2027 sind die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 7 um den in Punkten bewerteten 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 zu einer Veränderung der Bewertung der Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, sind die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen in Höhe der vorgenommenen Veränderung zum selben Zeitpunkt anzupassen wie die Bewertungen. 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,
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,
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 31. Dezember 2026 geltenden Fassung außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet wurden,
5. alle Leistungen, für die zum jeweiligen Zeitpunkt der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das folgende Kalenderjahr Abrechnungsdaten von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen, und
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 wurden.

Im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2027 werden die bereits nach Satz 8 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung für die Kalenderjahre ab 2019 jeweils bereinigten arztgruppenspezifischen 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 der Volumina 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 in Satz 11 genannte Punktzahlvolumen ist um die folgenden für die Kalenderjahre 2026 und 2027 vereinbarten Veränderungen anzupassen:

1. Veränderungen der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und
2. Veränderungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 2 Satz 2, soweit diese für die in Satz 7 Nummer 4 und 6 genannten Leistungen relevant sind.

Der nach Satz 2 zu vereinbarende Behandlungsbedarf 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 angehoben. Satz 12 gilt entsprechend.“

5. § 130a 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 Bruttonationaleinkommen, 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. 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.“

6. § 223 Absätze 3 und 4 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.

(4) Die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 beträgt 76 500 Euro. § 6 Absatz 6 Satz 2 und 4 gilt entsprechend. Die Bundesregierung setzt die Beitragsbemessungsgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches gesondert fest.“

3. Nach Artikel 2 wird der folgende Artikel 2a eingefügt:

### **„Artikel 2a**

#### **Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 2 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 44 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 teilweise erbringen, Anspruch auf teilweises Krankengeld in dem Umfang, in dem der 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. Die Sätze 1 und 2 finden keine Anwendung, wenn die Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 nach § 44c Absatz 3 als Feststellung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit behandelt wird.“

2. Nach § 44b wird der folgende § 44c eingefügt:

#### **„§ 44c**

##### **Teilarbeitsunfähigkeit**

(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 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.

(2) Versicherte, die ihre Arbeitsleistung teilweise erbringen möchten, müssen dem Arbeitgeber ihre Bereitschaft zu einer teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung unter Angabe des Umfangs, für den der behandelnde Arzt eine Teilarbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 festgestellt hat, und des 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) 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, indem 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) Erbringt ein Versicherter während der Dauer einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit teilweise seine Arbeitsleistung nach Absatz 1 Satz 1, ist der Arbeitgeber verpflichtet, ihm hierfür anteiliges Arbeitsentgelt zu gewähren.

(5) Ein Anspruch der Versicherten auf Einrichtung oder Anpassung eines Arbeitsplatzes zur teilweisen Erbringung der bisherigen Tätigkeit besteht nicht.

(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 1. Januar 2027.

(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 Buches, 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, der Sozialpartner sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund bis zum 1. Juli 2029 und erneut bis zum 1. Juli 2033.““

4. Nach Artikel 10 werden die folgenden Artikel 10a bis 10n eingefügt:

#### **„Artikel 10a**

#### **Änderung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes**

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 24. Juli 2026 (BGBl. I Nr. 228) wird wie folgt geändert:

1. Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe a, Nummer 17, 32 Buchstabe b, Nummer 48 Buchstabe b, Artikel 2 Nummer 3 und Artikel 7 Nummer 0a und 2 werden gestrichen.

2. Artikel 8 Absatz 2 bis 4 wird durch die folgenden Absätze 2 bis 4 ersetzt:

„(2) Artikel 1 Nummer 1, 5, 6, 7, 8, 12 Buchstabe b, Nummer 13, 16 Buchstabe b und c, Nummer 18 Buchstabe b, Nummer 20 bis 23, 31 Buchstabe a und c, Nummer 32 Buchstabe d, Nummer 33 Buchstabe b und c, Nummer 34, 37, 38, 43 Buchstabe c, Nummer 47, 62, 64 bis 66, 68 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und Buchstabe b und Nummer 69, Artikel 2 Nummer 1, Artikel 3 Nummer 1, Artikel 5 Nummer 3 und Artikel 6 Nummer 1 treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 2 und 63 treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nummer 18 Buchstabe a, Nummer 19 und 68 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa, Artikel 6 Nummer 0 und Artikel 7 Nummer 1 treten am 1. Juli 2028 in Kraft.“

## **Artikel 10b**

### **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 1a des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 347 Nummer 5 wird die Angabe „die Leistungsträger zahlen die Beiträge auch allein“ durch die Angabe „die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein“ ersetzt.

## **Artikel 10c**

### **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 2 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 35a Absatz 6a Satz 6 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„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 vereinbart werden, der höchstens dem Durchschnitt der nach § 71 Absatz 3 Satz 5 des Fünften Buches seit dem Beginn der letzten Amtsperiode veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsraten entspricht.“

2. In § 95c Absatz 2 wird die Angabe „Arbeitsunfähigkeit“ durch die Angabe „Arbeitsunfähigkeit oder Teilarbeitsunfähigkeit“ ersetzt.

## Artikel 10d

### 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 2a des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 170 Absatz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. bei Personen, die

- a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,
- b) Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,
- c) Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,
- d) Krankengeld beziehen, dessen Höhe sich nach § 47 Absatz 2a des Fünften Buches bestimmt, von den Leistungsträgern,
- e) Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8b des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,
- f) Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen
  - aa) von der Pflegekasse, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,
  - bb) von dem privaten Versicherungsunternehmen, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei ist,
  - cc) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander;

die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt; Doppelbuchstabe cc gilt entsprechend,“.

#### **Artikel 10e**

##### **Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 2d des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 32 Absatz 3a wird gestrichen.
2. § 128c Nummer 4 wird wie folgt geändert:
  - a) Buchstabe d wird gestrichen.
  - b) Die Buchstaben e bis g werden zu den Buchstaben d bis f.

#### **Artikel 10f**

##### **Weitere Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 10e dieses Gesetzes 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 Zuschlag auf den Beitragssatz 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 Zuschlags auf den Beitragssatz nach § 242b des Fünften Buches gezahlt werden.“
  - b) Die bisherigen Buchstaben d bis f werden zu den Buchstaben e bis g.

#### **Artikel 10g**

##### **Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes**

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 7c des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 16 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Der Versicherte hat an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung die Hälfte des Beitrages gemäß dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich des hälftigen Zusatzbeitrages nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu zahlen, der Beitragsanteil erhöht sich entsprechend des Zuschlags, der sich aus § 242b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt; § 220 Absatz 1 Satz 1, die §§ 223, 234 Absatz 1, die §§ 241, 242 und 242b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden Anwendung. Hat der Versicherte keinen Anspruch auf Krankengeld, ist bei der Berechnung des Beitrages anstelle des allgemeinen Beitragssatzes der ermäßigte Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zugrunde zu legen. Der Beitragsanteil für einen Kalendermonat wird am Fünften des folgenden Monats fällig. Hat der Versicherte einen Tarif nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt, so hat er daraus resultierende Prämienzahlungen an die Krankenkasse zu leisten.“

## **Artikel 10h**

### **Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes**

Das Aufwendungsausgleichsgesetz vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3686), das zuletzt durch Artikel 7a des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 1 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse erstatten den Arbeitgebern, die in der Regel ausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen, 80 Prozent

1. des für den in § 3 Absatz 1 und 2 und den in § 9 Absatz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts,
2. der auf die Arbeitsentgelte nach Nummer 1 entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und der Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, zur sozialen Pflegeversicherung und die Arbeitgeberzuschüsse nach § 172a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nach § 61 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Satz 1 gilt entsprechend für den Zeitraum, in dem ein Arbeitgeber anteiliges Arbeitsentgelt nach § 44c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt.“

## **Artikel 10i**

### **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 7 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 9 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) 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 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 Krankenkasse darf ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen übertragen.“

2. § 13 Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) § 44 Absatz 1 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.“

3. § 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 2028 dürfen sich die Verwaltungsausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkasse im Verhältnis zu 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. Für das Haushaltsjahr 2027 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die nach § 71 Absatz 3 Satz 5 für 2027 veröffentlichte durchschnittliche Veränderungsrate um einen halben Prozentpunkt verringert wird. Die Begrenzung nach den Sätzen 1 und 2 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.“

4. § 38 Absatz 5 wird gestrichen.
5. § 40 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Beiträge nach § 39 Absatz 1 Nummer 1 werden nach Beitragsklassen festgesetzt. Die Satzung bestimmt die Beitragsklassen für die versicherungspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmer nach dem Arbeitsbedarf oder einem anderen angemessenen Maßstab. Soweit Flächen nach Maßgabe von Vorschriften der Europäischen Gemeinschaft oder nach gesetzlichen Bestimmungen durch Brachlegen mit oder ohne Wechselwirtschaft stillgelegt werden, gilt der am Tag vor der Stilllegung maßgebliche Wert des jeweiligen Maßstabs. Die Satzung muss 20 Beitragsklassen vorsehen. Der Beitrag einer höheren Beitragsklasse muss den Beitrag einer darunter liegenden Beitragsklasse übersteigen; ein einheitlicher Grundbeitrag oder ein für alle oder mehrere Beitragsklassen einheitlicher Beitragsteil ist nicht zulässig. Der Beitrag der höchsten Beitragsklasse muss mindestens das Sechsfache des niedrigsten Beitrags für einen Versicherten nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 betragen und darf den sich aus Absatz 2 ergebenden Vergleichsbeitrag um nicht mehr als 10 Prozent unterschreiten. Eine Anpassung des Beitrags der höchsten Beitragsklasse unterbleibt, solange sich bei Anwendung eines neuen Vergleichsbeitrags eine Änderung um weniger als 10 Euro je Monat ergeben würde. Versicherte nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 dürfen nicht in die niedrigste Beitragsklasse eingestuft werden.“

### **Artikel 10j**

#### **Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, das zuletzt durch Artikel 10i dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 38 Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:

„(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 6 und Absatz 2 bis 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

2. 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 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nur für die höchste Beitragsklasse wirkt.“

### **Artikel 10k**

#### **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 7b des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 36 Absatz 1 Satz 1 und 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Betriebshilfe kann bei Arbeitsunfähigkeit des Versicherten erbracht werden, wenn die Leistung zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft erforderlich ist. Haushaltshilfe kann bei Arbeitsunfähigkeit des Versicherten erbracht werden, wenn die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und diese auf andere Weise nicht sicherzustellen ist.“

## **Artikel 10l**

### **Weitere Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte**

Das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, das zuletzt durch Artikel 10k dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 36 Absatz 1 Satz 1 und 2 wird 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 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 10m**

### **Änderung des Arzneimittelrabattgesetzes**

Das Gesetz über Rabatte für Arzneimittel vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262, 2275), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die pharmazeutischen Unternehmer haben den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften für verschreibungspflichtige Arzneimittel, deren Kosten diese ganz oder teilweise erstattet haben, nach dem Anteil der Kostentragung Abschläge entsprechend § 130a Absatz 1, 1a, 1b, 2, 3, 3a, 3b, 3d und 3f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu gewähren.“

2. § 4 Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Bei der Abgabe von Arzneimitteln, die der Abschlagspflicht nach § 130a Absatz 1, 1a, 2, 3, 3a, 3b oder 3f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unterliegen, an Personen, die diese nicht im Wege der Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten, haben Apotheken neben dem Abgabepreis die Pharmazentralnummer, das Abgabedatum und das Apothekenkennzeichen bei Eignung des Verordnungsblatts in maschinenlesbarer Form auf dieses zu übertragen.“

5. Artikel 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 bis 1b ersetzt:

„(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 1a bis 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(1a) Artikel 1a, Artikel 10i Nummer 3 bis 5 und Artikel 10k treten mit Wirkung vom 30. Juli 2026 in Kraft.

(1b) Artikel 1b, Artikel 10i Nummer 1 und 2 und Artikel 10j Nummer 2 treten am 1. Januar 2027 in Kraft.“

b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Artikel 10f, 10g und Artikel 10j Nummer 1 treten am 1. Januar 2028 in Kraft.“

c) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Artikel 2a, Artikel 10c Nummer 2 und Artikel 10l treten am 1. Juli 2028 in Kraft.“

6. Die Liste EU-Rechtsakte wird wie folgt geändert:

a) Vor Nummer 1 werden die folgenden Nummern 1 und 2 eingefügt:

- „1. Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme (ABl. L 040 vom 11.02.1989, S. 8),
2. Verordnung (EG) Nr. 141/2000 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 1999 über Arzneimittel für seltene Leiden (ABl. L 18 vom 22.01.2000, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/1243 vom 20. Juni 2019 (ABl. L 198 vom 25.7.2019, S. 241) geändert worden ist.“

b) Die bisherige Nummer 1 wird zu der Nummer 3.

## **Begründung**

### **Zu Nummer 1**

Zu Buchstabe a (§ 6 SGB V)

Zu § 6 Absatz 6

Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 6 im Jahr 2027 ist in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches in Höhe von 84 150 Euro festzusetzen und enthält die vom Gesetzgeber im GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz vorgesehene basiswirksame zusätzliche Anhebung um 3.600 Euro jährlich. Die gesetzliche Vorgabe dient als Ermächtigungsgrundlage zur Festsetzung dieses Wertes in der Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2027 noch vor dem 1. Januar 2027. Der zur Berechnung des Wertes für das Jahr 2027 notwendige Steigerungsfaktor (Lohnzuwachsrate) steht mittlerweile fest, so dass der Betrag der Jahresarbeitsentgeltgrenze unmittelbar in das Gesetz aufgenommen wird. Die rechnerische Herleitung dieses Wertes wird in der Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2027 und zusätzlich für den Monat ausgewiesen.

Zu § 6 Absatz 7

Mit der Regelung wird die Ermächtigungsgrundlage zur Festsetzung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 in der Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2027 noch vor dem 1. Januar 2027 geschaffen. Der zur Berechnung des Wertes für das Jahr 2027 notwendige Steigerungsfaktor (Lohnzuwachsrate) steht mittlerweile fest, so dass der Betrag der Jahresarbeitsentgeltgrenze unmittelbar in das Gesetz aufgenommen wird. Die rechnerische Herleitung dieses Wertes wird in der Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2027 und zusätzlich für den Monat ausgewiesen.

#### Zu § 6 Absatz 8

Mit der Regelung wird die Ermächtigungsgrundlage zur Festsetzung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 8 in der Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2027 noch vor dem 1. Januar 2027 geschaffen. Der zur Berechnung des Wertes für das Jahr 2027 notwendige Steigerungsfaktor (Lohnzuwachsrate) steht mittlerweile fest, so dass der Betrag der Jahresarbeitsentgeltgrenze unmittelbar in das Gesetz aufgenommen wird. Die rechnerische Herleitung dieses Wertes wird in der Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2027 und zusätzlich für den Monat ausgewiesen.

#### Zu Buchstabe b (§ 35 SGB V)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen des §§ 2 und 92 in der Fassung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes.

#### Zu Buchstabe c (§ 91 SGB V)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anpassung der in § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches vorgenommenen Klarstellung für die Zulässigkeit der Erhöhung von Vorstandsvergütungen. Mit der Änderung soll hier auch für die Dienstverträge der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses klargestellt werden, dass bei Vergütungserhöhungen auch ein geringerer Zuschlag auf die Grundvergütung als die maximal zulässige Vergütungserhöhung erfolgen kann. Im Übrigen bleibt es dabei, dass eine Aufsummierung von Veränderungsraten der Jahre der vorherigen Amtsperiode oder seit der letzten Vergütungserhöhung nicht zulässig beziehungsweise maßgeblich ist. Daneben erfolgen redaktionelle Anpassungen.

#### Zu Buchstabe d

#### Zu § 111 SGB V

Redaktionelle Anpassungen.

#### Zu § 111c SGB V

Redaktionelle Anpassungen.

#### Zu Buchstabe e

#### Zu § 130a SGB V

#### Zu Buchstabe a und b

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte soll sowohl für die Bearbeitung eines Antrags eines pharmazeutischen Unternehmens nach § 130a Absatz 1c Satz 1 auf Befreiung von dem in Absatz 1b Satz 1 geregelten Abschlag als auch für die Bearbeitung eines Antrags nach § 130a Absatz 1c Satz 11 auf Verlängerung einer solchen einem pharmazeutischen Unternehmen erteilten Befreiung Gebühren erheben können. Da das diesbezügliche Verwaltungsverfahren im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt ist, Verfahren nach dem SGB V aber vom Anwendungsbereich des Bundesgebührengesetz nicht erfasst sind und eine Änderung der Besonderen Gebührenordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) daher nicht auf das Bundesgebührengesetz gestützt werden kann, bedarf es im SGB V zum einen einer entsprechenden Gebührenregelung und zum anderen zum Zwecke der Anpassung der Besonderen Gebührenverordnung des BMG auch einer entsprechenden Verordnungsermächtigung.

#### Zu Buchstabe c bis e

Redaktionelle Anpassungen.

Zu § 130b SGB V

Redaktionelle Anpassungen.

Zu § 132 SGB V

Redaktionelle Anpassungen.

Zu § 132a SGB V

Redaktionelle Anpassungen.

Zu § 132l SGB V

Redaktionelle Anpassungen.

Zu Buchstabe f

Zu § 137e SGB V

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass die Kostentragung für solche Erprobungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag eines Medizinprodukteherstellers oder sonstigen Anbieters einer neuen Methode beschließt, von der in § 137e Absatz 5 Satz 1 und 2 geregelten Systematik abweicht.

Zu § 137h SGB V

Bei den Änderungen handelt es sich im Wesentlichen um redaktionelle Anpassungen. Dies betrifft sowohl die Änderung der Überschrift als auch die Bezugnahme auf die Informationen nach den Sätzen 1 und 2 in § 137h Absatz 1 Satz 4 und die ergänzenden Formulierungen in § 137h Absatz 4 Satz 6.

Zu § 137i SGB V

Es handelt sich um eine Klarstellung und Konkretisierung zu der bereits mit dem Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung getroffenen Anpassung des § 137i Absatz 5. Die Überprüfung und Anpassung der Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 Satz 10 über Sanktionen nach § 137i Absatz 4b und 5 (PpUG-Sanktions-Vereinbarung) zum Zwecke einer stringenteren Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen hat danach durch die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 137i Absatz 1 Satz 1 bis zum einsetzen ... [Datum zwei Monate nach der Verkündung dieses Gesetzes] zu erfolgen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass der Schiedsstellenmechanismus nach § 137i Absatz 1 Satz 11 greift, wenn eine Einigung nach § 137i Absatz 5 Satz 7 nicht zustande kommen sollte. In der PpUG-Sanktions-Vereinbarung ist sicherzustellen, dass die neue Vereinbarung ab dem Zeitpunkt des Ablaufs der o.g. Frist Wirkung entfaltet.

Zu Buchstabe g

Zu § 223 SGB V

In dem neuen Absatz 4 wird die Ermächtigungsgrundlage zur Festsetzung der Beitragsbemessungsgrenze 2027 in der Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2027 noch vor dem 1. Januar 2027 geschaffen. Der zur Berechnung des Wertes für das Jahr 2027 notwendige Steigerungsfaktor (Lohnzuwachsrate) steht mittlerweile fest, so dass der Betrag der Beitragsbemessungsgrenze unmittelbar in das Gesetz aufgenommen wird. Der Betrag enthält die vom Gesetzgeber im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene

basiswirksame zusätzliche Anhebung um 3.600 Euro jährlich. Die rechnerische Herleitung des Wertes der Beitragsbemessungsgrenze 2027 wird in der Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2027 und zusätzlich für den Monat ausgewiesen.

Zu § 232a SGB V

Redaktionelle Änderung.

Zu § 234 SGB V

Rechtsförmliche Korrektur des Änderungsbefehls im GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz.

Zu Buchstabe h

Zu § 411 SGB V

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anpassung der in § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches vorgenommenen Klarstellung für die Zulässigkeit der Erhöhung von Vorstandsvergütungen. Mit der Änderung soll klargestellt werden, dass bei Vergütungserhöhungen auch ein geringerer Zuschlag auf die Grundvergütung als die maximal zulässige Vergütungserhöhung erfolgen kann. Daneben erfolgen redaktionelle Anpassungen.

## **Zu Nummer 2**

### **Zu Artikel 1a (Weitere Änderung des SGB V)**

Zu Nummer 1 (§ 33 SGB V)

Die mit dem GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz vorgenommene Anhebung der monatlichen Zuzahlungsobergrenze für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel von bisher höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf auf höchstens 15 Euro soll erst ab dem 1. Januar 2027 gelten. Daher wird für das Jahr 2026 wieder eine Zuzahlungsobergrenze in Höhe von 10 Euro normiert. In einer weiteren Regelung wird deren Anhebung auf 15 Euro ab dem 1. Januar 2027 vorgenommen.

Zu Nummer 2 (§ 87 SGB V)

Die Regelung, die bis zum Ablauf des 29. Juli 2027 als dem Tag der Verkündung des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) inhaltsgleich in § 87 Absatz 2a Satz 25 und 26 enthalten war, wurde durch eine Änderung des § 87 Absatz 2a im GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz gestrichen, die aufgrund eines Redaktionsversehens bereits am Tag nach der Verkündung des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes in Kraft getreten ist (vgl. dessen Artikel 8 Absatz 2), während die Regelung richtigerweise noch bis zum 31. Dezember 2026 gelten soll. Um die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte wie die der entsprechenden vertragszahnärztlichen und Krankenhausleistungen bis zum 31. Dezember 2026 zu gewährleisten, ist eine entsprechende Regelung aufzunehmen und rückwirkend in Kraft treten.

Zu Nummer 3 (§ 223 SGB V)

Rechtssystematische Anpassung. Artikel 1 Nummer 61 des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes soll erst zum 1. Januar 2027 in Kraft treten (siehe Regelung in Artikel 1b Nummer 6). Bis dahin gilt die bisherige Fassung des § 223 Absatz 3.

### **Zu Artikel 1b (Weitere Änderung des SGB V)**

#### Zu Nummer 1 (§ 6 SGB V)

Die bereits in Artikel 1 Nummer 5 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes geregelte basiswirksame zusätzliche Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6 wird nunmehr betragsmäßig unmittelbar in das Gesetz aufgenommen, weil der zur Berechnung des Wertes für das Jahr 2027 notwendige Steigerungsfaktor (Lohnzuwachsrate) mittlerweile feststeht. Darüber hinaus wird der ungerundete Ausgangswert zur Fortschreibung des Wertes im Jahr 2028 gesetzlich geregelt.

Die Beträge der Jahresarbeitsentgeltgrenzen nach § 6 Absatz 7 und 8 werden ebenfalls betragsmäßig unmittelbar in das Gesetz aufgenommen, weil der zur Berechnung des Wertes für das Jahr 2027 notwendige Steigerungsfaktor (Lohnzuwachsrate) mittlerweile feststeht. Für beide wird ebenfalls jeweils der ungerundete Ausgangswert für ihre Fortschreibung im Jahr 2028 gesetzlich geregelt.

#### Zu Nummer 2 (§ 33 SGB V)

Mit der Regelung wird die monatliche Zuzahlungsobergrenze für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel ab dem 1. Januar 2027 auf 15 Euro angehoben.

Die Anhebung erfolgt spiegelbildlich zur Anhebung der übrigen Zuzahlungsgrenzen nach § 61 zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2027. Hierdurch wird ein Gleichklang der Zuzahlungsregelung innerhalb des Fünften Buches sichergestellt.

#### Zu Nummer 3 (§ 87 SGB V)

Der mit Artikel 1a Nummer 2 eingefügte Satz soll nur bis zum 31. Dezember 2026 gelten und wird daher mit Nummer 2 mit Wirkung zu diesem Datum wieder gestrichen.

Die Regelung dient der Gewährleistung eines Gleichlaufs der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen mit der Vergütung der entsprechenden vertragszahnärztlichen und Krankenhausleistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte bis zum 31. Dezember 2026 und wird nach Ablauf dieses Datums gestrichen.

#### Zu Nummer 4 (§ 87a SGB V)

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. Dies betrifft die Rückführung der im Zeitraum ab dem Kalenderjahr 2019 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.

Im Übrigen werden redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Zu Nummer 5 (§ 130a Absatz 2)

Redaktionelle Anpassungen.

Zu Nummer 6 (§ 223)

Artikel 1 Nummer 61 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes sollte erst zum 1. Januar 2027 in Kraft treten. Dies wird hiermit geregelt.

### **Zu Nummer 3**

#### **Zu Artikel 2a (Weitere Änderung des SGB V)**

Zu Nummer 1 (§ 44 SGB V)

Im Vergleich zur Regelung im GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz wurde mit der Einfügung von Satz 3 eine Störfalllösung aufgenommen. Satz 3 regelt klarstellend für den Fall, dass ein Fall des § 44c Absatz 3 eintritt, dass die Sätze 1 und 2 dann keine Anwendung finden, mit der Folge, dass in den Fällen des § 44c Abs. 3 der volle Krankengeldanspruch besteht.

Zu Nummer 2 (§ 44c SGB V)

Im Vergleich zur Regelung im GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz wurden notwendige rechtsförmliche Anpassungen vorgenommen.

### **Zu Nummer 4**

#### **Zu Artikel 10a (Änderung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes)**

Zu Nummer 1

Die zur Einführung der Teil-Arbeitsunfähigkeit erlassenen Regelungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe a und 17 werden gestrichen, da die dort enthaltenen Regelungen zu §§ 44 Absatz 1a und 44c des Fünften Buches mit diesem Gesetz redaktionell leicht angepasst mit Inkrafttreten am 1. Juli 2028 neu erlassen werden.

Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe b des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes entfällt aufgrund der Neuregelung von § 87a des Fünften Buches in diesem Gesetz.

Artikel 1 Nummer 48 Buchstabe b des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes entfällt aufgrund der Neuregelung von § 130a Absatz 2 des Fünften Buches in diesem Gesetz.

Artikel 2 Nummer 3 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes wird aufgrund der Neuregelung mit diesem Gesetz gestrichen.

Aufgrund einer Korrektur der mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verfolgten Änderung des § 9 Absatz 5 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in Artikel 10j Nummer 1 dieses Gesetzes wird Artikel 7 Nummer 0a des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes gestrichen.

Aufgrund der inhaltsgleichen Änderung des § 18a des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in Artikel 10j Nummer 3 dieses Gesetzes und dessen rückwirkenden Inkrafttretens wird die entsprechende Regelung in Artikel 7 Nummer 2 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes gestrichen.

Zu Nummer 2 (Artikel 8 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes)

Zu Absatz 2

Das Inkrafttreten von Artikel 1 Nummer 7 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (Änderung von § 10 Absatz 6 des Fünften Buches) wird auf den 1. Januar 2027 vorverlegt.

Da Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe b des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (§ 87a Absatz 3 Satz 5 bis 20 des Fünften Buches) nunmehr im Rahmen dieses Gesetzes durch Artikel 1b Nummer 3 geregelt wird und dessen Inkrafttreten durch Artikel 11, erfolgt hier eine Streichung.

Das Inkrafttreten der Regelungen in Artikel 1 Nummer 68 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und in Artikel 6 Nummer 1 wird auf den 1. Januar 2027 korrigiert.

Infolge der Streichung von Artikel 7 Nummer 0a des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes bedarf auch dessen Inkrafttreten keiner Regelung mehr und wird gestrichen.

Zu Absatz 3

Das Inkrafttreten von Artikel 1 Nummer 7 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (Änderung von § 10 Absatz 6 des Fünften Buches) wird in Artikel 8 Absatz 2 auf den 1. Januar 2027 vorverlegt. Dessen Nennung in Artikel 8 Absatz 2 wird daher gestrichen.

Die Regelung des Inkrafttretens von Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe a, 17, 18 Buchstabe a, 19 und 68 Buchstabe a des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes zum 1. Januar 2028 wird gestrichen, da die in Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe a und 17 enthaltenen Regelungen zu §§ 44 Absatz 1a und 44c des Fünften Buches mit diesem Gesetz redaktionell leicht angepasst mit Inkrafttreten am 1. Juli 2028 neu erlassen werden. Im Übrigen wird das Inkrafttreten von Artikel 1 Nummern 18 Buchstabe a, 19 und 68 Buchstabe a auf andere Zeitpunkte verschoben.

Infolge der Streichung von Artikel 7 Nummer 2 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes bedarf auch dessen Inkrafttreten keiner Regelung mehr und wird gestrichen.

Zu Absatz 4

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 18 Buchstabe a, 19 und 68 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa sowie in Artikel 6 Nummer 0 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vom 1. Juli 2027 auf den 1. Juli 2028 verschoben.

Artikel 7 Nummer 1 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes soll ebenfalls erst zum 1. Juli 2028 in Kraft treten. Es bedarf der Aufnahme des Verweises auf § 44 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Teilkrankengeldanspruch) erst zum 1. Juli 2028. Der Verweis auf § 44 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Beratungsanspruch) soll bereits zum 1. Januar 2027 gelten, da Artikel 1 Nummer 16

Buchstabe c des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (§ 44 Absatz 4 SGB V) zu diesem Zeitpunkt in Kraft tritt. Es bedarf hierzu einer gesonderten Regelung, die in Artikel 15 Nummer 2 verfolgt wird.

#### **Zu Artikel 10b (Änderung des SGB III)**

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Im Rahmen der letzten Änderung wurde irrtümlich die Angabe „zahlen“ eingefügt, obwohl es sich eindeutig um eine Regelung zur Tragung der Beiträge handelt. Dies wird mit dieser Änderung korrigiert.

#### **Zu Artikel 10c (Änderung des SGB IV)**

Zu Nummer 1 (§ 35a SGB IV)

Mit der Änderung soll klargestellt werden, dass bei Vergütungserhöhungen auch ein geringerer Zuschlag auf die Grundvergütung als die maximal zulässige Vergütungserhöhung erfolgen kann. Daneben erfolgen redaktionelle Anpassungen.

Zu Nummer 2 (§ 95c SGB IV)

Rechtsförmliche Korrektur des Änderungsbefehls aus Artikel 2 Nummer 2 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, der zum 1. Juli 2028 in Kraft tritt.

#### **Zu Artikel 10d (Änderung des SGB VI)**

Es handelt sich um eine klarstellende rechtsförmliche Korrektur, die aufgrund der Änderung des § 170 Absatz 1 Nummer 2 durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz notwendig geworden ist.

#### **Zu Artikel 10e (Änderung des SGB XII)**

Zu Nummer 1 (§ 32 SGB XII)

Da der Zuschlag auf den Beitragssatz nach § 242b SGB V erst zum 1. Januar 2028 eingeführt wird, wird zur Herstellung des zeitlichen Gleichlaufs mit dem SGB V die durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingefügte Regelung zur Berücksichtigung des Zuschlags im SGB XII zunächst gestrichen.

Zu Nummer 2 (§ 128c SGB XII)

Folgeänderung aufgrund der vorübergehenden Streichung in § 32 SGB XII.

#### **Zu Artikel 10f (Weitere Änderung des SGB XII)**

Zu Nummer 1 (§ 32 SGB XII)

Mit der Einführung des Zuschlags auf den Beitragssatz zum 1. Januar 2028 wird die Regelung zu dessen Berücksichtigung im SGB XII zeitgleich wieder aufgenommen.

Zu Nummer 2 (§ 128c SGB XII)

Folgeänderung zur zeitgleichen Einführung des Zuschlags nach § 242b SGB V und der Regelung zu dessen Berücksichtigung nach § 32 SGB XII zum 1. Januar 2028.

#### **Zu Artikel 10g (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)**

Folgeänderung zur Einführung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner in § 242b SGB V. Die Aufnahme von § 242b SGB V in § 16 KSVG stellt klar, dass über die Künstler-sozialkasse Versicherte auch hinsichtlich des ab 1. Januar 2028 geltenden Beitragszuschlages für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner, soweit dieser anfällt, verpflichtet sind diesen an die Künstlersozialkasse zu zahlen.

#### **Zu Artikel 10h (Änderung des Aufwendungsausgleichgesetzes)**

Die Änderung des AAG erfolgt aufgrund notwendiger rechtsförmlicher Korrekturen, die aufgrund der Anpassung des AAG durch das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz notwendig geworden sind. Inhaltliche Änderungen sind damit nicht verbunden.

#### **Zu Artikel 10i (Änderung des KVLG 1989)**

##### **Zu Nummer 1**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe c des Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 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 2**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe c des Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 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.

##### **Zu Nummer 3**

Die Regelungen des § 4 Absatz 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 Versichertenanzahl 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. Für das Jahr 2027 wird dementsprechend eine um einen halben Prozentpunkt verringerte Veränderungsrate angewendet. 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 4

§ 38 Absatz 5 wird aufgrund eines fehlerhaften Inkrafttretens rückwirkend zum 30. Juli 2026 gestrichen. Die Beitragszuschlagserhebung der landwirtschaftlichen Krankenkasse für familienversicherte Ehegatten soll – analog zu der Zuschlagserhebung in der allgemeinen Krankenversicherung – erst ab 2028 gelten.

Zu Nummer 5

Die Fassung des § 40 Absatz 1 KVLG 1989 vor Änderung durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird wiederhergestellt. Die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verfolgte Ergänzung des Satzes 9 soll erst zum 1. Januar 2027 in Kraft treten.

### **Zu Artikel 10j (Weitere Änderung des KVLG 1989)**

Zu Nummer 1

Die Beitragspflicht für familienversicherte Ehegatten oder Lebenspartner wird auch für in der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung familienversicherte Ehegatten oder Lebenspartner von Rentenantragstellern, Altenteilern, freiwilligen Mitgliedern sowie von besonderen Personengruppen nach § 43 KVLG 1989 nachvollzogen.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1b Nummer 6 (§ 223 Absatz 3 und 4 SGB V). Durch die Koppelung des Beitrages in der höchsten Beitragsklasse 20 der Landwirtschaftlichen Krankenkasse für landwirtschaftliche Unternehmerinnen und Unternehmer und freiwillig Versicherte an den Vergleichsbeitrag nach § 40 Absatz 2 KVLG 1989, wirkt eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Allgemeinen Krankenversicherung auch auf die Beitragserhebung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse in der Beitragsklasse 20.

Analog zur Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Krankenversicherung sollen sich nur die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler mit einem hohen Einkommen stärker an der Finanzierung der Solidargemeinschaft beteiligen. Mit der Regelung wird sichergestellt, dass die Erhöhung nur für den der höchsten Beitragsklasse zugeordneten Personenkreis wirkt.

Als Anhebungsbetrag ist der in der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 4 Satz 1 SGB V enthaltene Erhöhungsbetrag von 3.600 Euro zu berücksichtigen.

### **Zu Artikel 10k (Änderung des ALG)**

Die Fassung des § 36 Absatz 1 ALG vor Änderung durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird wiederhergestellt. Die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verfolgte Änderung soll erst zum 1. Juli 2028 in Kraft treten.

## **Zu Artikel 10l (Weitere Änderung des ALG)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 2a Nummer 2 (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 10m (Änderung des AMRabG)**

Zu Nummer 1 und Nummer 2

Folgeänderung zur Regelung des § 130a Absatz 3f SGB V im Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung. 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. Dieser Abschlag ist auch den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften für verschreibungspflichtige Arzneimittel, deren Kosten diese ganz oder teilweise erstattet haben, nach dem Anteil der Kostentragung entsprechend zu gewähren.

Entsprechend wird § 4 um Abschlüsse nach Absatz 3f ergänzt.

## **Zu Nummer 5 (Artikel 11 des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung)**

Zu Buchstabe a (Absätze 1 bis 1b)

Zu Absatz 1

Artikel 11 Absatz 1 wird wegen der eingefügten Artikel sprachlich angepasst.

Zu Absatz 1a

In dem neuen Absatz 1a wird geregelt, dass die Artikel 1a (Weitere Änderung des SGB V), 10i Nummer 3 bis 5 (Änderung des KVLG 1989) und Artikel 10k (Änderung des ALG) mit Wirkung vom 30. Juli 2026 in Kraft treten.

Zu Absatz 1b

In dem neuen Absatz 1b wird geregelt, dass die Artikel 1b (Weitere Änderung des SGB V), 10i Nummer 1 und 2 (KVLG 1989) und Artikel 10j Nummer 2 (Weitere Änderung des KVLG 1989) am 1. Januar 2027 in Kraft treten.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 2a

Artikel 10f (Weitere Änderung des SGB XII), 10g (Änderung des KSVG) und 10j Nummer 1 (Weitere Änderung des KVLG 1989) treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

Artikel 10g enthält eine Folgeänderung in § 16 Künstlersozialversicherungsgesetz zum neuen Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner, die gemeinsam mit den Regelungen zum neuen Beitragszuschlag am 1. Januar 2028 in Kraft treten soll.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 3

Artikel 2a (Weitere Änderung des SGB V), Artikel 10c Nummer 2 (Änderung des SGB IV) und Artikel 10l (Weitere Änderung des ALG) treten am 1. Juli 2028 in Kraft.

**Zu Nummer 6**

Es handelt sich um eine Ergänzung der Liste EU-Rechtsakte.