Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

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

A. Problem und Ziel

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht vor enormen finanziellen Herausforderungen. Seit Ende 2023 hat sich die finanzielle Lage der GKV erheblich verschlechtert. Im Jahr 2024 wiesen die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds ein Defizit von insgesamt knapp 10 Milliarden Euro aus. Trotz hohen Beitragssatzsteigerungen zu Beginn des Jahres 2025 liegen die Rücklagen der Krankenkassen weiterhin unterhalb der gesetzlichen Mindestreserve. Nur mithilfe eines Bundesdarlehens konnte ein Absinken der Liquidität des Gesundheitsfonds unter die gesetzliche Mindestreserve vermieden werden.

Die dramatische Finanzlage der GKV hat in den vergangenen Jahren zu historisch starken Anstiegen der Zusatzbeitragssätze geführt. Während der durchschnittlich erhobene Zusatzbeitragssatz im Jahr 2022 noch bei rund 1,4 Prozent lag, hat er sich bis 1. Januar 2025 auf etwa 2,9 Prozent mehr als verdoppelt. Nur mit einem kurzfristig erarbeiteten Maßnahmenpaket der neuen Bundesregierung im Umfang von bis zu rund 10 Milliarden Euro konnte der durchschnittliche ausgabendeckende Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2026 auf diesem Niveau gehalten werden.

Die Finanzwirkung dieses Maßnahmenpakets ist überwiegend auf das Jahr 2026 begrenzt. Da die Ausgaben der GKV weiterhin deutlich stärker steigen als die Einnahmen, wäre ohne strukturell wirkende Maßnahmen für die kommenden Jahre wieder mit einem deutlichen Anstieg der Zusatzbeitragssätze zu rechnen.

Hauptursache hierfür ist eine extrem beschleunigte Ausgabenentwicklung, die deutlich oberhalb der Zuwächse bei den Einnahmen liegt: Die Ausgaben steigen derzeit um knapp 8 Prozent pro Jahr und damit etwa doppelt so stark wie im Durchschnitt der 2010er Jahre. Preis-, Lohn- und Vergütungssteigerungen haben sich damit in vielen Bereichen des Gesundheitswesens von der Einnahmenentwicklung in der GKV entkoppelt.

Demgegenüber sind die Beitragseinnahmen im Jahr 2025 nur um rund 5 Prozent gestiegen. Aufgrund des steigenden Durchschnittsalters der Bevölkerung und einer stagnierenden Beschäftigungsentwicklung ist damit zu rechnen, dass sich die Einnahmenzuwächse künftig abschwächen werden. Die beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV werden mittelfristig voraussichtlich nur noch entsprechend der erwarteten gesamtwirtschaftlichen Lohnzuwächse in Höhe von rund 3 Prozent pro Jahr steigen.

Das Ergebnis ist eine anwachsende strukturelle Deckungslücke zwischen Einnahmen und Ausgaben, die über weiter steigende Zusatzbeiträge der Krankenkassen ausgeglichen werden müsste. Bereits für das Jahr 2027 ist nach aktuellem Stand von einer Deckungslücke in Höhe von rund 15 Milliarden Euro auszugehen. Dies entspräche einem Anstieg der Zusatzbeitragssätze um 0,75 Prozentpunkte. Bis 2030 könnte die Deckungslücke auf rund 40 Milliarden Euro ansteigen. Die Zusatzbeitragssätze würden auf rund 4,7 Prozent steigen, der Gesamtbeitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung also auf bis zu 19,3 Prozent. Eine solche Reduktion der Nettoeinkommen der Beschäftigten bei gleichzeitiger Er-

höhung der Arbeitskosten und der damit einhergehenden Beeinträchtigung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft gefährdet die weitere wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland. Weitere Belastungen sind daher zwingend zu vermeiden. Dafür sind ambitionierte Reformen unumgänglich.

B. Lösung

Um die Finanzierungsgrundlagen der GKV zukunftssicher aufzustellen und die Beitragssätze ab dem Jahr 2027 dauerhaft zu stabilisieren, hat die vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte FinanzKommission Gesundheit (FKG) am 30. März 2026 umfassende Empfehlungen ausgesprochen. Die Empfehlungen sind geeignet, das hohe Ausgabenwachstum ohne Einschränkungen der Versorgungsqualität zu senken und die vorhandenen Mittel effizienter einzusetzen. Unter Berücksichtigung dieser Empfehlungen wird mit diesem Gesetzentwurf ein breit angelegtes Maßnahmenpaket zur Stabilisierung der GKV-Finanzen vorgelegt.

Für die Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV müssen die sehr hohen Zuwächse bei den Ausgaben wieder in Einklang mit der Einnahmenentwicklung gebracht werden (einnahmenorientierte Ausgabenpolitik). Daher liegt der Fokus des Maßnahmenpakets auf der Reduktion der Ausgabendynamik der GKV. Zukünftig ist ein effizienter und zielgerichteter Einsatz der Beitragsmittel in allen Bereichen des Gesundheitswesens zwingend erforderlich. Die in den letzten fünf bis sieben Jahren sehr hohen Vergütungssteigerungen in allen Bereichen des Gesundheitswesens werden auf ein Maß begrenzt, das den Lohn- und Einkommenszuwächsen in der Gesamtwirtschaft entspricht und gleichzeitig die Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Sektoren stärkt. Gleichzeitig wird ein hohes Leistungsniveau und eine hohe Versorgungsqualität beibehalten.

Die hohen prognostizierten Deckungslücken von bis zu 40 Milliarden Euro im Jahr 2030 erfordern einen substantiellen Beitrag aller Beteiligten im Gesundheitswesen. Sowohl Leistungserbringer, Hersteller und Krankenkassen, Beitragszahlerinnen und Betragszahler, Versicherte sowie Patientinnen und Patienten müssen einen angemessenen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung leisten. Die enormen Herausforderungen können nur in einer gemeinsamen Kraftanstrengung unter Einbezug aller Beteiligten bewältigt werden.

Auf Seiten der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, wie etwa der Vertragsärztinnen und -ärzte und der Krankenhäuser, ist eine dauerhafte und regelhafte Begrenzung der Vergütungs- und Preisanstiege auf die jeweilige Kostenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen mit der Einnahmenentwicklung der GKV als fester Obergrenze unabdingbar. Die rechnerische Obergrenze bildet dabei die Grundlohnrate, also die jährliche Veränderungsrate der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied. Dabei müssen alle Ausgaben in einem angemessenen Verhältnis zum jeweiligen Nutzen für die Patientinnen und Patienten stehen. Nicht zielgenaue, kostenintensive Sondervergütungen und Doppelfinanzierungen, die nicht nachweislich zu einer besseren Versorgung der Versicherten führen, werden abgeschafft. Fehlanreize und Ungleichbehandlungen über verschiedene Bereiche mit Kostenfolgen für die GKV werden konsequent abgebaut.

Auch die Preis- und Vergütungssteigerungen aller Leistungserbringer im Gesundheitswesen, darunter insbesondere Vertragszahnärzte, Heilmittelerbringer, Hebammen, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Rettungsdienste und Krankentransportunternehmen, Unternehmen der medizinischen Behandlungspflege und Hersteller von Hilfsmitteln sowie die Verwaltungskostenanstiege der Krankenkassen werden auf die jeweilige Kostenentwicklung mit der Grundlohnrate als feste Obergrenze begrenzt. Somit werden die Ausgabenanstiege auf die jährlichen Einnahmenzuwächse der GKV begrenzt. Die derzeitige vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen auch über die Grundlohnrate hinaus kann daher ebenfalls nicht fortgeführt werden. Durch einen ergänzenden dynamischen Herstellerabschlag für die Hersteller von Arzneimitteln, dessen Höhe von der Entwicklung der

Arzneimittelausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen abhängt, wird auch ein nachhaltiger und auf das notwendige Maß begrenzter Beitrag der pharmazeutischen Industrie zur Stabilisierung der GKV-Finanzen sichergestellt.

Bei den gesetzlichen Krankenkassen werden die Verwaltungskosten je Versicherten ebenfalls an die Einnahmeentwicklung der GKV angebunden und die Werbeausgaben je Mitglied auf 0,075 Prozent der monatlichen Bezugsgröße je Mitglied gemäß § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) halbiert. Begrenzende Regelungen für Vorstandsvergütungen werden auf weitere Körperschaften des öffentlichen Rechts der Selbstverwaltung ausgeweitet. Ergänzend werden die Vergütungen für außertariflich beschäftigte Führungskräfte unterhalb der Ebene des Vorstands dieser Körperschaften begrenzt.

Wenngleich die Ausgabenseite der GKV in besonderem Maße zur hohen Deckungslücke in der GKV beiträgt, können stabile Beitragssätze in der GKV nicht ausschließlich über die Ausgabenseite sichergestellt werden. Das vorliegende Maßnahmenpaket nimmt daher auch die Einnahmenseite der GKV in den Blick.

Der pauschale Beitragssatz der Arbeitgeber für geringfügig Beschäftigte wird auf den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes erhöht. Im Jahr 2027 wird zudem einmalig die monatliche Beitragsbemessungsgrenze um rund 300 Euro zusätzlich angehoben. So stärken wir die Beitragsgerechtigkeit und generieren einen solidarischen Beitrag von Arbeitgebern und Personen mit höheren Einkommen zum Reformpaket.

Für eine solidarische Beteiligung an den Aufwendungen der GKV wird die beitragsfreie Familienversicherung begrenzt auf Ehepartner und eingetragene Lebenspartner mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, mit zu pflegenden Angehörigen sowie nach Erreichen der Regelaltersgrenze. In anderen Fällen zahlen Mitglieder mit derzeit beitragsfrei mitversicherten Ehegatten künftig einen Beitragszuschlag in Höhe von 3,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bleibt vollumfänglich erhalten.

Die seit über 20 Jahren nicht angepassten Zuzahlungsgrenzen und -beträge werden entsprechend der seither erfolgten durchschnittlichen Lohn- und Gehaltssteigerung sowie künftig entsprechend mit der Entwicklung der Grundlohnrate fortgeschrieben. Finanzielle Überforderung wird auch weiterhin durch eine Begrenzung der zu leistenden Zuzahlungen auf zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (bei chronisch Kranken ein Prozent) verhindert. Im Bereich des Krankengeldes werden Missbrauchspotenziale und Fehlanreize beseitigt.

Angesichts der enormen Finanzierungslücken können moderate Leistungsanpassungen und ein Beitrag der Versicherten sowie Patientinnen und Patienten nicht vermieden werden. Vor dem Hintergrund des im internationalen Vergleich verhältnismäßig hohen Absicherungsniveaus durch die Lohnfortzahlung und Krankengeldleistungen erscheint eine Absenkung der Höhe des Krankengeldes um 5 Prozentpunkte geboten und vertretbar. Zudem werden die Festzuschüsse für Zahnersatz auf das bereits bis 2020 geltende Niveau reduziert. Gleichzeitig wird die Regelung für Härtefälle angepasst, so dass für Härtefälle weiterhin ein Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent gilt.

Auch der Bund leistet einen Beitrag zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV durch eine Verschiebung der Rückzahlung der in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten Darlehen von insgesamt 5,6 Milliarden Euro. Diese sind nun in den Jahren 2035 bis 2039 zurückzuzahlen.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Kommunen

Durch die Verschiebung der Rückzahlungsfrist der in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten Darlehen entstehen dem Bund Mindereinnahmen von jeweils 1 Milliarde Euro in den Jahren 2029 bis 2032 und von 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2033 sowie entsprechende Mehreinnahmen von jeweils 1 Milliarde Euro in den Jahren 2035 bis 2038 und von 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2039.

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

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

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch den Gesetzentwurf wird die GKV durch Mehreinnahmen und Minderausgaben in Höhe von insgesamt rund 20 Milliarden Euro im Jahr 2027 aufwachsend auf bis zu rund 42 Milliarden Euro im Jahr 2030 entlastet, die sich wie folgt verteilen:

	Angaben in Milliarden Euro			
	2027	**2028**	**2029**	**2030**
Deckungslücke für einen stabilen Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,9 Prozent	15,3	21,5	31,9	40,4
Gesamtentlastung durch den Gesetzentwurf	**19,6**	**27,5**	**35,6**	**42,8**
davon:				
Minderausgaben	***15,6***	***21,3***	***29,2***	***36,3***
davon:				
Leistungserbringer, Hersteller, Krankenkassen	**11,8**	**17,3**	**24,0**	**30,9**
darunter:				
Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik	4,9	9,8	15,7	21,0
Streichung Sondervergütungen	3,5	3,8	4,0	4,3
Sonstige Maßnahmen	3,4	3,7	4,3	5,6
Patientinnen und Patienten	**3,8**	**4,0**	**4,2**	**4,4**
darunter:				

Leistungsanpassungen	1,9	2,0	2,1	2,2
Zuzahlungen	1,9	2,0	2,1	2,2
Bund (Verschiebung Rückzahlung Darlehen)			**1,0**	**1,0**
Mehreinnahmen	***4,0***	***6,2***	***6,3***	***6,5***
davon:				
Arbeitgeber	**2,8**	**2,8**	**2,9**	**3,0**
darunter:				
Beitrag für geringfügig Beschäftigte	1,6	1,6	1,7	1,7
Anhebung Beitragsbemessungsgrenze	1,2	1,2	1,2	1,3
Mitglieder	**1,2**	**3,4**	**3,4**	**3,5**
darunter:				
Anhebung Beitragsbemessungsgrenze	1,2	1,2	1,2	1,3
Anpassung beitragsfreie Mitversicherung	0	2,2	2,2	2,2

Das geschätzte Entlastungsvolumen des Maßnahmenpakets liegt in allen vier Jahren oberhalb der prognostizierten Deckungslücke. Dieser Sicherheitspuffer ist erforderlich, um steigende Beitragssätze und die damit verbundenen Zusatzbelastungen der Mitglieder und Arbeitgeber mit Sicherheit auszuschließen und Planungssicherheit zu schaffen. Sowohl ausgaben- wie einnahmenseitig bestehen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch erhebliche Risiken bestehen, dass die Deckungslücken höher ausfallen als prognostiziert. Bereits eine höhere Ausgabendynamik von nur 1 Prozentpunkt in 2026 oder 2027 gegenüber der hier zugrunde gelegten Prognose führt (bei Gesamtausgaben von rund 400 Mrd. Euro) zu höheren Ausgaben von rund 4,0 Milliarden Euro. Auch einnahmenseitig bestehen angesichts der geopolitischen und weltwirtschaftlichen Entwicklungen Risiken. Zudem sind die geschätzten Finanzwirkungen vieler Maßnahmen naturgemäß mit Unsicherheiten verbunden, da sie beispielsweise auch von der konkreten Umsetzung der Selbstverwaltung oder den Reaktionen der betroffenen Akteure abhängen. Ein moderater Sicherheitspuffer gewährleistet, dass der durchschnittlich ausgabendeckende Zusatzbeitragssatz stabil bleiben kann – trotz etwaiger Mehrausgaben oder Mindereinnahmen im weiteren Jahresverlauf oder geringerer (als der geschätzten) Einsparbeträge bei einzelnen Maßnahmen. Sollten diese Risiken nicht eintreten, wäre eine geringfüge Absenkung des durchschnittlichen ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatzes möglich.

Der größte Teil des Entlastungsvolumens dieses Gesetzes wird mit 12 Milliarden Euro (60 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) im Jahr 2027 aufwachsend auf 31 Milliarden Euro im Jahr 2030 (72 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) durch Begrenzungen der Vergütungsanstiege und Einsparungen im Bereich der Leistungserbringer, Hersteller und Krankenkassen erbracht. Durch die zentrale Begrenzung der Vergütungs- und Preisanstiege auf die jeweilige Kostenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen mit der Einnahmenentwicklung der GKV (Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied - Grundlohnrate) als fester Obergrenze erzielt die GKV Einsparungen in 2027 in Höhe von rund 4,9 Milliarden Euro aufwachsend auf bis zu rund 21 Milliarden Euro in 2030. Damit gehen allein ein Viertel der Gesamtentlastung der GKV in 2027 bis die Hälfte der Gesamtentlastung der GKV in 2030 auf die (Wieder-)Einführung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zurück. Dies verdeutlicht, dass Beitragssatzstabilität in der GKV ohne diese zentrale Maßnahme in allen Leistungsbereichen nicht erreichbar ist.

Der Beitrag der Patientinnen und Patienten aufgrund von moderaten Leistungsanpassungen und einer nachholenden Anhebung der Zuzahlungen beträgt 3,8 Milliarden Euro in 2027 (19 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) und rund 4,4 Milliarden Euro in 2030 (10 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen). Hierbei ist zu beachten, dass ohne dieses Gesetz die Finanzierungslücke durch Anstiege bei den Zusatzbeiträgen zu schließen wäre

und die Mitglieder der GKV die entsprechenden Belastungen von bis zu 40 Milliarden Euro in 2030 hälftig zu tragen hätten.

Die Arbeitgeber tragen aufgrund der Anhebung des pauschalen Arbeitgeber-Beitragssatzes für geringfügig Beschäftigte und der einmaligen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze moderate Belastungen in 2027 von rund 2,8 Milliarden Euro (14 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) und rund 3,0 Milliarden Euro in 2030 (7 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen), die wiederum zu Mehreinnahmen der GKV in gleicher Höhe führen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Belastungen der Arbeitgeber durch die paritätische Tragung der höheren Zusatzbeitragssätze ohne dieses Reformpaket in 2027 mit rund 5,4 Milliarden Euro und in 2030 mit rund 14 Milliarden Euro deutlich höher gelegen hätten. Die Mitglieder werden durch die außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (wirksam ab 2027) und den Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner (wirksam ab 2028) um rund 1,2 Milliarden Euro in 2027 (6 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) und rund 3,5 Milliarden Euro in 2030 (8 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) belastet, was wiederum zu Mehreinnahmen der GKV in gleicher Höhe führt. Auch hier ist zu berücksichtigen, dass die Belastungen der Mitglieder durch die paritätische Tragung der Zusatzbeiträge ohne dieses Reformpaket bei rund 7,7 Milliarden Euro in 2027 und rund 20 Milliarden Euro in 2030 gelegen hätten.

Durch die Verschiebung der Rückzahlungsfrist der in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten Darlehen beteiligt sich auch der Bund an der Stabilisierung der Beitragssätze. Dies senkt die Belastungen der GKV in den Jahren 2029 bis 2032 um jeweils 1 Milliarde Euro und im Jahr 2033 um 1,6 Milliarden Euro.

E. Erfüllungsaufwand

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

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

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

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

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

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

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Es entstehen zusätzliche Bürokratiekosten aus Informationspflichten durch die notwendige Aufklärung und Information von Patientinnen und Patienten durch die ausstellenden Ärztinnen und Ärzte sowie für Ärztinnen und Ärzte durch die Aufbereitung der Daten und die

Datenübermittlung im Rahmen des eAU-Verfahrens in Höhe von geschätzt 5 Millionen Euro aus der Einführung einer Teilkrankschreibung.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

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

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

F. Weitere Kosten

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

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

Durch die zusätzliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro entstehen den Mitgliedern der GKV ab dem Jahr 2027 jährliche Mehrausgaben von zunächst jeweils 1,2 Milliarden Euro.

Durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und des vom Arbeitgeber aus einer geringfügigen Beschäftigung zu tragenden Beitrags entstehen den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern ab dem Jahr 2027 jährliche Mehrausgaben von zunächst jeweils 2,7 Milliarden Euro.

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

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 3. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 28) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

   „(1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“

2. § 3 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

   „Für nach § 10 versicherte Kinder werden keine Beiträge erhoben. Für nach § 10 versicherte Ehegatten und Lebenspartner werden Beiträge nach Maßgabe des § 242b erhoben.“

3. § 4 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

   „(5) Die Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse dürfen sich ab dem Jahr 2027 gegenüber dem vorausgegangenen Haushaltsjahr jeweils nur nach Maßgabe der Entwicklung der Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 je Versicherten erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik.“

4. § 4a wird wie folgt geändert:

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

      „(3) Krankenkassen sind berechtigt, um Mitglieder und für ihre Leistungen zu werben. Bei Werbemaßnahmen der Krankenkassen muss die sachbezogene Information im Vordergrund stehen. Die Werbung hat in einer Form zu erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist. Die Ausgaben einer Krankenkasse für Werbemaßnahmen dürfen im Haushaltsjahr 0,075 Prozent der

monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 Absatz 1 des Vierten Buches je Mitglied nicht überschreiten. Der Berechnung ist die durchschnittliche Mitgliederzahl des betreffenden Haushaltsjahres zugrunde zu legen."

b) Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. weitere Höchstgrenzen für näher bestimmte Werbeausgaben einschließlich der Aufwandsentschädigung für externe Dienstleister, die zu Werbezwecken beauftragt werden,".

5. § 10 Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

„(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung und zur Feststellung der Voraussetzungen nach § 242b Satz 2 notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest."

6. § 11 Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

„(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32), mit Hilfsmitteln (§ 33) und mit digitalen Gesundheitsanwendungen (§ 33a), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen. Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen sind als zusätzliche Satzungsleistungen im Sinne dieses Absatzes ausgeschlossen."

7. Nach § 25 Absatz 4 Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse

1. die von ihm in Richtlinien nach § 92 getroffenen Regelungen über Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach Absatz 1 im Hinblick auf Altersgrenzen, Zielgruppen, Häufigkeit der Untersuchungen, Untersuchungsinhalte, geschlechtsspezifische Besonderheiten und Zielerkrankungen unter Berücksichtigung einer möglichen Eingrenzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken und Begleit- und Folgeerkrankungen,

2. die von ihm in Richtlinien nach § 92 getroffenen Regelungen über Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs nach Absatz 2 unter Berücksichtigung eines möglichen risikobasierten, opportunistischen Screenings und einer möglichen Anpassung der Häufigkeit der Untersuchungen

und beschließt jeweils bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung der Richtlinien."

8. § 27b wird durch den folgenden § 27b ersetzt:

„§ 27b

Zweitmeinung

(1) Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 4 einzuholen. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13, für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht; ab dem 1. Januar 2022 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Er legt indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung zum empfohlenen Eingriff und an die Erbringer einer Zweitmeinung fest, um eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung zu sichern. Kriterien für die besondere Expertise sind

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,

2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Anforderungen mit zusätzlichen Kriterien festlegen. Zusätzliche Kriterien sind insbesondere

1. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,

2. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder

3. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen nach Satz 2 die Möglichkeiten einer telemedizinischen Erbringung der Zweitmeinung.

(3) Die Vergütung für die Leistung des Arztes oder der Einrichtung, durch den oder durch die ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 bestimmter Eingriff durchgeführt wird, entfällt, wenn dem Arzt oder der Einrichtung vor dem Eingriff kein Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung vorliegt. Ab dem 1. Januar 2027 bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bis zum 31. März 2027 und danach jährlich mindestens einen der planbaren Eingriffe nach Absatz 2 Satz 1, für den die Einholung einer Zweitmeinung Voraussetzung für die Vergütung des Eingriffs ist. Das Nähere zum Nachweis nach Satz 1 bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach Absatz 2 Satz 1.

(4) Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:

1. zugelassene Ärzte,

2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,

3. ermächtigte Ärzte und Einrichtungen,

4. zugelassene Krankenhäuser sowie

5. nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen,

soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer, die unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen zur Erbringung einer unabhängigen Zweitmeinung geeignet und bereit sind.

(6) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 5 hinweisen. Bei Eingriffen nach Absatz 3 muss der Arzt den Versicherten auf die Notwendigkeit der Einholung einer Zweitmeinung hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Versicherte in Textform erhält. Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Arbeitstage, bei Eingriffen nach Absatz 3 in der Regel mindestens 15 Arbeitstage vor dem geplanten Eingriff erfolgt. In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen und im Fall des Absatzes 3 der Einholung einer Zweitmeinung nachkommen kann. Der Arzt hat den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften der Befundunterlagen aus der Behandlungsakte nach § 630g Absatz 1 Satz 3 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, die für die Einholung der Zweitmeinung erforderlich sind, hinzuweisen. Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vorsehen. Sofern diese zusätzlichen Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Eingriffe nach Absatz 2 Satz 1 betreffen, müssen sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat. Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse ein Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a anbietet.“

9. § 28 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 6 und 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung

1. durch Vertragszahnärzte, die keine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen,

2. von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Satz 6 Nummer 2 gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.“

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

„(2a) Für eine bis zum … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 dieses Gesetzes] bereits begonnene kieferorthopädische Behandlung durch Vertragszahnärzte, die eine Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie nicht abgeschlossen haben, ist dieses Gesetz in der bis einschließlich … [einsetzen: Datum des Tages vor dem Inkrafttreten nach Artikel 7 dieses Gesetzes] geltenden Fassung weiter anzuwenden.“

10. § 31 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend mindestens eine der folgenden weiteren Wirkungen entfaltet, die der Wundheilung dienen:

1. Wunden feucht hält oder Wunden reinigt,

2. Wundexudat oder Gerüche bindet,

3. ein Verkleben mit der Wunde verhindert beziehungsweise atraumatisch wechselbar ist oder

4. proteasemodulierend oder antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkt.

Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Absatz 1 Satz 2 gilt für sonstige Produkte zur Wundbehandlung entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien. § 34 Absatz 6 gilt entsprechend. Für die Beratung sind Gebühren zu erheben. Das Nähere zur Beratung und zu den Gebühren regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.“

b) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

„(6) Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung

   a) nicht zur Verfügung steht oder

b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann,

2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Die Leistung bedarf bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist. Verordnet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Leistung nach Satz 1 im Rahmen der Versorgung nach § 37b oder im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung mit einer Leistung nach Satz 1 im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts, ist über den Antrag auf Genehmigung nach Satz 2 abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden. Leistungen, die auf der Grundlage einer Verordnung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes zu erbringen sind, bei denen allein die Dosierung eines Arzneimittels nach Satz 1 angepasst wird oder die einen Wechsel zu anderen Extrakten in standardisierter Qualität anordnen, bedürfen keiner erneuten Genehmigung nach Satz 2. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere zur Leistungsgewährung sowie zu einzelnen Facharztgruppen und den erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, bei denen der Genehmigungsvorbehalt entfällt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 ist über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Sofern eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, ist abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang zu entscheiden; der Medizinische Dienst nimmt, sofern eine gutachtliche Stellungnahme eingeholt wird, innerhalb von zwei Wochen Stellung.“

c) Absatz 7 wird gestrichen.

11. § 34 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.

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

„(3) Der Ausschluss der Arzneimittel, die in Anlage 2 Nummer 2 bis 6 der Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 (BGBl. I S. 301), die zuletzt durch die Verordnung vom 9. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4554) geändert worden ist, aufgeführt sind, gilt als Verordnungsausschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses und ist Teil der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.“

12. § 35a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 6 wird die Angabe „Anwendung,“ durch die Angabe „Anwendung.“ ersetzt.

bb) Nummer 7 wird gestrichen.

b) Absatz 1d wird gestrichen.

c) Absatz 3 Satz 4 bis 6 werden gestrichen.

13. § 36 wird durch den folgenden § 36 ersetzt:

„§ 36

Festbeträge für Hilfsmittel

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll geeignete Hilfsmittel bestimmen, für die, soweit hierdurch eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gefördert und eine angemessene Versorgung gewährleistet werden kann, Festbeträge festgesetzt werden können. Dabei sollen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Produkte in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden. Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Hersteller- und Leistungserbringerdaten dürfen nur ohne Einrichtungsbezug bekanntgegeben werden.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt für die Versorgung mit den nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmitteln einheitliche Festbeträge fest. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Hersteller und Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 und nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann von den Herstellern und Leistungserbringern oder deren Verbänden zur Festsetzung nach Satz 1 insbesondere Nachweise über die produktspezifischen Umsatz- und Absatzzahlen, Kalkulationszuschläge sowie die durchschnittlichen Stundenverrechnungssätze und Arbeitszeiten verlangen. Der Anspruch nach Satz 4 umfasst auch die Hersteller- und Leistungserbringerabgabepreise je Festbetragsgruppe sowie die auf diese und den Gesamtumsatz der Festbetragsgruppe bezogenen Rabatte. Näheres zu Art und Form der Informationen und Auskünfte nach Satz 3 bis 5 sowie zu deren Übermittlung sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln. Soweit einzelne Berechnungsparameter im Rahmen der Informationen und Auskünfte nach Satz 3 bis 5 nicht gemäß den Vorgaben der Verfahrensordnung nach Absatz 3 übermittelt werden, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Parameter auf der vorliegenden Datengrundlage durch Schätzung festlegen. Für das Verfahren zur Schätzung gilt Absatz 4 Satz 1 entsprechend; Einzelheiten sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt spätestens bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Verfahrensordnung, in der er nach Maßgabe der Absätze 1, 2 und 4 das Nähere zum Verfahren, zur Überprüfung, Kalkulation und Anpassung sowie zur Datenübermittlung durch die Hersteller und Leistungserbringer regelt; hierbei sind Wege einer digitalen Umsetzung der einzelnen Inhalte zu prüfen. In der Verfahrensordnung legt er insbesondere Fristen für die Überprüfung der Festbeträge fest. Er kann dabei vorsehen, dass die einzelnen Gruppen nach Absatz 1 Satz 2 zu unterschiedlichen Zeitpunkten überprüft werden. Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist vor Beschlussfassung innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Verfahrensordnung be-

darf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Für Änderungen der Verfahrensordnung gelten die Sätze 4 und 5 entsprechend.

(4) Die Festbeträge sind so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Ausgangspunkt für die Kalkulation eines Festbetrags für die Hilfsmittel einer Festbetragsgruppe nach Absatz 1 Satz 2 ist der sich aus Satz 4 ergebende Herstellerpreis. Der Herstellerpreis soll die obere Preislinie des unteren Drittels in der Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Herstellerabgabepreis nach Absatz 2 nicht übersteigen; die Herstellerabgabepreise sind dabei nach Abgabemengen zu gewichten. Soweit wie möglich ist dabei eine für die Versorgung hinreichende Hilfsmittelauswahl sicherzustellen. Die Festbeträge sind erstmalig innerhalb von drei Jahren nach Genehmigung der Verfahrensordnung nach Absatz 3, danach regelmäßig mindestens alle drei Jahre, zu überprüfen; sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen. Innerhalb des Zeitraums nach Satz 6 soll eine Überprüfung auch erfolgen, sofern die Veränderung des vom Statistischen Bundesamtes festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland in drei aufeinander folgenden Monaten jeweils mehr als 7 Prozent im Vergleich zum Vorjahresmonat beträgt. Die Überprüfung nach Satz 7 erfolgt nur auf Antrag der maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer. Innerhalb des Zeitraums nach Satz 6 können je Festbetragsgruppe höchstens zwei Anträge nach Satz 8 gestellt werden. Die Einzelheiten zum Antragsverfahren, insbesondere die Fristen zur Überprüfung, sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln. Sofern die Voraussetzungen des Satz 7 vorliegen, gilt für die Dauer des Verfahrens der Überprüfung nach Satz 6 der erweiterte Verhandlungskorridor des § 127 Absatz 4 Satz 2 Halbsatz 2 für das betroffene Festbetragsgruppensystem entsprechend.

(5) Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen die Gruppeneinteilung nach Absatz 1 oder gegen einzelne Bestandteile der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.“

14. § 44 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Für Wahlerklärungen nach Satz 1 Nummer 2 entsteht der Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten nach Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse.“

b) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf Versicherte bei bevorstehendem Bezug oder Bezug von Krankengeld zur Beratung, zur Prüfung von Leistungsansprüchen sowie zur Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Sicherung oder 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 erforder-

lich ist. Der Widerspruch kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“

15. Nach § 44b werden die folgenden §§ 44c und 44d 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 eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit aufnehmen, wenn

1. sie sich dazu gesundheitlich in der Lage sehen,

2. die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt eine entsprechende Teilarbeitsunfähigkeit in Höhe von 25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit des Versicherten feststellt und

3. der Arbeitgeber der teilweisen Arbeitsaufnahme zustimmt.

Eine nicht nur geringfügige Erkrankung im Sinne einer Teilarbeitsunfähigkeit liegt insbesondere vor, wenn aufgrund der Art, Schwere oder voraussichtlichen Dauer der Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als vier Wochen zu erwarten ist.

(2) Stimmen Versicherte einer teilweisen Ausübung der bisherigen Tätigkeit während der Arbeitsunfähigkeit zu, muss der Wunsch nach einer Teilarbeitsunfähigkeit dem Arbeitgeber angezeigt werden. Nach Anzeige der Teilarbeitsunfähigkeit durch den Versicherten hat der Arbeitgeber innerhalb von sieben Kalendertagen zu prüfen und gegenüber dem Versicherten zu erklären, ob der Arbeitsplatz für eine Ausübung der Tätigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 geeignet ist. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Erklärung, gilt der Arbeitsplatz als geeignet. Widerspricht der Arbeitgeber dem Wunsch nach einer Teilarbeitsunfähigkeit wird die Arbeitsunfähigkeit entsprechend der ärztlichen Feststellung in vollem Umfang fortgeführt.

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

(4) Das Nähere zur Feststellung und Ausgestaltung der Teilarbeitsunfähigkeit, insbesondere zu den in Absatz 1 genannten Voraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats].

(5) Die Vorschriften des Entgeltfortzahlungsgesetzes zur Entgeltfortzahlung bleiben von den Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit unberührt.

(6) Für die elektronische Übermittlung der Daten zur festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit gelten § 5 Absatz 1a des Entgeltfortzahlungsgesetzes, § 109 und § 109a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 44d

Teilkrankengeld

(1) Versicherte haben Anspruch auf Teilkrankengeld, soweit sie aufgrund von Krankheit teilweise arbeitsunfähig nach § 44c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind und sie ihre Arbeitsleistung krankheitsbedingt nicht vollständig erbringen können. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die geleistete Arbeitszeit mit anteiligem Arbeitsentgelt zu vergüten.

(2) Teilkrankengeld wird in der Höhe der nach § 44c Absatz 1 Nummer 2 krankheitsbedingt nicht erbrachten Arbeitszeit geleistet. § 47 gilt mit der Maßgabe, dass das Teilkrankengeld aus dem um die verbleibende Arbeitsfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Nummer 2 krankheitsbedingt verminderten Entgelt berechnet wird.“

16. § 45 Absatz 2 Satz 3 wird durch den folgenden Satz 3 ersetzt:

„Das Krankengeld nach Absatz 1 oder Absatz 1a beträgt 85 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 95 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 65 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten.“

17. § 47 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Sätze 1 und 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Das Krankengeld beträgt 65 vom Hundert des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt). Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 85 vom Hundert des bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechneten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.“

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

„(2a) Endet während des Bezugs von Krankengeld das der Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegende Beschäftigungsverhältnis, wird das Krankengeld vom Tage nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses an höchstens in Höhe des Betrages geleistet, der sich bei Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch ergeben würde. Für die Ermittlung dieses Betrages gelten die Berechnungsvorschriften des § 47b entsprechend.“

18. § 48 Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze ersetzt:

„(1) Versicherte erhalten Krankengeld für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an.

(2) Für Versicherte, die im letzten Dreijahreszeitraum wegen Krankheit für achtundsiebzig Wochen Krankengeld bezogen haben, besteht nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen Krankheit, wenn sie bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate

1. nicht wegen Krankheit arbeitsunfähig waren und

2. erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen.“

19. § 49 Absatz 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

„1. soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten; dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt oder Entgelt aus einer teilweisen Ausübung der Tätigkeit nach § 44d,“.

20. § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

„1. Rente wegen voller Erwerbsminderung, Teilrente wegen Alters von mehr als zwei Dritteln der Vollrente oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,“.

21. § 51 Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze ersetzt:

„(1) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. Haben diese Versicherten ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer sie entweder einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem Leistungsträger mit Sitz im Inland oder einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Inland zu stellen haben.

(2) Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte mit Erreichen der Regelaltersgrenze, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.“

22. § 55 wird wie folgt geändert:

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

„(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Absatz 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 60 Prozent. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Absatz 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und

2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 65 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Be-

ginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 65 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2.“

b) Absatz 2 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung.“

c) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Für alle vor dem 1. Januar 2027 bewilligten Festzuschüsse gilt § 55 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung.“

23. § 61 wird durch den folgenden § 61 ersetzt:

„§ 61

Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 7,50 Euro und höchstens 15 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels; im Fall einer Bestimmung nach § 130b Absatz 1c entspricht die Höhe der Zuzahlung dem nach § 131 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2a übermittelten Betrag. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches sowie in Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 werden je Kalendertag 15 Euro erhoben. Bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. Erfolgt in der Apotheke auf Grund einer Nichtverfügbarkeit ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, ist die Zuzahlung nach Satz 1 nur einmalig auf der Grundlage der Packungsgröße zu leisten, die der verordneten Menge entspricht. Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung. Die genannten Zuzahlungsbeträge werden jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres in Höhe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 (Grundlohnrate) angepasst.“

24. § 63 Absatz 3 Satz 2 und 3 werden gestrichen.

25. § 71 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.

    b) Absatz 3 Satz 3 und 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

    „Die durchschnittliche Veränderungsrate nach Satz 1 wird für die Jahre 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in § 223 Absatz 4 Satz 1 ermittelt. Das Ergebnis der Ermittlung nach Satz 1 ist in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt zu mindern. Die durchschnittliche Veränderungsrate nach den Sätzen 1 bis 4 wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“

26. § 73 Absatz 9 Satz 1 Nummer 5 und 6 werden durch die folgenden Nummern 5 bis 7 ersetzt:

„5. die Informationen nach § 35a Absatz 3a Satz 1,

6. ab dem 1. Oktober 2023 das Schulungsmaterial nach § 34 Absatz 1f Satz 2 des Arzneimittelgesetzes und die Informationen nach § 34 Absatz 1h Satz 3 des Arzneimittelgesetzes, auch in Verbindung mit § 39 Absatz 2e des Arzneimittelgesetzes oder § 39d Absatz 6 des Arzneimittelgesetzes und

7. die Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130e“.

27. § 73b Absatz 5 wird wie folgt geändert:

    a) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

    „§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Kommt es zu einer Mengensteigerung auf Grund von einer steigenden Anzahl an Teilnehmern an den Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung, sind diese zusätzlichen Leistungen mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise für die allgemeine Kostendregression bei Fallzahlsteigerungen zu vergüten. Hierzu haben die Vertragspartner in ihren Verträgen bis zum 31. März 2027 die Höhe des Abschlages auf die vereinbarten Preise festzusetzen. Für die Feststellung eines Anstiegs der Teilnehmer an den Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung haben die Vertragspartner jedes Kalenderquartal die Teilnehmerzahl mit der Teilnehmerzahlt des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres zu vergleichen.“

    b) Der neue Satz 8 wird durch folgenden Satz ersetzt:

    „Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen mit Ausnahme der Regelungen von Satz 2 bis 5 regeln.“

28. § 74 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275) einholen, sofern eine teilweise Erbringung der Arbeitsleistung nach § 44c oder § 44d für arbeitsunfähige Versicherte nicht möglich ist.“

29. § 79 Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

„(6) Für den Vorstand gelten § 35a Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2, 5 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches entsprechend; für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend. Die Vertreterversammlung hat bei ihrer Wahl darauf zu achten, dass die Mitglieder des Vorstandes die erforderliche fachliche Eignung für ihren jeweiligen Geschäftsbereich besitzen. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt § 35a Absatz 6a Satz 2 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass sich die Bedeutung der Körperschaft insbesondere nach der Zahl der Mitglieder bemisst."

30. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2d wird durch den folgenden Absatz 2d ersetzt:

„(2d) Für die Veränderung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz ist gilt § 71 Absatz 1 bis 3; dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind."

b) Absatz 3 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen gilt § 71 Absatz 1 bis 3 in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz; dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind."

c) Absatz 3a wird gestrichen.

31. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 13 und 14 werden gestrichen.

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

„(1d) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fassen die Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung bis spätestens zum 31. Dezember 2027 zu folgenden Leistungskomplexen zusammen:

1. Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

2. Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben,

3. Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels,

4. Maßnahmen für die Feststellung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs.

Die den Leistungskomplexen zugehörigen kieferorthopädischen Maßnahmen sind den Ziffern 1 bis 4 jeweils zuzuordnen. Die Leistungskomplexe nach Satz 1 Ziffern 1 und 2 können in bis zu drei Schweregrade unterteilt werden. Die weiteren Einzelheiten zu den Leistungskomplexen sowie Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität kieferorthopädischer Behandlungen regeln die Vertragspartner im Bundesmantelvertrag."

c) Absatz 2a Satz 25 und 26 werden gestrichen.

d) Absatz 2b wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf die Versichertenpauschale für Behandlungen auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 und für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 enthalten."

bb) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Vergütung für die ärztliche Beratung nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes in der ab dem 1. März 2022 geltenden Fassung über die Organ- und Gewebsspende sowie über die Möglichkeit, eine Erklärung zur Organ- und Gewebsspende im Register nach § 2a des Transplantationsgesetzes in der ab dem 1. März 2022 geltenden Fassung abgeben, ändern und widerrufen zu können, enthalten."

e) Absatz 2c wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 3 und 4 werden durch den folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf die Grundpauschale für Behandlungen auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 und auf Grund einer erfolgten Vermittlung nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 enthalten."

bb) Die neuen Sätze 8 und 9 werden durch den folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf diejenigen psychotherapeutischen Leistungen, die im Rahmen des ersten Therapieblocks einer neuen Kurzzeittherapie erbracht werden, enthalten."

f) Nach Absatz 2g Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt."

g) Nach Absatz 2h Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Leistungskomplexe der kieferorthopädischen Versorgung nach Absatz 1d werden in Abhängigkeit ihres Schweregrades jeweils mit einer Gesamtpunktzahl bewertet; mit dieser Gesamtpunktzahl sind alle unter das jeweilige Leistungspaket fallenden kieferorthopädischen Maßnahmen unabhängig von der Gesamtbehandlungsdauer abgegolten."

32. § 87a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“

b) Absatz 3 Satz 5 bis 20 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Folgende Leistungen sind bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Satz 1 ab dem Jahr 2027 zu berücksichtigen:

1. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 4 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,

2. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und

3. Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung gemäß § 19a Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden; bei einem reduzierten Versorgungsauftrag ist die Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche gemäß § 19a Absatz 1 Satz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte begrenzt.

Im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2027 wird das bereits bereinigte Volumen für die Leistungen nach Satz 5 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung rückgeführt, wobei vereinbarte Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfs seit der Bereinigung zu berücksichtigen sind. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 15. Februar 2027 entsprechende Vorgaben.“

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

„(3b) Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin sind von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten. Abweichend von § 85 Absatz 1 und abweichend von Absatz 3 Satz 1 wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der Vergütung der in Satz 1 genannten Leistungen nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Wenn die vollständige Vergütung der in Satz 1 genannten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen über einen Zeitraum vom zweiten Quartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Quartal des folgenden Kalenderjahres insgesamt unterschreitet, vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum Ablauf des zweiten Quartals des letztgenannten Kalenderjahres jeweils Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, deren Auszahlungshöhe in Summe der Höhe der genannten Unterschreitung entspricht; sind im Zeitraum einer im ersten Halbsatz genannten Unterschreitung nach Satz 12 Ausgleichszahlungen zu leisten, so sind diese Ausgleichszahlungen mit der Unterschreitung zu verrechnen. Für die quartalsweise Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen für den Zeitraum vom … [einsetzen: Datum des ersten Tages des ersten auf die Verkündung folgenden Quartals] bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Quartals] entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie für deren

jährliche Fortschreibung ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Quartals] haben die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 jeweils den prozentualen Anteil des Honorarvolumens, das für die Leistungen nach Satz 1 in dem dem jeweiligen Quartal entsprechenden Quartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, am Honorarvolumen, das für den Leistungsbedarf aller Arztgruppen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in dem dem jeweiligen Quartal entsprechenden Quartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, zu bestimmen und diesen prozentualen Anteil mit der für das jeweilige Quartal vereinbarten und bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu multiplizieren. Soweit der nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarte Behandlungsbedarf einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 vergüteten Leistungen für das jeweilige Quartal gegenüber dem diesem Quartal entsprechenden Quartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 von dem Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen abweicht, ist der nach Satz 4 zu bestimmende prozentuale Anteil entsprechend anzupassen. Satz 5 gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend. Sofern das Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in dem dem jeweiligen Quartal entsprechenden Quartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen in der quartalsweise festzulegenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen zu berücksichtigen. Für die Zuschläge nach Satz 3 sowie nach Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt Satz 2 nicht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des ersten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] nach Maßgabe der Sätze 4 bis 7 Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die quartalsweise für den Zeitraum vom … [einsetzen: Datum des ersten Tages des ersten auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] bis zum ersten Tag des jeweiligen Quartals und ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Quartals] jährlich zu erfolgen hat. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 9 haben insbesondere die Anpassung des nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Punktwertes und die Veränderung des auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden nach Absatz 3 Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs sowie jeweils darauf entfallende Bereinigungen einzubeziehen. Zudem beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil an dieser Ausgleichszahlung bemisst. Eine Ausgleichszahlung ist dann zu leisten, wenn die auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausreicht, um die vollständige Vergütung nach Satz 1 zu gewährleisten. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben sich auf ein Verfahren zu verständigen, nach dem die Kassenärztlichen Vereinigungen die Entwicklung der in Satz 1 genannten Leistungen und von deren Vergütungen gegenüber den Krankenkassen nachweisen. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen des Absatzes 3 Satz 5 Nummer 8, dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz insbesondere auf die Versorgung der Kinder und Jugendlichen, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen quartalsweise und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2025 und letztmalig bis zum 31. Dezember 2027 über die Ergebnisse. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf

die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben zu in Absatz 6 genannten Datenübermittlungen, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen quartalsweise die Festsetzung und die Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung des finanziellen Bedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen, eine etwaige in Satz 3 erster Halbsatz genannte Unterschreitung, die in Satz 3 genannten Zuschläge sowie die Ausgleichszahlungen nach Satz 12 nachweisen."

d) Nach Absatz 3c wird der folgende Absatz 3d eingefügt:

„(3d) Abweichend von Absatz 3b Satz 1 und Absatz 3c Satz 1 gelten die nachfolgenden Regelungen. Eine vollständige Vergütung der entsprechenden Leistungen erfolgt nur, soweit die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin und der hausärztliche Leistungsbedarf aus der nach Absatz 3b Satz 7 und Absatz 3c Satz 7 festgesetzten, auf die in Absatz 3b Satz 1 und Absatz 3c Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung vollständig vergütet werden kann. Sofern die Krankenkassen nach Absatz 3b Satz 9 und Absatz 3c Satz 9 zu Ausgleichszahlungen verpflichtet sind, mindert sich die Ausgleichzahlung abweichend von Absatz 3b Satz 9 und Absatz 3c Satz 9 um einen Abschlag auf die vereinbarten Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 für die allgemeine Kostendregression bei Fallzahlsteigerungen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss bis zum 15. Februar 2027 die Höhe des Abschlages auf die Preise der regionalen Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 festzusetzen. Bis zum 31. März 2027 haben die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 diesen Abschlag in ihren Vereinbarungen über die Festsetzung der auf die in Absatz 3b Satz 1 und Absatz 3c Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu übernehmen. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 haben jedes Kalenderquartal die Leistungsmenge mit der Leistungsmenge des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres zu vergleichen. Ist es zu einer Mengenausweitung gekommen und sind die Krankenkassen nach Absatz 3b Satz 9 und Absatz 3c Satz 9 zu Ausgleichszahlungen verpflichtet, ist der Abschlag auf die Leistungsmenge anzuwenden, die die Leistungsmenge des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres übersteigt. Satz 7 gilt auch, wenn es zu einer Verrechnung nach Absatz 3b Satz 3, 2. Halbsatz und Absatz 3c Satz 10 kommt."

33. § 87b Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen; im Verteilungsmaßstab dürfen für Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin und für Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche ebenfalls keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden."

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

„§ 87d

Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

(1) Die Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren jährlich bis zum 31. Oktober für das Folgejahr, erstmalig bis zum 15. Februar 2027 für das Jahr 2027, mit Wirkung für die Krankenkassen eine Gesamtvergütung für das Ausgabenvolumen der auf Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhenden Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen sowie eine Gesamtvergütung für das Ausgabenvolumen für weitere vom Bewertungsausschuss beschlossene Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet werden. Die Krankenkassen entrichten auf Grund der Vereinbarungen nach Satz 1 mit befreiender Wirkung die Gesamtvergütungen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung für die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen mit den in Satz 1 genannten Leistungen.

(2) Für die erstmalige Festsetzung der Gesamtvergütungen nach Absatz 1 Satz 1 für das Jahr 2027 ist jeweils das Ausgabenvolumen des Jahres 2025 für die jeweiligen Leistungen angepasst um die vereinbarten Veränderungen nach § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2, um Veränderungen der Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, sowie der vereinbarten Anpassung des Punktwertes nach § 87a Absatz 2 Satz 1 der Jahre 2026 und 2027 zu verwenden. Für die Fortschreibung für das Jahr 2027 gilt § 71 Absatz 1 bis 3. Für die Folgejahre ist die jeweilige vereinbarte Gesamtvergütung des Vorjahres um die vereinbarten Veränderungen nach § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2, um Veränderungen der Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, sowie der vereinbarten Anpassung des Punktwertes nach § 87a Absatz 2 Satz 1 für das jeweilige Jahr fortzuschreiben. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Gesamtvergütung kann für die weiteren vom Bewertungsausschuss beschlossenen Leistungen nach den unterschiedlichen fachärztlichen Versorgungsbereichen getrennt verteilt werden. § 87b Absatz 2 Satz 6 gilt.

(4) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 sind ausschließlich folgende Leistungen von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten:

1. nichtärztliche Dialyseleistungen,

2. neue Leistungen, die noch keine vollständigen zwei Kalenderjahre in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen enthalten sind, soweit diese Leistungen auf einer Veränderung des gesetzlichen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 135 Absatz 1 beruhen,

3. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und

4. kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreu-

ung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen.

Darüber hinaus kann der Bewertungsausschuss verbindliche Kriterien für solche Leistungen beschließen, die nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen und dies mit einer Vergütung der Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 oder der Gesamtvergütung nach Absatz 1 Satz 1 nicht erreicht werden kann. Auf Grund ihrer besonderen Bedeutung für die Versorgung können die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 für solche Leistungen, die den Kriterien des Bewertungsausschusses entsprechen, eine Vergütung außerhalb der zu vereinbarenden Gesamtvergütung vereinbaren. Die Leistungen sind vom Bewertungsausschuss jährlich zu evaluieren und daraufhin zu überprüfen, ob ihre Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung sachgerecht und notwendig ist.“

35. § 91 Absatz 2 Satz 14 bis 16 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarungen mit den hauptamtlichen Unparteiischen; § 35a Absatz 6 Satz 2 und Absatz 6a Satz 1, 2 und 4 des Vierten Buches gilt entsprechend. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Unparteiischen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 des laufenden Kalenderjahres vereinbart werden.“

36. Nach § 92 Absatz 1a Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft seine Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung insbesondere hinsichtlich der befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen einschließlich des der vertragszahnärztlichen Versorgung zugrundeliegenden Behandlungsbedarfsgrades und beschließt bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung der Richtlinien. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt außerdem bis zum 31. Dezember 2027 in seinen Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung eine evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für die Durchführung von Fernröntgen-Aufnahmen sowie Panorama-Aufnahmen zum Zwecke der Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung.“

37. § 92a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 7 bis 12 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Förderung erfolgt in der Regel in einem einstufigen Verfahren. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.“

b) Absatz 2 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können auch für Forschungsvorhaben zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, eingesetzt werden.“

c) Die Absätze 3 und 4 werden durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:

„(3) Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt ab dem Jahr 2027 jährlich 100 Millio-

nen Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. Von der Fördersumme sollen 80 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 20 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden. Für die Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, sollen von der Fördersumme ab dem Jahr 2027 jährlich mindestens 2,5 Millionen Euro verwendet werden. Mittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden, sofern sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, im Folgejahr an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Sämtliche bislang im Innovationsfonds angesammelten und nicht verausgabten Mittel werden, soweit sie nicht für andere Aufgaben gebunden sind, einmalig ab dem Jahr 2027 an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Die Laufzeit eines nach den Absätzen 1 und 2 geförderten Vorhabens kann bis zu vier Jahre betragen.

(4) Die Fördersumme nach Absatz 3, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, wird durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erhebt und verwaltet die Mittel (Innovationsfonds) und zahlt die Fördermittel auf der Grundlage der Entscheidungen des Innovationsausschusses nach § 92b aus. Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Nähere zur Weiterleitung der Mittel an den Innovationsfonds und zur Verwaltung der Mittel des Innovationsfonds bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Innovationsausschuss und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

38. § 92b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Dem Innovationsausschuss gehören drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt an.“

b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Der Innovationsausschuss legt nach einem Konsultationsverfahren unter Einbeziehung externer Expertise in themenspezifischen und themenoffenen Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 bis 4 fest. Die Schwerpunkte für die Entwicklung und Weiterentwicklung von Leitlinien nach § 92a Absatz 2 Satz 4 legt das Bundesministerium für Gesundheit fest. Dabei kann die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften dem Bundesministerium für Gesundheit Schwerpunkte zur Entwicklung oder Weiterentwicklung von Leitlinien vorschlagen. Jedem Vorschlag ist eine Begründung des jeweiligen Förderbedarfs beizufügen. Der Innovationsausschuss übernimmt die vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegten Schwerpunkte in Förderbekanntmachungen und legt in diesen die Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 2 Satz 4 fest. Der Innovationsausschuss führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen nach den Sätzen 1 bis 5 Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die

eingegangenen Anträge auf Förderung. Er beschließt nach Abschluss der geförderten Vorhaben Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung nach Absatz 3. Der Innovationsausschuss entscheidet auch über die Verwendung der Mittel nach § 92a Absatz 2 Satz 4. Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen. Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts- und Verfahrensordnung, in der er insbesondere Folgendes regelt:

1. seine Arbeitsweise und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle nach Absatz 4,

2. das Konsultationsverfahren nach Satz 1,

3. das Förderverfahren nach Satz 6,

4. die Förderverfahren nach § 92a Absatz 1 Satz 7 und Absatz 2 Satz 1 und 4,

5. die Benennung und Beauftragung von Experten aus dem Expertenpool nach Absatz 6,

6. die Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften nach Absatz 7.

Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 5 wird gestrichen.

bbb) Die Nummern 6 bis 12 werden zu den Nummern 5 bis 11.

bb) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Beratung der Förderinteressenten, Antragsteller und Zuwendungsempfänger nach Satz 1 Nummer 4 löst keine weitergehenden Ansprüche aus.“

39. § 106b wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 5 wird der folgende Satz eingefügt:

„In den Vereinbarungen nach Satz 1 sollen rabattarzneimittelbezogene Verordnungsquoten für die nach § 130e Absatz 1 Satz 1 festgelegten Gruppen im Therapiegebiet enthalten sein.“

b) In Absatz 5 wird die Angabe „§ 130b Absatz 2 und“ durch die Angabe „§ 130e Absatz 2 und“ ersetzt.

40. § 111 Absatz 5 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 2 und 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei der Vergütungsvereinbarung nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“

b) Satz 4 wird gestrichen.

41. § 111c Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 2 und 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei der Vergütungsvereinbarung nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“

b) Satz 4 wird gestrichen.

42. § 115f Absatz 2 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhausfällen ohne Berücksichtigung der Krankenhausfälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million Fälle erfasst werden; ab dem Jahr 2028 sollen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluation nach Absatz 5 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden; Fälle, die mit den in § 17b Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, sind auf diese Fallzahlvorgaben anzurechnen.“

43. § 120 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „§ 27b Absatz 3 Nummer 4“ durch die Angabe „§ 27b Absatz 4 Nummer 4 ersetzt.“

b) In Absatz 2 Satz 2 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Angabe „§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“ eingefügt.

44. § 125 Absatz 3 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Es gilt § 71 Absatz 1 bis 3.“

45. Nach § 125a Absatz 2 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Eine Pauschale, die mit der Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung, die über die Analyse des therapeutischen Bedarfs oder die therapeutische Diagnostik hinausgeht, begründet wird, kann nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart werden. Sofern Verträge nach Absatz 1 eine Pauschale im Sinne des Satzes 3 enthalten und eine Heilmittelversorgung, auf die sich die Pauschale bezieht, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits begonnen hat, wird die Vergütung der Pauschale durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen.“

46. § 127 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird nach der Angabe „im Wege von Vertragsverhandlungen“ die Angabe „unter Geltung des § 71 Absatz 1 bis 3“ eingefügt.

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

„(1b) Für Hilfsmittelversorgungen nach § 33, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 1 erfolgen und im Zeitraum … [einzusetzen: 1. Januar 2027, es sei denn, das Gesetz tritt erst danach in Kraft, dann einzusetzen: Datum des auf

die Verkündung folgenden Tages] bis zum 31. Dezember 2028 begonnen haben, vermindert sich die vertraglich vereinbarte Vergütung um drei Prozent je Versorgung. Eine Versorgung gilt als begonnen, sobald der Leistungserbringer nach Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen mit der auf die konkrete versicherte Person bezogenen Versorgungstätigkeit begonnen hat.“

c) Absatz 4 wird durch folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Sofern für Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 Absatz 2 festgesetzt wurde, ist dieser den Preisverhandlungen sowie den Schiedsverfahren nach Absatz 2 verbindlich zugrunde zu legen; es gilt der bei Verhandlungsbeginn geltende Festbetrag. Die vereinbarten Preise dürfen die nach § 36 Absatz 2 festgesetzten Festbeträge in begründeten Fällen um bis zu 10 Prozent über- oder unterschreiten; bis zur erstmaligen Festsetzung neuer Festbeträge nach § 36 Absatz 3 Satz 5 dürfen die Über- oder Unterschreitungen bis zu 15 Prozent betragen. Die Begründungs- und Darlegungslast für Abweichungen von den Festbeträgen nach § 36 Absatz 2 in den Verhandlungen und Schiedsverfahren trägt die Vertragspartei, die hieraus objektiv einen Vorteil in Bezug auf das Verhandlungsergebnis erhält.“

47. § 130 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „1,77“ durch die Angabe „2,07“ ersetzt.

b) Absatz 1a wird gestrichen.

48. § 130a wird wie folgt geändert:

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

„(1b) Für ab dem 1. Januar 2027 zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel erhalten die Krankenkassen von Apotheken einen zusätzlichen Abschlag vom Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer in Abhängigkeit von der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und der Arzneimittelausgaben. Satz 1 gilt für die in Absatz 1 Satz 6 genannten Arzneimittel mit Ausnahme von

1. Arzneimitteln nach Absatz 3b Satz 1,

2. im Wesentlichen gleichen biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimittel im Sinne des Artikels 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG und

3. Arzneimitteln, für die ein Festbetrag auf Grund des § 35 festgesetzt ist.

Absatz 1 Satz 3 bis 5, 7 und 8 gilt entsprechend. Die Höhe des Abschlags nach Satz 1 beträgt vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2027 3,5 Prozent. Ab dem 1. Juli 2027 ist die Höhe des Abschlags nach Satz 1 jeweils für die Dauer eines Jahres der Quotient aus

1. dem Differenzbetrag aus

   a) den Ist-Ausgaben und

   b) den Soll-Ausgaben

   der Krankenkassen für alle in Absatz 1 Satz 6 genannten Arzneimittel einschließlich derjenigen nach Satz 2 Nummer 1 bis 3 und

2. dem von den Krankenkassen geleisteten Umsatz aller zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel im Sinne von Satz 2, berechnet auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer ohne Mehrwertsteuer,

jeweils bezogen auf das vorangegangene Kalenderjahr. Die Ist-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe a sind der Differenzbetrag aus

1. dem von den Krankenkassen geleisteten Umsatz aller zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel nach Satz 5 Nummer 1, berechnet auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer ohne Mehrwertsteuer und

2. der Summe aller von den Krankenkassen vereinnahmten gesetzlichen und vertraglichen Rabatte, Abschläge und Ausgleichszahlungen der pharmazeutischen Unternehmer für Arzneimittel nach Satz 5 Nummer 1, mit Ausnahme der Abschläge nach Satz 1.

Die Soll-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe b sind

1. für das Kalenderjahr 2026 die entsprechend Satz 6 ermittelten Ist-Ausgaben des Jahres 2025 und

2. für die Kalenderjahre ab 2027 die Soll-Ausgaben des jeweils vorangegangenen Kalenderjahres,

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

b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für die zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i einen Abschlag auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer, mit dem der Unterschied zu einem geringeren durchschnittlichen Preis nach Satz 2 je Mengeneinheit ausgeglichen wird. Der durchschnittliche Preis je Mengeneinheit ergibt sich aus den tatsächlich gültigen Abgabepreisen des pharmazeutischen Unternehmers in den vier Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, in denen der wirkstoffidentische Impfstoff abgegeben wird, mit den am nächsten kommenden Bruttonationaleinkommen, gewichtet nach den jeweiligen Umsätzen und Kaufkraftparitäten. Für Impfstoffe, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht,

erhalten die Krankenkassen von Apotheken für zu ihren Lasten abgegebene Impfstoffe zusätzlich zum Abschlag nach Satz 1 einen Abschlag in Höhe von 7 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers. Absatz 1 Satz 3 bis 5, Absätze 6 und 7 sowie § 131 Absätze 4 und 5 gelten entsprechend. Der pharmazeutische Unternehmer ermittelt die Höhe des Abschlags nach Satz 1 und den durchschnittlichen Preis nach Satz 2 und übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage die Angaben zu der Berechnung. Kann der Abschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden, gilt Absatz 1 Satz 1 entsprechend. Für Impfstoffe nach Satz 6, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht, erhalten die Krankenkassen einen zusätzlichen Abschlag in Höhe von 7 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Bei Preisvereinbarungen für Impfstoffe, für die kein einheitlicher Apothekenabgabepreis nach den Preisvorschriften auf Grund des Arzneimittelgesetzes oder nach § 129 Absatz 3 Satz 3 gilt, darf höchstens ein Betrag vereinbart werden, der dem entsprechenden Apothekenabgabepreis abzüglich der Summe des Abschlags nach Satz 1 und Satz 3 oder Satz 6 entspricht.“

c) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. August 2009, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel ab dem 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung; dies gilt nicht für Arzneimittel, für die ein Festbetrag auf Grund des § 35 festgesetzt ist.“

bb) Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Bei Neueinführungen eines Arzneimittels, für das ein pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Mengeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Arzneimittel in Bezug auf die Packungsgröße unter Berücksichtigung der Wirkstärke am nächsten kommt; dies gilt nicht für die Neueinführung eines Immunglobulins menschlicher Herkunft, für das nach dem 31. Dezember 2018 eine Zulassung nach § 25 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes oder eine Genehmigung für das Inverkehrbringen nach Artikel 3 Absatz 1 oder Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 erteilt wurde, mit Ausnahme der Zulassung von anderen Stärken oder Ausbietungen.“

d) Nach Absatz 3d wird der folgende Absatz 3e eingefügt:

„(3e) Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers oder sonstigen Herstellers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. Januar 2026, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundbehandlung ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung. Zur Berechnung des Abschlags nach Satz 1 ist der Preisstand vom 1. Januar 2026 erstmalig am 1. Juli 2028 und jeweils am 1. Juli der Folgejahre um den Betrag anzuheben, der sich aus der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland im Vergleich zum Vorjahr ergibt. Für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung, die erstmalig nach dem 1. Januar 2026 in den Markt eingeführt werden, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. Das Nähere regelt

der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstmalig bis zum 30. November 2026. Die Absätze 5 bis 7 gelten entsprechend.“

49. § 130b wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Bei einer Vereinbarung nach Absatz 1 müssen mengenbezogene Aspekte, wie eine mengenbezogene Staffelung oder ein jährliches Gesamtvolumen, vereinbart werden. Eine Vereinbarung nach Absatz 1 muss das Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels unter Beachtung seines Stellenwerts in der Versorgung berücksichtigen. Dies kann eine Begrenzung des packungsbezogenen Erstattungsbetrags oder die Berücksichtigung mengenbezogener Aspekte erforderlich machen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, gilt eine Anpassung des Erstattungsbetrags nach Maßgabe der Sätze 5 bis 11 als vereinbart; Absatz 4 Satz 1 ist insoweit nicht anzuwenden. Die Anpassung erfolgt jedes Jahr zum 1. Juni, erstmalig zum 1. Juni des dritten Kalenderjahres nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Zur Anpassung wird der vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag um einen Rabattsatz reduziert. Der Rabattsatz in Prozent ist die Summe aus

1. dem Quotienten aus

   a) der Differenz zwischen dem Gesamtausgabenvolumen des vorangegangenen Kalenderjahres und dem Gesamtausgabenvolumen des Referenzjahres und

   b) dem Gesamtausgabenvolumen des vorangegangenen Kalenderjahres,

   multipliziert mit 1,7 Prozent, und

2. dem Quotienten aus dem Gesamtausgabenvolumen des vorangegangenen Kalenderjahres und 100 Millionen Euro, abgerundet auf die nächstniedrigere ganze Zahl und multipliziert mit 1 Prozent.

Ist die Summe negativ, wird der vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag nicht reduziert. Das Referenzjahr nach Satz 7 Nummer 1 Buchstabe a ist das erste Kalenderjahr nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Das Gesamtausgabenvolumen eines Kalenderjahres ergibt sich aus der Multiplikation der von Apotheken zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Bezugsgrößen des Arzneimittels und dem jeweils geltenden Erstattungsbetrag pro Bezugsgröße. Zur Ermittlung des Gesamtausgabenvolumens stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die im vorangegangenen Kalenderjahr abgerechneten Bezugsgrößen anhand der Daten nach § 84 Absatz 5 fest und stellt diese dem pharmazeutischen Unternehmer jedes Jahr bis zum 30. April, erstmals bis zum 30. April des zweiten Kalenderjahres nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff, monatsbezogen zur Verfügung. Das Nähere zur Abwicklung von Vereinbarungen nach Satz 1, auch in Verbindung mit Satz 4, im Verhältnis zu den Krankenkassen insbesondere im Hinblick auf deren Mitwirkungspflichten, regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Satzung.“

b) Absatz 2 wird gestrichen.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 2 bis 6 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Für ein Arzneimittel, das nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 35a Absatz 3 Satz 1 keinen Zusatznutzen hat und keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden kann, soll ein Erstattungsbetrag vereinbart werden, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führt als die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte zweckmäßige Vergleichstherapie. Für ein Arzneimittel, für das ein Zusatznutzen nach § 35a Absatz 1 Satz 5 als nicht belegt gilt, ist ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren, der zu in angemessenem Umfang geringeren Jahrestherapiekosten führt als die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte zweckmäßige Vergleichstherapie. Sind durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mehrere Alternativen für die zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmt, ist für die Anwendung der Sätze 2 und 3 auf die zweckmäßige Vergleichstherapie abzustellen, die nach den Jahrestherapiekosten die wirtschaftlichste Alternative darstellt.“

bb) In dem neuen Satz 8 wird die Angabe „Sätze 8 und 9“ durch die Angabe „Sätze 6 und 7“ ersetzt.

cc) Die neuen Sätze 9 bis 13 werden gestrichen.

d) Absatz 3a Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der nach Absatz 1 vereinbarte Erstattungsbetrag gilt für alle Arzneimittel mit dem gleichen neuen Wirkstoff, die ab dem 1. Januar 2011 in Verkehr gebracht worden sind.“

e) Absatz 7a Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Für Arzneimittel, für die zwischen dem 12. November 2022 und dem … [einsetzen: Datum des Tages vor dem Inkrafttreten nach Artikel 1 dieses Gesetzes] ein Erstattungsbetrag nach Absatz 1 vereinbart oder nach Absatz 4 festgesetzt wurde, kann die Vereinbarung oder der Schiedsspruch von jeder Vertragspartei bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gekündigt werden, auch wenn sich das Arzneimittel im Geltungsbereich dieses Gesetzes nicht im Verkehr befindet.“

50. § 130e wird durch den folgenden § 130e ersetzt:

„§ 130e

Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung

(1) Krankenkassen oder ihre Verbände können Gruppen von Arzneimitteln mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in einem Therapiegebiet festlegen und Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 oder § 130c mit pharmazeutischen Unternehmen für Arzneimittel der Gruppe vereinbaren; die Vereinbarungen können exklusiv und wirkstoffübergreifend ausgeschrieben werden. Vertragsärzte haben rabattierte Arzneimittel der Gruppe zu verordnen, es sei denn im Einzelfall sprechen medizinische Gründe dagegen.

(2) Verordnungen rabattierter Arzneimittel einer Gruppe nach Absatz 1 sind von der Prüfungsstelle als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 106 bis 106c zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten anzuerkennen. Verordnungen nicht rabattierter Arzneimittel einer Gruppe nach Absatz 1, die rabattierte Arzneimittel enthält, können von Maßnahmen nach § 106 bis 106c ausgenommen werden, wenn eine nach

§ 106b Absatz 1 Satz 5 vereinbarte rabattarzneimittelbezogene Verordnungsquote für die jeweilige Gruppe erreicht wurde. Das Nähere, auch zur Anerkennung der Verordnung nicht rabattierter Arzneimittel aus medizinischen Gründen im Einzelfall als wirtschaftlich, regeln die Vertragspartner nach § 106.

(3) Bis zum 31. Dezember 2030 sind die Festlegungen und der Abschluss von Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 nur innerhalb folgender Wirkstoffgruppen zulässig:

1. Janus-assoziierte Kinase (JAK)-Inhibitoren

2. Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Antagonisten

3. Poly-ADP-Ribose-Polymerase (PARP)-Inhibitoren

4. Proproteinkonvertase Subtilisin/Kexin Typ 9 (PCSK9)-Inhibitoren

5. Programmed Cell Death-1-Rezeptor/Programmed Cell Death-ligand-1 (PD-1/PD-L1)-Inhibitoren

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Juli 2030 einen Bericht über die Auswirkungen des § 130e auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie die Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben vorzulegen.“

51. § 132 Absatz 1 Satz 2 und 3 werden durch die folgenden Sätze 2 und 3 ersetzt:

„Bei der Vertragsvereinbarung nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“

52. § 132a Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 7 und 8 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei der Vertragsvereinbarung nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“

b) Die Sätze 9 und 10 werden gestrichen.

53. § 132l Absatz 5 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 2 und 3 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Bei der Vertragsvereinbarung nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis Absatz 3 gilt.“

b) Die Sätze 4 und 5 werden gestrichen.

54. § 133 wird durch den folgenden § 133 ersetzt:

„§ 133

Versorgung mit Krankentransportleistungen

(1) Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunal-

rechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen unter Geltung des § 71 Absatz 1 bis 3 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Vergütungen vor, gilt auch bei dieser Festlegung § 71 Absatz 1 bis 3. Sie haben dabei die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung zu berücksichtigen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.

(2) Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, müssen die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken, wenn

1. vor der Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden unter vollständiger Vorlage der Entgeltkalkulation keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde,

2. bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt sind,

3. die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist, oder

4. die Entgeltbemessung § 71 Absatz 1 bis 3 in entsprechender Anwendung nicht einhält.

(3) Absatz 1 gilt auch für Fahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes.

(4) § 127 Absatz 9 gilt entsprechend.“

55. § 134 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„In der Vereinbarung ist ab dem 1. Januar 2027 ein an der Abgabemenge der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung orientierter mengenbezogener Abschlag der Vergütungsbeträge festzulegen. Der Abschlag der Vergütungsbeträge beträgt mindestens zwei Prozent bei mehr als dreitausend Abgaben im Jahr und mindestens dreißig Prozent bei mehr als hunderttausend Abgaben im Jahr.“

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 muss auch Folgendes festgelegt werden:

1. Schwellenwerte für Vergütungsbeträge, unterhalb derer eine dauerhafte Vergütung ohne Vereinbarung nach Absatz 1 erfolgt, und

2. Höchstbeträge für die vorübergehende Vergütung nach Satz 1 für Gruppen vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen, auch in Abhängigkeit vom Umfang der Leistungsinanspruchnahme durch Versicherte.“

bb) Die Sätze 6 und 7 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 ist auch ein Höchstbetrag für solche digitalen Gesundheitsanwendungen festzulegen, die keiner Gruppe vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen zugeordnet werden. Der Höchstbetrag nach Satz 6 ist als Mittelwert der nach Abgaben gewichteten Höchstbeträge nach Satz 3 Nummer 2 festzulegen. Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“

56. § 134a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 wird die Angabe „„den Grundsatz der Beitragsstabilität“ gestrichen.

b) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“

57. Nach § 140a Absatz 2 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“

58. § 175 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3a Satz 6 wird die Angabe „der geschlossenen Krankenkasse“ durch die Angabe „die geschlossene Krankenkasse“ ersetzt.

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

„Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben oder durch ein entsprechend § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches bekanntgegebenes elektronisches Dokument auf das Kündigungsrecht nach Satz 6 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.“

c) Absatz 4a wird gestrichen.

59. § 217b Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Bei dem Spitzenverband der Krankenkassen wird ein Vorstand gebildet. Der Vorstand besteht aus höchstens drei Personen; besteht der Vorstand aus mehreren Personen, müssen ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören. Der Vorstand sowie aus seiner Mitte die oder der Vorstandsvorsitzende und deren oder dessen Stellvertreterin oder Stellvertreter werden von dem Verwaltungsrat gewählt. Der Vorstand verwaltet den Spitzenverband und vertritt den Spitzenverband gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für den Spitzenverband maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen. Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. § 35a Absatz 1 bis 3, 6 bis 7 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

60. Nach § 221 Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Die dem Gesundheitsfonds mit § 12 Absatz 4 Satz 1 des Haushaltsgesetzes 2023, § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2025 und § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2026 gewährten zinslosen Darlehen in Höhe von insgesamt 5,6 Milliarden Euro sind abweichend von § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2025 und § 13 Absatz 4 und 5 des Haushaltsgesetzes 2026 in jährlichen Raten wie folgt zurückzuzahlen:

1. 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2035,

2. 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2036,

3. 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2037,

4. 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2038 und

5. 1,6 Milliarden Euro bis spätestens 31. Dezember 2039.“

61. § 223 Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:

„(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Beitragsbemessungsgrenze nach Absatz 4 für den Kalendertag zu berücksichtigen. Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

(4) Die Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2027 entspricht dem um 3 600 Euro erhöhten Wert der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 für das Jahr 2027. § 6 Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.“

62. § 242b wird durch den folgenden § 242b ersetzt:

„§ 242b

Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner

Die Krankenkassen erheben von Mitgliedern, von denen die Versicherung eines Ehegatten oder eines Lebenspartners nach § 10 abgeleitet wird, einen Zuschlag auf den Beitragssatz in Höhe von 3,5 Prozentpunkten. Satz 1 gilt nicht,

1. wenn das Mitglied oder der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind hat, das das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und im Haushalt des nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt,

2. wenn das Mitglied oder der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind hat, das als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten und im Haushalt des nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt, oder

3. wenn der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegt.

4. wenn der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner die Regelaltersgrenze nach § 235 des Sechsten Buches erreicht hat.

Die Krankenkassen berücksichtigen die Ausnahmen nach Satz 2 auch ohne Nachweis des Mitglieds, wenn ihnen deren Vorliegen bekannt ist.“

63. § 249b Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Arbeitgeber einer Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches hat für Versicherte, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, auf das aus dieser Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt einen Beitrag unter Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu tragen.“

64. Nach § 250 Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Mitglieder tragen den Beitragszuschlag nach § 242b allein.“

65. § 271 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2026 jährlich 100 Millionen Euro abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugeführt. Finanzmittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, die im Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden, sofern sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, nach § 92a Absatz 3 Satz 5 an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Sämtliche bislang im Innovationsfonds nach § 92a angesammelten und nicht verausgabten Mittel werden, soweit sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, nach § 92a Absatz 3 Satz 6 einmalig ab dem Jahr 2027 an den Gesundheitsfonds zurückgeführt.“

66. § 275c Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) 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 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei 80 Prozent oder mehr liegt,

2. bis zu 15 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 60 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt,

3. bis zu 25 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von 60 Prozent liegt.“

b) In Satz 6 wird die Angabe „20 Prozent“ durch die Angabe „40 Prozent“ ersetzt.

67. § 282 Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet. Er führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes Bund, soweit nicht der Verwaltungsrat zuständig ist, und vertritt den Medizinischen Dienst Bund gerichtlich und außergerichtlich. In der Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 können die Aufgaben des Vorstandes näher konkretisiert werden. § 217b Absatz 2a, § 279 Absatz 7 Satz 4 und 5 sowie § 35a Absatz 1 bis 3, 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

68. § 295 wird wie folgt geändert:

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

„1. die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten einschließlich der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c,“.

b) In Absatz 4 Satz 5 wird die Angabe „§ 27b Absatz 3“ durch die Angabe „§27b Absatz 4“ ersetzt.

69. § 346 Absatz 3 und 5 werden gestrichen.

70. § 410 wird durch den folgenden § 410 ersetzt:

„§ 410

Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund

Abweichend von § 79 Absatz 6 Satz 1 in Verbindung mit § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches, § 91 Absatz 2 Satz 16, § 217b Absatz 2 Satz 6 in Verbindung mit § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches und § 282 Absatz 4 Satz 4 in Verbindung mit § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches kann bis zum 31. Dezember 2027 keine höhere Vergütung vereinbart werden.“

71. § 411 wird durch den folgenden § 411 ersetzt:

„§ 411

Vergütungsregelungen für Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

Vergütungserhöhungen sind für außertariflich bezahlte Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab [einsetzen: Datum des Tages des Inkrafttretens nach Artikel 7] nur alle 6 Jahre zulässig. Eine höhere Vergütung darf nur durch einen Zuschlag auf die zuletzt vereinbarte Grundvergütung nach Maßgabe der Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 des laufenden Kalenderjahres vereinbart werden. Die Sätze 1

und 2 gelten auch für am 30. März 2026 gültige Verträge, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. Ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge dürfen keine Zusagen über Vergütungserhöhungen enthalten, die den Sätzen 1 und 2 widersprechen."

72. Nach § 428 wird der folgende § 429 eingefügt:

„§ 429

Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag

Anträge nach § 35a Absatz 1d Satz 1 in der bis zum … [einsetzen: Datum des Tages vor dem Inkrafttreten nach Artikel … dieses Gesetzes] geltenden Fassung, über die der Gemeinsame Bundesausschuss nicht bis zu diesem Datum entschieden hat, sind als unzulässig zu verwerfen. Benennungen nach § 35a Absatz 3 Satz 4 in der bis zum … [einsetzen: Datum des Tages vor dem Inkrafttreten nach Artikel … dieses Gesetzes] geltenden Fassung in Beschlüssen über die Nutzenbewertung, die vor diesem Datum in Kraft getreten sind, bleiben für die Zwecke der Abrechnung des Kombinationsabschlags nach § 130e in der bis zum … [einsetzen: Datum des Tages vor dem Inkrafttreten nach Artikel … dieses Gesetzes] geltenden Fassung gültig. § 130e in der bis zum … [einsetzen: Datum des Tages vor dem Inkrafttreten nach Artikel … dieses Gesetzes] geltenden Fassung ist anzuwenden auf alle Arzneimittel, die bis zum … [einsetzen: Datum des Tages vor dem Inkrafttreten nach Artikel … dieses Gesetzes] zu Lasten der Krankenkassen abgegeben worden sind."

Artikel 2

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. Januar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 14) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

„Dabei ist AE das Arbeitsentgelt in Euro, G die Geringfügigkeitsgrenze und F der Faktor, der sich berechnet, indem die sich aus der Addition des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 des Fünften Buches, des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches und des in § 168 Absatz 1 Nummer 1b des Sechsten Buches festgelegten Prozentsatzes ergebende Summe geteilt wird durch den Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz des Kalenderjahres, in dem der Anspruch auf das Arbeitsentgelt entstanden ist."

2. § 35a Absatz 6a wird durch den folgenden Absatz 6a ersetzt:

„(6a) Der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Die Vergütung der Mitglieder des Vorstandes einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen hat in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen, die sich nach der Zahl der Versicherten bemisst. Darüber hinaus ist die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen. Die Aufsichtsbehörde kann vor ihrer Entscheidung nach Satz 1 verlangen, dass ihr eine unabhängige rechtliche und

wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge vorgelegt wird. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann über eine zuletzt nach Satz 1 gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder der Vorgängerin oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 des Fünften Buches des laufenden Kalenderjahres vereinbart werden. Die Sätze 5 und 6 gelten auch für Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 30. März 2026 zugestimmt hat, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. Ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge dürfen keine Zusagen über Vergütungserhöhungen enthalten, die den Sätzen 5 und 6 widersprechen. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 6 Satz 3 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an die Körperschaft abzuführen. Vereinbarungen der Körperschaft für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 13a des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 5 Absatz 3g wird gestrichen.

2. § 6 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 4 wird die Angabe „Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1“ durch die Angabe „für das jeweilige Kalenderjahr auf der Grundlage der jeweils gültigen Fassung des § 9 Absatz 1b ermittelte Veränderungswert“ ersetzt.

   b) Satz 5 wird gestrichen.

3. § 6a wird wie folgt geändert:

   a) Nach Absatz 2 Satz 12 wird der folgende Satz eingefügt:

      „Die Sätze 1 bis 5, 9, 10 und 12 sind letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2026 anzuwenden.“

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

      „(2a) Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 ist das für das Jahr 2026 vereinbarte Pflegebudget. In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage das für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Pflegebudget. Das Pflegebudget darf das um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 2 oder 3 veränderte Pflegebudget des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die auf Grund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses dies erfordert. Bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus,

insbesondere von Leiharbeitnehmern im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, ist der Teil der Vergütungen, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus hinausgeht, und damit auch die Zahlung von Vermittlungsentgelten, nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen. Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind Mehrkosten nicht und Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und ein Ausgleich für das Vereinbarungsjahr vorgesehen wird. Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten, sind unabhängig von der dienstlichen Zuordnung im Krankenhaus nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.“

c) Absatz 4 Satz 5 und 6 wird gestrichen.

d) Absatz 5 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der ermittelte Ausgleichsbetrag ist über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum abzuwickeln; für den Ausgleich gilt keine Begrenzung durch den nach § 9 Absatz 1b Satz 2 oder 3 vereinbarten Veränderungswert.“

4. § 6c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 wird die Angabe „vollständig im Gesamtvolumen zu berücksichtigen“ durch die Angabe „und bei der erstmaligen Vereinbarung des Gesamtvolumens vollständig zu berücksichtigen; bei den folgenden Vereinbarungen des Gesamtvolumens ist ein Anstieg der für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr vereinbarten Pflegepersonalkosten jeweils bis zur Höhe des nach § 9 Absatz 1b Satz 2 oder 3 vereinbarten Veränderungswerts zu berücksichtigen“ ersetzt.

bb) In Satz 6 wird die Angabe „Mehr- oder“ gestrichen.

b) Absatz 3 Satz 4 und 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Das Gesamtvolumen für ein Kalenderjahr darf den Betrag, der sich ergibt, wenn das Gesamtvolumen des diesem Kalenderjahr vorangegangenen Kalenderjahres um den nach § 9 Absatz 1b Satz 1, 2 oder 3 für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Veränderungswert erhöht wird, nur überschreiten, soweit diese Überschreitung durch Veränderungen von der nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarenden Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen bedingt ist.“

5. Nach § 8 Absatz 5 wird der folgende Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Die Berechnung der in § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Kurzzeitfallpauschalen ist ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem Katalog nach § 115b Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten ist. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

6. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

„3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge; bis zum 30. Juni 2027 prüfen sie, inwieweit eine Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist,“.

bb) Nummer 7 wird gestrichen.

cc) In Nummer 10 Buchstabe j wird die Angabe „Tagesentgelte.“ durch die Angabe „Tagesentgelte,“ ersetzt.

dd) Nach Nummer 10 wird die folgende Nummer 11 eingefügt:

„11. erstmals bis zum 30. September 2027 nähere Einzelheiten für Kurzzeitfallpauschalen nach § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere

a) Vorgaben, durch die sichergestellt wird, dass durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitung bei den stationären Behandlungsfällen mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses stattfindet und

b) die Folgen einer Überschreitung der nach Buchstabe a festgelegten Mengenbegrenzung.“

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

„(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4; für das Jahr 2026 entspricht der Veränderungswert dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert. Überschreitet der Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 Satz 1 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate. Unterschreitet der Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 Satz 1 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und der zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, abgeben und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 4 wird gestrichen.

bb) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „Sätzen 1 und 5“ durch die Angabe „Sätzen 1 und 4“ ersetzt.

7. § 10 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „§ 9 Absatz 1b Satz 2“ durch die Angabe „§ 9 Absatz 1b Satz 4“ ersetzt.

   b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 9 Absatz 1b Satz 1“ durch die Angabe „§ 9 Absatz 1b Satz 2 oder 3“ ersetzt.

   c) Absatz 5 wird gestrichen.

   d) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

      „(6) Das Statistische Bundesamt hat jährlich jeweils einen Orientierungswert zu ermitteln, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt, und diesen spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen. Die für eine Weiterentwicklung des Orientierungswerts vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Die Erhebungen dieser Daten werden jährlich vom Statistischen Bundesamt durchgeführt. Nach Inkrafttreten der in Satz 2 genannten Rechtsverordnung umfasst der Berichtszeitraum das vorangegangene Kalenderjahr. Die Krankenhäuser nach § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der in den §§ 3 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser, soweit sie zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind, mit Ausnahme von Bundeswehrkrankenhäusern und reinen Tages- und Nachtkliniken, sind verpflichtet, dem Statistischen Bundesamt für die Zwecke nach Satz 1 Daten zu übermitteln. Soweit es zur Gewinnung von Informationen zur Bestimmung des Orientierungswertes erforderlich ist, darf das Statistische Bundesamt die erhobenen Daten mit den nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 genannten Daten zusammenführen.“

8. In § 11 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „, die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2 und den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7“ durch die Angabe „und die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 17a Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „§ 9 Absatz 1b Satz 1“ durch die Angabe „§ 9 Absatz 1b Satz 1, 2 oder 3“ ersetzt.

2. § 17b wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Absätze 1, 1a und 3“ durch die Angabe „Absätze 1, 1a, 2a und 3“ ersetzt.

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

„(2a) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 30. April 2027 auf Basis eines durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. März 2027 zu erarbeitenden Konzepts für geeignete Fallgruppen die Grundlagen einer gesonderten Kalkulation von Bewertungsrelationen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen). Eine untere Grenzverweildauer entsprechend der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Vereinbarung ist für die Kurzzeitfallpauschalen nicht zu kalkulieren. Die Kurzzeitfallpauschalen sind erstmalig im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2028 zu kalkulieren und im Entgeltkatalog für das Jahr 2028 auszuweisen. Das in Absatz 3 Satz 4 genannte Konzept ist sofern erforderlich entsprechend anzupassen. Die mit den Kurzzeitfallpauschalen zu vergütenden Fälle werden innerhalb der in Satz 1 genannten maximalen Behandlungsdauer unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer vergütet. Die Vertragsparteien stellen bei der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems nach Absatz 2 sicher, dass Kostensenkungen, die sich bei der jährlichen Kalkulation der Kurzzeitfallpauschalen zeigen, zu einer Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen sowie im Ergebnis auch zu einer Absenkung der Summe der für die Kurzzeitfallpauschalen insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen führen. Die Vertragsparteien prüfen im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems nach Absatz 2 auf Grundlage der Kalkulation, wie viele und welche der mit Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Fälle ambulant erbracht werden und ob für diese eine Überführung in den Katalog nach § 115b Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sachgerecht ist. Die Vertragsparteien vereinbaren zudem, ob und inwieweit für Fälle, für die eine Kurzzeitfallpauschale kalkuliert und ausgewiesen ist, eine spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet werden kann. Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2030, einen gemeinsamen Bericht vor über die Auswirkungen der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen auf die Versorgung; das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die dafür erforderlichen Auswertungen vorzunehmen.“

c) Nach Absatz 7 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Kommt die in Absatz 2a Satz 1 genannte Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag innerhalb von drei Wochen nach Fristende.“

3. § 17c wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Medizinische Dienst hat abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen der Prüfung feststellt, in seine Prüfung einzubeziehen, auch wenn die Auffälligkeiten nicht Anlass der Einschaltung des Medizinischen Dienstes sind.“

b) Nach Absatz 2 Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 prüfen bis zum 30. Juni 2027, wie von dem in Satz 2 Nummer 3 genannten Verfahren zukünftig noch umfassender Gebrauch gemacht werden kann.“

Artikel 5

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 13b des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

      „Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 2 oder 3 des Krankenhausentgeltgesetzes veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Tatbestände nach Satz 4 Nummer 5 oder 7 dies erfordern oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der Tatbestände nach Satz 4 Nummer 1 oder Nummer 2 ist nur zulässig, wenn die Veränderung von Art und Menge der Leistungen durch zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes begründet oder wenn dies aufgrund von Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen erforderlich ist; für das Jahr 2026 entspricht der Veränderungswert dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert.“

      bb) Die Sätze 8 bis 10 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

      „Für die Jahre bis einschließlich des Jahres 2026 gilt, sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Für die Jahre ab 2027 gilt, sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde oder die hierfür vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, dass diese Mittel im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen sind und der Gesamtbetrag in der nächsten Vereinbarung entsprechend abzusenken ist. Eine Absenkung des Gesamtbetrags nach Satz 8 oder 9 ist nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl oder der hierfür vereinbarten Mittel vorliegt. Wird nach einer Absenkung des Gesamtbetrags nach den Sätzen 8 oder 9 eine Stellenbesetzung vorgenommen, ist der Gesamtbetrag für den nächsten Vereinbarungszeitraum in Höhe der entstehenden zusätzlichen Kosten zu erhöhen.“

   b) Absatz 4 wird gestrichen.

   c) Absatz 5 Satz 4 und 5 wird gestrichen.

2. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

„1. die der letzten Budgetvereinbarung zugrunde gelegten Leistungen und Kosten,“.

b) Satz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird die Angabe „§ 6 Absatz 2 sowie“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 2,“ ersetzt.

bb) In Nummer 3 wird die Angabe „Ausstattung.“ durch die Angabe „Ausstattung und“ ersetzt.

cc) Nach Nummer 3 wird die folgende Nummer 4 eingefügt:

„4. der Umfang der therapeutischen und weiteren Personalkosten sowie der Sachkosten.“

3. § 5 Absatz 6 wird gestrichen.

4. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nummer 5 wird gestrichen.

b) Absatz 2 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„In den übrigen Fällen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

5. In § 15 Absatz 1 Satz 5 wird nach der Angabe „§ 6 Absatz 1 Satz 4“ die Angabe „zu vereinbaren ist“ eingefügt.

Artikel 6

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 23 wird gestrichen.

Artikel 7

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 1, Artikel 1 Nummer 6, Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe a, Artikel 1 Nummer 11, Artikel 1 Nummer 14, Artikel 1 Nummer 15, Artikel 1 Nummer 16, Artikel 1 Nummer 17, Artikel 1 Nummer 18, Artikel 1 Nummer 19, Artikel 1 Nummer 20, Artikel 1 Nummer 21, Artikel 1 Nummer 22, Artikel 1 Nummer 23, Artikel 1 Nummer 28,

Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a, Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe c, Artikel 1 Nummer 37, Artikel 1 Nummer 38, Artikel 1 Nummer 65, Artikel 1 Nummer 66, Artikel 1 Nummer 68, Artikel 1 Nummer 69, Artikel 3 Nummer 1, Artikel 5 Nummer 3 und Artikel 6 treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 2, Artikel 1 Nummer 5, Artikel 1 Nummer 62 und Artikel 1 Nummer 64 treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

EU-Rechtsakte:

Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel (ABl. L 311 vom 28.11.2001, S. 67), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2023/1182 vom 14. Juni 2023 (ABl. L 157 vom 20.6.2023, S. 1) geändert worden ist.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht vor enormen finanziellen Herausforderungen. Seit Ende 2023 hat sich die finanzielle Lage der GKV enorm verschlechtert. Im Jahr 2024 wiesen die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds ein Defizit von insgesamt knapp 10 Milliarden Euro aus. Die Finanzreserven der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds sind aufgebraucht. Trotz eines Überschusses im Jahr 2025 in Höhe von rund 3,5 Milliarden Euro infolge der hohen Beitragssatzsteigerungen zum Jahresbeginn 2025 liegen die Rücklagen der Krankenkassen mit rund 5,2 Milliarden Euro weiterhin unterhalb der gesetzlichen Mindestreserve. Nur mithilfe eines Bundesdarlehen an den Gesundheitsfonds in Höhe von 2,3 Milliarden Euro im Oktober 2025 konnte eine Absenkung der Liquidität des Gesundheitsfonds unter die gesetzliche Mindestreserve vermieden werden.

Die dramatische Finanzlage der GKV hat in den vergangenen Jahren zu historisch starken Anstiegen der Zusatzbeitragssätze geführt. Während der durchschnittlich erhobene Zusatzbeitragssatz im Jahr 2022 noch bei rund 1,4 Prozent lag, hat er sich zum 1. Januar 2025 auf etwa 2,9 Prozent mehr als verdoppelt. Nur mit einem kurzfristigen Maßnahmenpaket der neuen Bundesregierung, welches Entlastungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Umfang von bis zu 10 Milliarden Euro beinhaltet, konnte der durchschnittliche ausgabendeckende Zusatzbeitragssatz in 2026 auf diesem Niveau gehalten werden: Neben zusätzlichen Darlehen von 4,6 Milliarden Euro für 2025 und 2026 an den Gesundheitsfonds wurde das in 2026 zur Rückzahlung anstehende Darlehen von 1,0 Milliarde Euro aus dem Jahr 2023 bis 2033 gestundet. Ferner wurde auf eine Steuerfinanzierung des Transformationsfonds (statt der im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vorgesehenen Beitragsfinanzierung) umgestellt, was zu einer jährlichen Entlastung der GKV von 2,5 Milliarden Euro jährlich über 10 Jahre führt. Zudem wurde mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ein Sparpaket im Umfang von bis zu 2,0 Milliarden Euro umgesetzt.

Der größte Teil dieser Maßnahmen wirkt jedoch nur einmalig in 2026. Die strukturelle Deckungslücke wächst daher jedes Jahr weiter auf, da die Ausgaben der GKV weiterhin deutlich stärker steigen als die Einnahmen. Daher ist auch für die kommenden Jahre mit einem deutlichen Anstieg des durchschnittlichen ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatzes zu rechnen.

Hauptursache dafür ist eine extrem beschleunigte Ausgabenentwicklung, die deutlich oberhalb der Zuwächse bei den Einnahmen liegt: Die Leistungsausgaben stiegen 2024 um 8,2 Prozent – ein Rekordwert in den letzten drei Dekaden. Auch 2025 bleibt die Ausgabendynamik mit einem Anstieg von knapp 8 Prozent unverändert auf einem Rekordniveau.

Die vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte FinanzKommission Gesundheit (FKG) hat die Ausgabenbereiche der GKV analysiert und dabei herausgearbeitet, dass der wesentliche Treiber der historisch hohen Ausgabenzuwächse bei den Leistungsausgaben der GKV eine ausgeprägte Preisdynamik ist. Diese ist zum einen auch auf Nachwirkungen der hohen Inflation der Jahre 2022 und 2023 zurückzuführen, die sich in der GKV teilweise erst zeitverzögert bemerkbar macht. Entscheidender ist jedoch, dass sich in vielen Bereichen des Gesundheitswesens Preis-, Lohn- und Vergütungssteigerungen von der Einnahmenentwicklung in der GKV entkoppelt haben, da der Gesetzgeber über die letzten 10 bis 15 Jahre in nahezu allen Leistungsbereichen die Begrenzung der Vergütungszuwächse auf

die GKV-Einnahmenentwicklung (Grundlohnrate nach § 71 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)) als Obergrenze sukzessive abgeschafft hatte. Zudem wurden ausgabenbremsende Regelungen und Wirtschaftlichkeitsanreize in nahezu allen Leistungsbereichen in den letzten zwei Dekaden sukzessive reduziert. Auch gesetzlich induzierte und überproportional hohe Lohn- und Vergütungssteigerungen im Gesundheitswesen, zum Beispiel beim Pflegepersonal im Krankenhaus und in der medizinischen Behandlungspflege sowie bei Heilmittelerbringern schlagen sich in der Ausgabendynamik nieder. Daneben tragen auch medizinische Innovationen, beispielsweise im Bereich der patentgeschützten Arzneimittel, zur Ausgabendynamik bei.

Die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlungen stellen seit jeher mit Abstand den größten Ausgabenbereich der GKV dar. Trotz des starken Fallzahlrückgangs des Jahres 2020, welcher bisher nicht wieder aufgeholt wurde und sich nicht in einem Rückgang der GKV-Ausgaben niedergeschlagen hat, steigen die Krankenhausausgaben insbesondere seit 2023 sehr dynamisch. Eine wichtige Rolle spielen hier ausgabensteigernde Gesetzesmaßnahmen. Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation sowie der Qualität der Pflege entfalten durch reduzierte Wirtschaftlichkeitsanreize dabei eine stark ausgabensteigernde Wirkung. Es gilt nun, maßvoll abzuwägen, wie die hohe Ausgabendynamik seit 2023 abgeschwächt werden kann.

Arzneimittel stellen den zweitgrößten Ausgabenbereich der GKV dar, welcher in den letzten Jahren von hohen Wachstumsraten geprägt ist. Zugleich ist der schnelle und umfassende Zugang zu Arzneimitteln von zentraler Bedeutung für eine hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die pharmazeutische Industrie ist eine Schlüsselindustrie und zukunftsorientierte Säule des Wirtschaftsstandorts Deutschland, die sich derzeit mit erheblichen geopolitischen Herausforderungen konfrontiert sieht. Es bedarf klarer positiver Signale, um Deutschland im globalen Wettbewerb als attraktiven Markt für innovative Arzneimittel zu positionieren und so die Versorgung auf einem hohen Niveau zu sichern.

Die vertragsärztliche Versorgung stellt den drittgrößten Ausgabenbereich der GKV dar, welcher zwar in den vergangenen 15 Jahren und bis einschließlich heute moderater gestiegen ist als die Ausgaben insgesamt. Allerdings ist seit 2024 eine enorme Dynamisierung der Ausgaben im ärztlichen Bereich zu beobachten. Verantwortlich dafür ist zum einen der im langjährigen Vergleich stark angehobene Orientierungswert. Darüber hinaus trägt vor allem der konstant steigende Anteil an ärztlichen Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung liegen und damit extrabudgetär und ohne mengenbegrenzende Maßnahmen vergütet werden, entscheidend zu einem Kostenanstieg in der vertragsärztlichen Versorgung bei. Mit Blick auf die Stärkung des Wirtschaftlichkeitsgebots gilt es daher, die Ausgabenzuwächse zu begrenzen und an die Einnahmenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung anzupassen. Es sind nur noch solche Leistungen zu vergüten, die in einem angemessenen Verhältnis zum jeweiligen Nutzen für die Versicherten sowie Patientinnen und Patienten stehen. Wenig zielgenaue, kostenintensive Sondervergütungen werden abgeschafft.

Auch außerhalb der drei größten Ausgabenbereiche der GKV findet sich die stark treibende Preisdynamik wider.

So sind beispielsweise die Ausgaben der GKV für Heilmittel seit 2010 deutlich schneller als die restlichen Ausgaben der GKV gestiegen. Insbesondere seit 2017 betrug das jährliche Wachstum im Schnitt mehr als 10 Prozent. Diese Entwicklung ist trotz des zunehmenden Fehlens global wirksamer Mengensteuerungsinstrumente mitnichten auf eine starke Ausweitung der Leistungsmengen oder strukturelle Verschiebungen in der Leistungserbringung zurückzuführen, sondern durch hohe Preissteigerungen für Heilmittelleistungen bedingt.

Mit Veränderungsraten in den letzten zehn Jahren von durchschnittlich 7,6 Prozent gehört auch der Bereich der Fahrkosten zu den Kostentreibern in der GKV. Im Jahr 2025 verzeich-

nete der Bereich eine Steigerungsrate von knapp 9 Prozent. Haupttreiber dieser Entwicklung ist auch hier die Preiskomponente.

Auch die Ausgaben für die medizinische Behandlungspflege sind sowohl in der längeren Rückschau als auch am aktuellen Rand äußerst dynamisch gestiegen. Als maßgeblicher Treiber kann hier ebenfalls die Preiskomponente identifiziert werden, maßgeblich beeinflusst durch die 2020 erfolgte Einführung der vollständigen Tarifrefinanzierung, durch die Kostensteigerungen von Pflegeanbietern, die auf Lohn- und Gehaltssteigerungen der Beschäftigten zurückzuführen sind, von der GKV im Rahmen von Vergütungssteigerungen zu übernehmen sind. Die Gültigkeit des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wurde dahingehend ausgesetzt.

Auch die übrigen Leistungsausgaben sind zuletzt um rund 6 Prozent gestiegen und übertreffen damit das Wachstum der Beitragseinnahmen der GKV in Höhe von rund 5 Prozent.

Im Ergebnis liegen die Ausgabenzuwächse der GKV derzeit insgesamt bei knapp 8 Prozent und damit in etwa doppelt so hoch wie im Durchschnitt der 2010er Jahre. Zugleich übertreffen sie die Entwicklung der Beitragseinnahmen (ohne Zusatzbeiträge) deutlich, die im Jahr 2025 um rund 5 Prozent gestiegen sind. Mit Blick auf die demografische Alterung und eine stagnierende Beschäftigungsentwicklung ist zudem davon auszugehen, dass sich die prognostizierten Einnahmenzuwächse künftig abschwächen werden. Die beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV werden mittelfristig voraussichtlich nur noch entsprechend der erwarteten gesamtwirtschaftlichen Lohnzuwächse in Höhe von rund 3 Prozent pro Jahr steigen. Es ist davon auszugehen, dass die Ausgabenzuwächse weiterhin deutlich darüber liegen.

Das Ergebnis ist eine steigende Deckungslücke, die über höhere Zusatzbeiträge der Krankenkassen ausgeglichen werden muss. Besonders stark dürfte der Anstieg des ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatzes im Jahr 2027 ausfallen: Neben der wachsenden strukturellen Deckungslücke wird auch das einmalige Bundesdarlehen aus dem Jahr 2026 in Höhe von 2,3 Milliarden Euro entfallen und die Einnahmen dämpfen. Ferner wirkt der gesetzlich vorgegebene notwendige Aufbau der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds belastend. Für das Jahr 2027 droht daher eine Deckungslücke in Höhe von rund 15 Milliarden Euro. Das entspricht einem Anstieg des durchschnittlichen ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatzes um 0,75 Prozentpunkte.

Ab dem Jahr 2028 wächst die strukturelle Deckungslücke zwischen Ausgaben und Einnahmen um weitere 7 bis 9 Milliarden Euro pro Jahr auf. Bis 2030 könnte die Deckungslücke so auf rund 40 Milliarden Euro ansteigen. Ohne Eingriffe drohen daher auch nach 2027 starke Anstiege der Zusatzbeitragssätze in der GKV um 0,3 bis 0,4 Prozentpunkte pro Jahr. Bis 2030 könnte der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz so auf rund 4,7 Prozent, der Gesamtbeitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung auf bis zu 19,3 Prozent steigen.

Die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler mussten in der jüngeren Vergangenheit bereits hohe Steigerungen der Zusatzbeitragssätze in der GKV verkraften. Steigende Sozialversicherungsbeiträge reduzieren die Nettoeinkommen und die Kaufkraft der Beschäftigten und erhöhen die Arbeitskosten der Unternehmen. Das gefährdet die wirtschaftliche Erholung in Deutschland und reduziert die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Unternehmen. Weitere Belastungen sind daher zwingend zu vermeiden.

Um die Finanzierungsgrundlagen der GKV zukunftssicher aufzustellen und die Beitragssätze ab dem Jahr 2027 dauerhaft zu stabilisieren, hat die FKG am 30. März 2026 einen umfassenden Bericht mit insgesamt 66 kurzfristig finanzwirksamen Maßnahmen vorgelegt. Die im Bericht der FKG dargelegten Empfehlungen machen deutlich, dass im deutschen Gesundheitssystem ein erhebliches Potenzial besteht, das hohe Ausgabenwachstum ohne Einschränkungen der Qualität der Versorgung zu senken und die vorhandenen Mittel effizienter einzusetzen.

Die notwendigen Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finanzen im Rahmen dieses Gesetzes sollen durch grundlegende Strukturreformen in nahezu allen Versorgungsbereichen ergänzt werden. Neben der Notfall- und Rettungsdienstreform soll beispielsweise auch die Einführung eines Primärversorgungssystems weiter vorangetrieben werden.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Für die Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV ist es unabdingbar, dass die sehr hohen Zuwächse bei den Ausgaben wieder in Einklang mit der Einnahmenentwicklung gebracht werden. Die Preisdynamik ist maßgeblicher Treiber der Ausgabenentwicklung und damit der Finanzentwicklung der GKV. Daher liegt der Fokus des Maßnahmenpakets auf der Reduktion der Ausgabendynamik. Zukünftig ist ein effizienter und zielgerichteter Einsatz der Beitragsmittel in allen Bereichen des Gesundheitswesens zwingend erforderlich. Alle Ausgaben in der GKV müssen in einem angemessenen Verhältnis zum jeweiligen Nutzen für die Versicherten sowie Patientinnen und Patienten stehen. Kostenintensive Sondervergütungen, die nicht nachweislich zu einer besseren Versorgung der Versicherten führen, werden abgeschafft. Die in den letzten 5 bis 7 Jahren sehr hohen Vergütungssteigerungen in allen Bereichen des Gesundheitswesens werden auf ein Maß begrenzt, das den Lohn- und Einkommenszuwächsen in der Gesamtwirtschaft entspricht und gleichzeitig die Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Sektoren stärkt. Gleichzeitig werden ein hohes Leistungsniveau und eine hohe Versorgungsqualität beibehalten.

Die hohen prognostizierten Deckungslücken aufwachsend auf bis zu 40 Milliarden Euro im Jahr 2030 erfordern einen angemessenen Beitrag aller Beteiligten im Gesundheitswesen. Leistungserbringer, Hersteller und Krankenkassen, Patientinnen und Patienten, Versicherte und Mitglieder und Arbeitgeber müssen ihren angemessenen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung leisten. Die enormen finanziellen Herausforderungen können nur in einer gemeinsamen Kraftanstrengung unter Einbezug aller Beteiligten bewältigt werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf übernimmt einen wesentlichen Teil der empfohlenen Maßnahmen aus dem am 30. März 2026 veröffentlichten Bericht der FinanzKommission Gesundheit (FKG) zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV, teilweise mit inhaltlichen Anpassungen. Insgesamt stammen über 80 Prozent des finanziellen Entlastungsvolumens im Jahr 2027 und über 90 Prozent des Entlastungsvolumens im Jahr 2030 aus Maßnahmen, die von der FKG vorgeschlagen wurden.

Leistungserbringer und Hersteller - Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik

Eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV kann nur erreicht werden, wenn die hohe Ausgabendynamik in der GKV deutlich reduziert und an die Einnahmenentwicklung angepasst wird. Eine disziplinierte Ausgabenpolitik ist unerlässlich, um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Einnahmen und Ausgaben wiederherzustellen. Die Einführung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik bedeutet im Wesentlichen eine dauerhafte und regelhafte Begrenzung der Vergütungs- sowie Preisanstiege auf die jeweilige Kostenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen mit der Einnahmenentwicklung der GKV als fester Obergrenze.

In den vergangenen Jahren sind die Löhne und Vergütungen im Gesundheitswesen deutlich stärker gestiegen als in der Gesamtwirtschaft, sodass hier mittlerweile ein sehr hohes Niveau erreicht wurde. Überproportionale Vergütungs- und Preissteigerungen gefährden die langfristige Finanzierbarkeit der GKV und belasten damit sowohl gegenwärtige als auch zukünftige Beitragszahlerinnen und Beitragszahler unverhältnismäßig im Hinblick auf das eigene Einkommen. Durch die dauerhafte Begrenzung der Ausgabendynamik auf die Grundlohnrate als feste Obergrenze wird das System der GKV langfristig stabilisiert und eine Gleichverteilung der Lasten über Zeit und Generationen gesichert.

Die Begrenzung der Vergütungsanstiege auf die jeweilige Kostenentwicklung mit der Grundlohnrate (Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied) als Obergrenze setzt bei der zentralen Ursache der schwierigen GKV-Finanzlage an: Preise, Vergütungen und Ausgaben steigen stärker als dies von den Zuwächsen bei den beitragspflichtigen Einnahmen kompensiert werden kann. Die zukünftige Begrenzung von Vergütungssteigerungen auf die Kostenentwicklung mit der Grundlohnrate als feste Obergrenze bedeutet daher eine Anpassung der Lohnzuwächse im Gesundheitswesen an die Lohnzuwächse in der Gesamtwirtschaft. Das ist notwendig, da die Zuwächse der Beitragseinnahmen in der GKV maßgeblich von den Lohnzuwächsen in der Gesamtwirtschaft abhängen. Letztlich können nur die finanziellen Spielräume in der GKV genutzt werden, die auch erwirtschaftet werden. Angemessene Preis- und Vergütungszuwächse entsprechend der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung werden durch die Orientierung an der Grundlohnrate als Obergrenze weiterhin möglich sein. Auch unter Berücksichtigung des Abschlags von 1 Prozentpunkt auf die Grundlohnrate bis 2029 werden zukünftig Vergütungssteigerungen von bis zu rund 3 Prozent pro Jahr im Gesundheitswesen ermöglicht, was angesichts einer erwarteten Inflationsentwicklung von rund 2 Prozent weiterhin eine auskömmliche Finanzierung der Kosten der Leistungserbringer und reale Einkommenszuwächse im Gesundheitswesen ermöglicht. Sollte die Inflation höher ausfallen, so wird eine Refinanzierung inflationsbedingter Kostensteigerungen zu dem Zeitpunkt möglich sein, ab dem diese sich auch in der gesamtwirtschaftlichen Lohndynamik und damit auch der Einnahmenentwicklung und der Grundlohnrate der gesetzlichen Krankenversicherung widerspiegeln.

Der Landesbasisfallwert als Basispreis der einzelnen DRG-Leistungen wird jährlich von den Vertragsparteien auf Landesebene verhandelt. Dabei wird der Anstieg durch den Veränderungswert nach oben beschränkt, entweder in Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V oder in Höhe des Orientierungswerts nach § 10 Absatz 6 KHEntgG, welche die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser widerspiegelt. Nach geltendem Recht gilt der jeweils höhere Wert. Die Obergrenze bildet zukünftig die tatsächliche Kostentwicklung (Orientierungswert), sofern diese die mittlere Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (Grundlohnrate) nicht überschreitet. Dies gilt auch für den Anstieg der Erlössumme von besonderen Einrichtungen und des Gesamtbetrags von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern.

Zur Sicherung der pflegerischen Versorgung und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege wurde mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz die Pflegepersonalkosten ab dem Jahr 2020 aus dem Fallpauschalensystem ausgegliedert und nach dem Selbstkostendeckungsprinzip als zusätzliche Säule der Betriebskostenfinanzierung neben den Fallpauschalen etabliert. Die Ausgliederung hat seitdem zu einer deutlichen Zunahme von im Krankenhaus beschäftigtem Pflegepersonal geführt. Auch die Vergütung der Pflegekräfte ist seitdem gestiegen. Die von den Krankenkassen gebuchten Aufwendungen für Pflegepersonalkosten sind seit ihrer Ausgliederung 2020 um jährlich etwa 11 Prozent bzw. 2,1 Milliarden Euro im Durchschnitt gewachsen und beliefen sich in 2025 auf rund 25 Milliarden Euro. Es gilt nun die zweifelsohne erfolgreiche Stärkung der Pflege im Krankenhaus in ihrer Basis zu bewahren und gleichzeitig mit Blick in die Zukunft gezielt und finanziell tragfähig fortzuentwickeln. Das jährliche Wachstum des krankenhausindividuellen Pflegebudgets wird grundsätzlich auf die maßgebliche Obergrenze beschränkt, die zukünftig auch für andere Teilbereiche des Krankenhausbereichs gilt. Den Selbstverwaltungspartnern vor Ort wird jedoch ermöglicht, zu vereinbaren, das krankenhausindividuelle Pflegebudget über die maßgebliche Obergrenze hinaus auszuweiten, wenn zusätzliches Pflegepersonal auf Grund von Bundesgesetzen, Verordnungen, die auf Grundlage des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses benötigt wird. Ein darüberhinausgehender Aufbau von weiterem Pflegepersonal seitens der Krankenhäuser, der zu einer Erhöhung des Pflegebudgets führt, ist somit nicht mehr möglich.

Im Arzneimittelbereich wird durch ein Bündel von Reformmaßnahmen eine ausgewogene Lösung im Spannungsfeld zwischen Standortattraktivität, Ausgabenstabilisierung und gutem Zugang zu Arzneimitteln erreicht. Durch einen ergänzenden dynamischen Herstellerabschlag, dessen Höhe von der Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen abhängt, wird ein nachhaltiger und auf das notwendige Maß begrenzter Beitrag der pharmazeutischen Industrie zur Stabilisierung der GKV-Finanzen sichergestellt, ohne Querfinanzierung anderer Leistungsbereiche. Andere Kostendämpfungsinstrumente, die sich als unflexibel und potenziell innovationshemmend, bürokratie- und streitanfällig erwiesen haben, werden zurückgenommen. Durch Aufhebung der „Leitplanken“ für Erstattungsbeträge neuer Arzneimittel wird eine angemessene monetäre Wertschätzung von Innovationen erreicht und die notwendigen Gestaltungsspielräume bei den Preisverhandlungen werden wiederhergestellt. Der Kombinationsabschlag, der zu einer Vielzahl von Abrechnungsstreitigkeiten geführt hat, wird im Interesse der Bürokratieentlastung abgeschafft. Stattdessen sollen Effizienzreserven durch neue Instrumente gehoben werden, die sich an marktwirtschaftlichen und wettbewerblichen Mechanismen orientieren. Der bislang ausschließlich für Arzneimittel geltende, allgemeine Herstellerabschlags in Höhe von 7 Prozent kommt zukünftig auch bei Impfstoffen zur Anwendung.

Im Bereich der Vertragsärzte wird die Höhe der Anpassung sowohl des Orientierungswertes als auch des Punktwertes zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit durch die Grundlohnrate als feste Obergrenze begrenzt. Dies gilt auch für die vertraglichen Vergütungsanpassungen für Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren sowie für die hausarztzentrierte Versorgung, für die zudem ein Abschlag zur Berücksichtigung der Fixkostendegression eingeführt wird. Da die Ausgabendynamik im vertragsärztlichen Bereich maßgeblich durch eine starke Mengenausweitung extrabudgetär vergüteter Leistungen entsteht und der Anteil der extrabudgetär vergüteten Leistungen an der Gesamtvergütung in den vergangenen Jahren stetig gestiegen ist, wird darüber hinaus der Anstieg des extrabudgetär vergüteten Ausgabenvolumens begrenzt.

Darüber hinaus werden auch die Preis- und Vergütungssteigerungen aller Leistungserbringer im Gesundheitswesen, darunter insbesondere Vertragszahnärzte, Heilmittelerbringer, Hebammen, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Rettungsdienste und Krankentransportunternehmen sowie Hersteller von Hilfsmitteln und Unternehmen der medizinischen Behandlungspflege auf die Grundlohnrate und damit die jährlichen Einnahmenzuwächse der GKV als feste Obergrenze begrenzt.

Damit auch die gesetzlichen Krankenkassen zur Ausgabenbegrenzung beitragen, dürfen ihre Verwaltungsausgaben je Versicherten ab dem Jahr 2027 jährlich höchstens in Höhe der Grundlohnrate angepasst werden.

Zudem wird die derzeit geltende, volle Refinanzierung aller Tariflohnsteigerungen für das Personal im Krankenhaus und im Bereich der medizinischen Behandlungspflege sowie in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen auch über die Grundlohnrate als Obergrenze zurückgenommen. Eine unverändert geltende vollständige Tarifrefinanzierung würde das Prinzip der Grundlohnrate als feste Obergrenze für Vergütungsanstiege aushebeln und weiterhin zu hohen und überproportionalen Ausgabenanstiegen in diesen Bereichen führen, die deutlich oberhalb der Einnahmenzuwächse der GKV liegen. Es werden zudem die Anreize gestärkt, Tarifabschlüsse zu vereinbaren, die sich an der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung – widergespiegelt in der Grundlohnrate nach § 71 SGB V – orientieren.

Da die Grundlohnrate bis 2029 voraussichtlich deutlich höher als im langfristigen Schnitt und wesentlich oberhalb der Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen liegen wird, erfolgt für die Jahre 2027 bis 2029 zudem ein Abschlag in Höhe von einem Prozentpunkt. Auch unter Berücksichtigung dieses Abschlags wird die Grundlohnrate oberhalb der erwarteten Inflationsentwicklung liegen und reale Einkommenszuwächse ermöglichen. Sollte die Inflation deutlich höher ausfallen, wird eine Refinanzierung inflationsbedingter Kostenstei-

gerungen ab dem Zeitpunkt möglich sein, ab dem sich diese auch in der Lohnentwicklung der Gesamtwirtschaft und damit der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Grundlohnrate widerspiegeln.

Anders als bisher wird die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik zukünftig gleichermaßen auf alle Leistungsbereiche angewendet. Auch wenn die Finanzwirkungen über die einzelnen Leistungsbereiche unterschiedlich hoch ausfallen, sind die zugrunde liegenden Regelungen vergleichbar, sodass eine Gleichbehandlung der Ausgabenbereiche gewährleistet ist.

Leistungserbringer und Hersteller - Streichung kostenintensiver Sondervergütungen

Die Finanzlage der GKV lässt es nicht mehr zu, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine Vielzahl kostenintensiver und oft nicht zielgenauer Sondervergütungen zahlen. Jede Sondervergütung verschärft die finanzielle Schieflage der GKV. Aus diesem Grund werden Doppel- und Sondervergütungen mit diesem Gesetz gestrichen.

Das vorliegende Maßnahmenpaket sieht für somatische Krankenhäuser die Streichung der zusätzlichen und pauschalen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen in Höhe von 2,5 Prozent des Pflegebudgets vor, da diese eine klare Doppelfinanzierung darstellt.

Für psychiatrische und psychosomatische stationäre Einrichtungen wird vorgegeben, dass Mittel für vereinbarte, aber in der Folge nicht besetzte, Personalstellen, die insoweit nicht zweckentsprechend verwendet wurden, an die Kostenträger zurückzuzahlen sind und der dementsprechend überhöhte Gesamtbetrag abzusenken ist. Darüber hinaus wird der leistungsbezogene Vergleich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen um deren Kostendaten erweitert, um die Praxistauglichkeit des Vergleichs sowie die Transparenz im Rahmen der Budgetverhandlungen und damit die wirtschaftliche Angemessenheit der Budgets zu erhöhen sowie die Verhandlungen zu beschleunigen.

In der ambulanten ärztlichen Vergütung schaffen wir Vergütungen und Zuschläge ab, die ihre Zweckmäßigkeit nicht belegen konnten und ein hohes Potenzial für Mitnahmeeffekte und Unwirtschaftlichkeit in sich bergen. Hierzu gehören die Zuschläge für einen zeitnahen Behandlungsbeginn nach einer Terminvermittlung sowie die extrabudgetäre Vergütung der Behandlung in diesem Fall sowie bei der offenen Sprechstunde ebenso wie die Zuschläge bei der psychotherapeutischen Kurzzeittherapie und die Vergütung der Beratung bei der Organspende.

Zudem werden Anpassungen bei der Systematik der entbudgetierten Leistungen in der Kinder- und Jugendmedizin vorgenommen, um doppelte Zahlungen zu verhindern, sowie die Altersgrenze gestrichen.

Im Bereich der elektronischen Patientenakte (ePA) ist mit dem Wechsel vom früheren Opt-In- hin zum nun geltenden Opt-Out-System eine gesonderte Vergütung der ePA-Befüllung nicht mehr erforderlich. Daher werden die gesetzlichen Vorgaben, dass für den vertragsärztlichen und für den Krankenhausbereich eine gesonderte Vergütung bzw. Zuschläge für die Befüllung der ePA vorzusehen sind, gestrichen.

Leistungserbringer und Hersteller - Sonstige Maßnahmen

Eine nachhaltige Finanzierung der GKV setzt auch voraus, dass alle Ausgaben in einem angemessenen Verhältnis zum jeweiligen Nutzen für die Patientinnen und Patienten stehen. Ziel ist eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Grundsätzen evidenzbasierter Medizin ansetzende Versorgung.

Das vorliegende Maßnahmenpaket modernisiert das Leistungsrecht zielgenau, um sicherzustellen, dass die Mitglieder und ihre Angehörigen für ihre geleisteten Beiträge nur die

bestmögliche Versorgung erhalten. Dabei werden Fehlanreize und Ungleichbehandlungen über verschiedene Bereiche mit Kostenfolgen für die GKV konsequent abgebaut.

Zur Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Operationen wird bei bestimmten mengenanfälligen Eingriffen für den Arzt oder die Einrichtung, welcher oder welche den Eingriff durchführt, ein Abrechnungsverbot eingeführt, wenn der Versicherte nicht vor dem Eingriff eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur medizinischen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit des vorgesehenen Eingriffs eingeholt hat und ein Nachweis darüber vorliegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird ab 2027 verpflichtet, in seiner Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren erstmals bis zum 31. März 2027 und dann jährlich mindestens einen planbaren, mengenanfälligen Eingriff festzulegen, für den ein gesetzliches Abrechnungsverbot bei nicht eingeholter Zweitmeinung greift.

Zu den weiteren Maßnahmen zur Dämpfung der Ausgabendynamik im Krankenhausbereich gehört eine wirkungsorientierte Anpassung des Prüfquotensystems. Mit dem MDK-Reformgesetz wurde die Einführung eines Prüfquotensystems für die Prüfung von Krankenhausrechnungen für stationäre Leistungen beschlossen. Das damit verbundene Ziel war es, alle an der Abrechnungsprüfung Beteiligten zu entlasten und eine effektivere und effizientere Abrechnungsprüfung zu erreichen. Hierfür wurden die Prüfungen der Krankenkassen systematisiert und begrenzt, damit zur Begrenzung des bürokratischen Aufwands für die Krankenhäuser nicht beliebig viele Rechnungen geprüft werden. Gleichzeitig wurden mit dem Prüfquotensystem Anreize für Krankenhäuser gewahrt, regelkonform abzurechnen. Der Anreiz für die Krankenhäuser, regelkonforme Rechnungen zu stellen, wird mit den Maßnahmen des vorliegenden Entwurfs deutlich gestärkt. Gleichzeitig sind die ursprünglichen Ziele einer bürokratischen Entlastung aller Beteiligten zu wahren. Eine Abschaffung des Prüfquotensystems kann dies nicht gewährleisten. Stattdessen werden sowohl die Prüfquoten als auch die Schwellenwerte, ab wann welche Prüfquote gilt, angehoben. Jedes einzelne Krankenhaus hat es somit selbst in der Hand, wie viele Abrechnungsprüfungen anfallen und insofern, wie hoch der Prüfaufwand ist. Je höher sein Anteil regelkonformer Rechnungen ausfällt, desto weniger Prüfungen und somit Aufwand fallen an. Gleichzeitig werden die Finanzen der GKV gestärkt, da sie je nach Verhalten der Krankenhäuser entweder mehr regelkonforme Rechnungen begleichen oder mit mehr Prüfungen weniger nicht regelkonforme Rechnungen bezahlen werden. Für die Krankenhäuser wird eine neue Vergütungsform eingeführt, die DRG-Kurzzeitfallpauschalen. Mit den sektorengleichen Fallpauschalen (sogenannte Hybrid-DRG) werden ambulant erbrachte Leistungen tendenziell übervergütet, die bislang über den Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V (AOP-Katalog) vergütet und ambulant erbracht wurden. Stationäre Fälle mit Übernachtung werden hingegen tendenziell untervergütet.

Zur Erschließung von Möglichkeiten zur Verweildauerverkürzung und von Ambulantisierungspotenzial von bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, das aG-DRG-Vergütungssystem um sogenannte Kurzzeitfallpauschalen zu ergänzen.

In Therapiegebieten, in denen es mehrere vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel gibt, wird den Krankenkassen ermöglicht, für definierte Wirkstoffgruppen Rabattverträge zur bevorzugten Verordnung auszuschreiben, damit Anbieter in den Wettbewerb um Marktanteile treten und hierfür vertrauliche Preisnachlässe gewähren. Um die Kostenträger stärker als bisher an Skaleneffekten, von denen pharmazeutische Unternehmer profitieren, partizipieren zu lassen, wird die Preis-Mengen-Regelung weiterentwickelt.

Der Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten wird aus dem Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen. Der Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von Extrakten in standardisierter Qualität und Fertigarzneimittel sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon bleibt nach § 31 Absatz 6 SGB V bestehen.

Die Abschlagspflicht nach § 130a Absatz 3a SGB V, das sogenannte Preismoratorium, wird um weitere vier Jahre bis zum 31. Dezember 2030 verlängert und greift künftig, sobald ein beliebiger pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat. Die Maßnahme hat sich seit ihrer Einführung bewährt und führt weiterhin zu erheblichen Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben, auf die auch künftig nicht verzichtet werden kann.

Ergänzend wird ein Preismoratorium für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung eingeführt. Zudem wird die gesetzliche Definition der Verbandmittel um versorgungsrelevante Produktgruppen erweitert.

Im Bereich der Apotheken wird die Höhe des Abschlags nach § 130 Absatz 1 SGB V von 1,77 Euro auf 2,07 Euro erhöht.

Der Impfstoffabschlag nach § 130a Absatz 2 Satz 1 SGB V wird für Impfstoffe unter Patent- oder Unterlagenschutz um 7 Prozent erhöht. Für Impfstoffe unter Patent- oder Unterlagenschutz, für die ein Referenzabschlag nicht ermittelt werden kann, gilt ein zusätzlicher Abschlag in Höhe von 7 Prozent.

Mit Blick darauf, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen, das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen und dementsprechend ihr Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit belegt sein müssen, sollen einige der Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene (§ 25 Absätze 1 und 2 SGB V) auf den Prüfstand gestellt und in Abhängigkeit von den Prüfergebnissen angepasst werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird aufgefordert, die in seiner Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie geregelten Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten auf der Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse zu überprüfen und ggf. anzupassen und inhaltlich weiterzuentwickeln. Dabei sollen insbesondere auch spezifische Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen und geschlechtsbezogene Unterschiede im Hinblick auf das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zusammenhängender Erkrankungen berücksichtigt werden. Ferner wird der G-BA aufgefordert, die in seiner Krebsfrüherkennungs-Richtlinie geregelten Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs anhand des aktuellen Wissenstands zu überprüfen und ggf. in ein risikobasiertes Hautkrebs-Screening zu überführen.

Im Heilmittelbereich werden die versorgungsbezogenen Pauschalen für die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankoverordnung) aufgehoben. Diese sollten ursprünglich den bürokratischen Mehraufwand oder auch einen höheren inter-/intradisziplinärer Beratungsbedarf abdecken. Der leistungsrechtliche Mehraufwand ergibt sich jedoch primär aus der zusätzlich erforderlichen Diagnostik, welcher bereits über die Diagnostikpauschalen abgedeckt ist.

Zur Sicherung der Funktionsfähigkeit des Festbetragsinstruments im Hilfsmittelbereich und Beseitigung von Rechtsunsicherheiten, wird deren Festsetzung auf eine neue Rechtsgrundlage gestellt. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, das Festbetragsinstrument umfassender als bisher anzuwenden, um vorhandene Wirtschaftlichkeitspotenziale effektiver auszuschöpfen. Als Übergangsregelung bis zur finanziellen Wirksamkeit dieser Maßnahmen, gilt für die Jahre 2027 und 2028 ein dreiprozentiger Abschlag für die vertraglich vereinbarten Preise.

In der vertragszahnärztlichen Kieferorthopädie werden die Wirtschaftlichkeit und Qualität gesteigert. Die bisherige Einzelleistungsvergütung für kieferorthopädische Leistungen wird durch Pauschalen ersetzt. Die fachlichen Qualifikationsanforderungen an die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Behandlungen durchführen, werden erhöht. Zusätzlich wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, die Anspruchskriterien für kieferorthopädische Behandlungen zu evaluieren sowie die Festlegung evidenzbasierter

Leitlinien für Indikationen und Kontraindikationen für Röntgenaufnahmen bei kieferorthopädischen Behandlungen zu prüfen.

Im Bereich des Krankengeldes werden Missbrauchspotenziale und Fehlanreize beseitigt. Der Umstand, dass eine während eines Krankengeldbezugs neu auftretende Krankheit einen neuen Dreijahreszeitraum startet, führt zu übermäßig langen Bezugsdauern von Krankengeld und birgt Missbrauchspotential. Daher wird der Höchstbezug des Krankengelds unabhängig von dem Auftreten einer neuen Erkrankung auf 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren beschränkt.

Bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses im laufenden Krankengeldbezug ergeben sich im Vergleich zum Krankengeldbezug während der Arbeitslosigkeit sachlich nicht gerechtfertigte Besserstellungen. Mit der Begrenzung des Krankengeldes auf Niveau des Arbeitslosengeldes I bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses wird daher eine systemgerechte Angleichung der Entgeltersatzleistungen und die Vermeidung sachlich nicht gerechtfertigter Besserstellungen erreicht.

Die bisherige Rechtslage ermöglicht die strategische Abgabe einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V kurz vor dem Eintritt eines absehbaren Krankheitsfalls. Dem soll die Einführung einer Wartezeit von drei Monaten für die Inanspruchnahme der Wahlerklärung entgegenwirken.

Bei Wahl einer 99,99-prozentigen Teilrente bestehen systemwidrige Mitnahmeeffekte, die durch Normierung eines Mindestabstands zwischen Voll- und Teilrente für die Geltendmachung eines Krankengeldanspruchs vermieden werden sollen. Für Versicherte besteht künftig kein Anspruch auf Krankengeld mehr, wenn sie eine Teilrente beziehen, die mehr als zwei Drittel der Vollrente beträgt.

Die bisherigen Fristen nach § 51 SGB V führen häufig zu erheblichen Verzögerungen bei der Einleitung rehabilitativer Maßnahmen zur Wiederherstellung oder dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit und beim Übergang vom Krankengeldbezug in die Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente. Dies verlängert Arbeitsunfähigkeitszeiten, erhöht die Ausgaben für Krankengeld und verzögert notwendige Rehabilitations- und Teilhabeleistungen. In § 51 SGB V werden daher die Fristen von zehn auf vier Wochen verkürzt, um die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben früher zu fördern und die konsequente Umsetzung des Nachranggrundsatzes und der Beschleunigung des Übergangs vom Krankengeld- in den Erwerbsminderungsrenten- oder Altersrentenbezug zu ermöglichen.

Durch die Kombination aus anteiliger Erwerbstätigkeit und anteiligem Krankengeld sollen krankheitsbedingte Fehlzeiten reduziert werden, Restarbeitsfähigkeit genutzt und erhalten bleiben und die sozialen Sicherungssysteme entlastet werden. Für Versicherte mit nicht nur geringfügigen Erkrankungen und einer voraussichtlich länger als vier Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeit wird die Möglichkeit geschaffen teilarbeitsunfähig zu sein und Teilkrankengeld zu beziehen.

Um Ausgaben zusätzlich zu reduzieren, wird eine jährliche Höchstgrenze für die Werbeausgaben der gesetzlichen Krankenkassen gesetzlich festgelegt. Ergänzend werden die Vergütungen für außertariflich beschäftigte Führungskräfte der Krankenkassen, der Medizinischen Dienste und der Kassenärztlichen Vereinigungen begrenzt. Es wird für die Krankenkasse die Möglichkeit einer elektronischen Bekanntgabe des bei einer Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes zu versendenden gesonderten Informationsschreibens in den Formen des § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch geregelt.

Der Innovationsfonds wird reformiert. Die Finanzierung des Innovationsfonds wird ab dem Jahr 2027 dauerhaft auf 100 Millionen Euro pro Jahr abgesenkt und ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen. Darüber hinaus werden sämtliche seit Bestehen des Innovationsfonds angesammelten und nicht verausgabten Mittel, soweit

sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, einmalig an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Um die gesetzlichen Krankenkassen weiter zu entlasten, werden nicht verausgabte Mittel, sofern sie nicht für andere Aufgaben gebunden sind, künftig regelhaft an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Schließlich werden die Förderverfahren im Innovationsfonds vereinfacht und somit der Bürokratieaufwand der Förderung reduziert.

Für die Wirksamkeit homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel und Leistungen liegt keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz vor. Ihre Nutzung sollte daher nicht vom Versichertenkollektiv der Krankenkassen finanziert werden. Die Erstattungsfähigkeit von Homöopathie und Anthroposophie in der GKV wird daher gestrichen. Versicherte können sich homöopathische und anthroposophische Leistungen weiterhin selbst beschaffen und bei Bedarf private Versicherungen zur Kostenübernahme abschließen.

Nach ersten Erfahrungen mit den Preisbildungs- und Vergütungsmechanismen bei digitalen Gesundheitsanwendungen besteht Anpassungsbedarf, um eine wirtschaftliche Verwendung der Finanzmittel der GKV sicherzustellen: Die Höchstbeträge für die vorübergehende Vergütung digitaler Gesundheitsanwendungen im ersten Jahr der Erstattung erfassen bisher nur einen Teil der Produkte, was in Einzelfällen zu überhöht erscheinenden Vergütungsbeträgen geführt hat. Zudem hat sich die Zahl der abgegebenen digitalen Gesundheitsanwendungen bei einigen dauerhaft in das Verzeichnis nach § 139e SGB V aufgenommenen Produkten zuletzt exponentiell entwickelt, ohne dass dies in geeigneter Weise bei der Vergütung berücksichtigt worden wäre. Ziel der Maßnahmen ist die Sicherstellung eines durchgehend angemessenen Vergütungsniveaus im ersten Jahr der Erstattung sowie eine generelle Berücksichtigung der mit steigenden Abgabemengen sinkenden Grenzkosten für digitale Produkte. So wird für das erste Jahr der Erstattung ein Höchstbetrag als Auffangwert für digitale Gesundheitsanwendungen eingeführt, die keiner Höchstbetragsgruppe angehören. Für die verhandelten Vergütungsbeträge, die ab dem dreizehnten Monat gelten, wird in Form einer Abstaffelungsregelung eine generelle Berücksichtigung der mit steigenden Abgabemengen sinkenden Grenzkosten für digitale Produkte vorgegeben.

Patientinnen und Patienten

Die Zuzahlungen der Versicherten sind seit 2004 weitestgehend unverändert geblieben und müssen angepasst werden. Durch eine nachholende Anhebung der seit über 20 Jahren nicht angepassten Zuzahlungsgrenzen und -beträge um 50 Prozent (entspricht näherungsweise der seit 2004 erfolgten durchschnittlichen Lohn- und Gehaltssteigerung) wird die Eigenverantwortung gestärkt. Patientinnen und Patienten werden an den Kosten der Inanspruchnahme konkreter Leistungen beteiligt, wodurch das Kostenbewusstsein steigt. Gleichzeitig bleiben die Zuzahlungen auf einem verträglichen und im internationalen Vergleich niedrigen Niveau. Finanzielle Überforderung wird auch weiterhin durch eine Begrenzung der zu leistenden Zuzahlungen auf zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (bei chronisch Kranken ein Prozent) begrenzt. Zudem werden die Zuzahlungsgrenzen und -beträge mit der Entwicklung der Grundlohnrate dynamisch fortgeschrieben.

Angesichts der enormen Finanzierungslücken können leider auch moderate Leistungsanpassungen und ein Beitrag der Versicherten sowie Patientinnen und Patienten nicht vermieden werden. Um das hohe Niveau der medizinischen Versorgung insgesamt auch in Zukunft sicherzustellen, müssen gezielte Anpassungen in den Bereichen vorgenommen werden, in denen das auch im internationalen Vergleich hohe Leistungsniveau die GKV finanziell belastet.

Vor dem Hintergrund des im internationalen Vergleich verhältnismäßig hohen Absicherungsniveaus durch die Lohnfortzahlung und Krankengeldleistungen sowie angesichts des starken Anstiegs der kalendertäglichen Krankengeldzahlbeträge in den letzten Jahren wird die Höhe des Krankengeldes moderat um jeweils 5 Prozentpunkte reduziert.

Die durch das TSVG vorgenommene Anhebung der Festzuschüsse für Zahnersatz hat zu erheblichen Mehrausgaben für die GKV geführt. Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Zahnersatzleistungen lassen sich hingegen nicht nachweisen. Dies liegt unter anderem daran, dass der Zugang zu medizinisch notwendigem Zahnersatz für Versicherte mit geringen Einkommen bereits durch die Härtefallregelung gewährleistet ist. Um die finanzielle Stabilität der GKV zu sichern, werden die Festzuschüsse für Zahnersatz um 10 Prozentpunkte abgesenkt und wieder auf das bereits bis 2020 geltende Niveau reduziert. Gleichzeitig wird die Härtefallregelung so angepasst, dass für die betroffenen Personengruppen weiterhin eine vollständige Kostenübernahme der Regelversorgung gewährleistet bleibt.

Insgesamt sind die Belastungen von Versicherten und Patientinnen und Patienten mit Blick auf die hohen zu schließenden Deckungslücken bis 2030 moderat ausgestaltet.

Arbeitgeber und Mitglieder

Wenngleich die Ausgabenseite der GKV in besonderem Maße zur hohen Deckungslücke beiträgt, können stabile Beitragssätze in der GKV nicht ausschließlich über die Ausgabenseite sichergestellt werden. Das vorliegende Maßnahmenpaket nimmt auch die Einnahmenseite der GKV in den Blick.

Künftig wird der Beitragssatz für den vom Arbeitgeber aus einer geringfügigen Beschäftigung zu tragenden Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung anhand des allgemeinen Beitragssatzes und des jeweils für das betreffende Jahr bekanntgegebenen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes berechnet und somit an den durchschnittlich bei versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses geltenden Beitragssatz angeglichen.

Im Jahr 2027 wird zudem die monatliche Beitragsbemessungsgrenze einmalig zusätzlich um rund 300 Euro angehoben und der Abstand zur Versicherungspflichtgrenze damit in etwa halbiert. So stärken wir die Beitragsgerechtigkeit und generieren einen solidarischen Beitrag von Arbeitgebern und Personen mit höheren Einkommen zum Reformpaket.

Geht ein Ehegatte oder Lebenspartner aus prinzipiell freier Entscheidung keiner Erwerbstätigkeit nach, ist es angemessen, dass sich der erwerbstätige Partner an den Kosten seiner gesundheitlichen Versorgung beteiligt. Für eine solidarische Beteiligung an den Aufwendungen der GKV wird die beitragsfreie Familienversicherung begrenzt auf Ehepartner und Lebenspartner mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, mit zu pflegenden Angehörigen sowie nach Erreichen der Regelaltersgrenze. Mitglieder mit derzeit beitragsfrei mitversicherten Ehegatten zahlen künftig einen Beitragszuschlag in Höhe von 3,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Mit Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im Umfang von 11 Stunden wöchentlich fällt der GKV-Beitrag infolge der Midi-Job-Regelung geringer aus.

Bund

Auch der Bund leistet einen Beitrag zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV durch eine Verschiebung der Rückzahlung der in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten Darlehen von insgesamt 5,6 Milliarden Euro. Diese sind nun in den Jahren 2035 bis 2039 zurückzuzahlen.

III. Exekutiver Fußabdruck

Es haben weder Interessenvertreterinnen oder Interessenvertreter noch beauftragte Dritte wesentlich zum Inhalt des Entwurfs beigetragen.

IV. Alternativen

Keine.

V. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt zum einen aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung) sowie aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes. Die vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen sind zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet sowie zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse im Sinne des Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes erforderlich. Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen. Die Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben, um einheitliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der Erlass entsprechender Regelungen auf Landesebene würde dagegen voraussichtlich zu einer Rechtszersplitterung führen, sodass das Ziel der Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit nicht erreicht werden könnte.

VI. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Entwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar.

VII. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Die Anpassung bei der Vereinbarung des Veränderungswerts für somatische Krankenhäuser (§ 9 Absatz 1b KHEntgG) sowie die Streichung der Vorgaben zur Vereinbarung des Veränderungswerts für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser (§ 9 Absatz 1 Nummer 5 BPflV), der Erhöhungsrate für Tariferhöhungen und der anteiligen Erhöhungsrate (§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG) tragen zur Verwaltungsvereinfachung bei.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Dieser Entwurf steht im Einklang mit den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie (DNS), die der Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen dient.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Kommunen

Durch die Verschiebung der Rückzahlungsfrist der in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten Darlehen entstehen dem Bund Mindereinnahmen von jeweils 1 Milliarde Euro in den Jahren 2029 bis 2032 und von 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2033 sowie entsprechende Mehreinnahmen von jeweils 1 Milliarde Euro in den Jahren 2035 bis 2038 und von 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2039.

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

Die Einführung eines ergänzenden dynamischen Herstellerabschlags führt für Bund, Länder und Kommunen bei den Ausgaben für die Beihilfe zu geschätzten Einsparungen in Höhe von rund 40 Millionen Euro im Jahr 2027, rund 60 Millionen Euro im Jahr 2028, rund 115 Millionen Euro im Jahr 2029 und rund 185 Millionen Euro im Jahr 2030, wobei die Wechselwirkung mit anderen Maßnahmen im Arzneimittelbereich zu beachten ist.

Die Einführung einer gesetzlichen Auffanglösung für Preis-Mengen-Regelungen nach § 130b Absatz 1a SGB V führt zu geschätzten Einsparungen in Höhe von rund 2 Millionen Euro im Jahr 2028, rund 5 Millionen Euro im Jahr 2029 und rund 15 Millionen Euro im Jahr 2030. Die Abschaffung der „Leitplanken“ für Erstattungsbeträge führt zu jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rund 5 Millionen Euro in 2027, rund 10 Millionen Euro in 2028, rund 15 Millionen Euro in 2029 und rund 20 Millionen Euro in 2030.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch den Gesetzentwurf wird die GKV durch Mehreinnahmen und Minderausgaben in Höhe von insgesamt rund 20 Milliarden Euro im Jahr 2027 aufwachsend auf bis zu rund 42 Milliarden Euro im Jahr 2030 entlastet, die sich wie folgt auf verschiedene Blöcke verteilen:

	Angaben in Milliarden Euro			
	2027	**2028**	**2029**	**2030**
Deckungslücke für einen stabilen Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,9 Prozent	**15,3**	**21,5**	**31,9**	**40,4**
Gesamtentlastung durch den Gesetzentwurf	**19,6**	**27,5**	**35,6**	**42,8**
davon:				
Minderausgaben	***15,6***	***21,3***	***29,2***	***36,3***
davon:				
Leistungserbringer, Hersteller, Krankenkassen	**11,8**	**17,3**	**24,0**	**30,9**
darunter:				
Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik	4,9	9,8	15,7	21,0
Streichung Sondervergütungen	3,5	3,8	4,0	4,3
Sonstige Maßnahmen	3,4	3,7	4,3	5,6
Patientinnen und Patienten	**3,8**	**4,0**	**4,2**	**4,4**
darunter:				
Leistungsanpassungen	1,9	2,0	2,1	2,2
Zuzahlungen	1,9	2,0	2,1	2,2
Bund (Verschiebung Rückzahlung Darlehen)			**1,0**	**1,0**
Mehreinnahmen	***4,0***	***6,2***	***6,3***	***6,5***
davon:				
Arbeitgeber	**2,8**	**2,8**	**2,9**	**3,0**
darunter:				
Beitrag für geringfügig Beschäftigte	1,6	1,6	1,7	1,7
Anhebung Beitragsbemessungsgrenze	1,2	1,2	1,2	1,3

Mitglieder	**1,2**	**3,4**	**3,4**	**3,5**
darunter:				
Anhebung Beitragsbemessungsgrenze	1,2	1,2	1,2	1,3
Anpassung beitragsfreie Mitversicherung	0	2,2	2,2	2,2

Das geschätzte Entlastungsvolumen des Maßnahmenpakets liegt in allen vier Jahren oberhalb der prognostizierten Deckungslücke. Dieser Sicherheitspuffer ist erforderlich, um steigende Beitragssätze und die damit verbundenen Zusatzbelastungen der Mitglieder und Arbeitgeber mit Sicherheit auszuschließen und Planungssicherheit zu schaffen. Sowohl ausgaben- wie einnahmenseitig bestehen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch erhebliche Risiken, dass die Deckungslücken höher ausfallen als prognostiziert. Bereits eine höhere Ausgabendynamik von nur 1 Prozentpunkt in 2026 oder 2027 gegenüber der hier zugrunde gelegten Prognose führt (bei Gesamtausgaben von rund 400 Mrd. Euro) zu höheren Ausgaben von rund 4,0 Milliarden Euro. Auch einnahmenseitig bestehen angesichts der geopolitischen und weltwirtschaftlichen Entwicklungen Risiken. Zudem sind die geschätzten Finanzwirkungen vieler Maßnahmen naturgemäß mit Unsicherheiten verbunden, da sie beispielsweise auch von der konkreten Umsetzung der Selbstverwaltung oder den Reaktionen der betroffenen Akteuren abhängen. Ein moderater Sicherheitspuffer stellt sicher, dass der durchschnittlich ausgabendeckende Zusatzbeitragssatz stabil bleiben kann, trotz etwaiger Mehrausgaben oder Mindereinnahmen im weiteren Jahresverlauf oder geringerer (als der geschätzten) Einsparbeträge bei einzelnen Maßnahmen. Sollten diese Risiken nicht eintreten, wäre eine geringfüge Absenkung des durchschnittlichen ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatzes möglich.

Der größte Teil des Entlastungsvolumens dieses Gesetzes wird mit 12 Milliarden Euro (rund 60 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) im Jahr 2027 aufwachsend auf 31 Milliarden Euro in 2030 (72 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) durch Vergütungsbegrenzen und Einsparungen im Bereich der Leistungserbringer erbracht. Der Beitrag der Patientinnen und Patienten aufgrund von moderaten Leistungsanpassungen und einer nachholenden Anhebung der Zuzahlungen beträgt rund 3,8 Milliarden Euro in 2027 (19 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) und rund 4,4 Milliarden Euro in 2030 (10 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen).

Die Arbeitgeber tragen aufgrund der Anhebung des pauschalen Arbeitgeber-Beitragssatzes für geringfügig Beschäftigte und der einmaligen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze moderate Belastungen in 2027 von rund 2,8 Milliarden Euro (14 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) und rund 3,0 Milliarden Euro in 2030 (7 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Belastungen der Arbeitgeber durch die paritätische Tragung der höheren Zusatzbeitragssätze ohne dieses Reformpaket in 2027 mit rund 5,4 Milliarden Euro und in 2030 mit rund 14 Milliarden Euro deutlich höher gelegen hätten.

Die Mitglieder werden durch die einmalige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (wirksam ab 2027) und die Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung (wirksam ab 2028) in 2027 um rund 1,2 Milliarden Euro (6 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) und rund 3,5 Milliarden Euro in 2030 (8 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) belastet. Auch hier ist zu berücksichtigen, dass die Belastungen der Mitglieder durch die paritätische Tragung der Zusatzbeiträge ohne dieses Reformpaket bei rund 7,7 Milliarden Euro in 2027 und rund 20 Milliarden Euro in 2030 gelegen hätten.

Durch die Verschiebung der Rückzahlungsfrist der in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten Darlehen beteiligt sich auch der Bund an der Stabilisierung der Beitragssätze. Dies senkt die Belastungen der GKV in den Jahren 2029 bis 2032 um jeweils 1 Milliarde Euro und im Jahr 2033 um 1,6 Milliarden Euro.

Die Finanzwirkungen der einzelnen Maßnahmen sind im Folgenden detailliert dargestellt.

a) Minderausgaben der GKV

i. Leistungserbringer, Hersteller und Krankenkassen (Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik)

Durch die zentrale Begrenzung der Vergütungs- und Preisanstiege auf die jeweilige Kostenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen mit der Einnahmenentwicklung der GKV (Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied) als fester Obergrenze in allen Leistungsbereichen erzielt die GKV Einsparungen in 2027 in Höhe von rund 4,9 Milliarden Euro aufwachsend auf bis zu rund 21 Milliarden Euro in 2030. Damit gehen rund ein Viertel der Gesamtentlastung der GKV in 2027 bis die Hälfte der Gesamtentlastung der GKV in 2030 allein auf die (Wieder-)Einführung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zurück. Dies macht deutlich, dass Beitragssatzstabilität in der GKV ohne diese zentrale Maßnahme in allen Leistungsbereichen nicht erreichbar ist.

Dabei verteilen sich die Entlastungen wie folgt auf die einzelnen Leistungsbereiche:

Die Umsetzung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Bereich der Krankenhäuser umfasst insbesondere die Begrenzung des Anstiegs der Landesbasisfallwerte für somatische Krankenhäuser und der Budgets psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser auf den Orientierungswert, maximal jedoch die Grundlohnrate als Obergrenze, die Streichung von Regelungen zur vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen oberhalb der Obergrenze sowie die Begrenzung der Anstiege beim Pflegebudget auf den Orientierungswert, maximal jedoch die Grundlohnrate mitsamt der durch dieses Gesetz geregelten Absenkung dieser in den Jahren 2027 bis 2029 als Obergrenze, und einer Überschreitung derselbigen nur bei notwendigem Personalaufbau zur Einhaltung von Personalvorgaben. Durch diese Maßnahmen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027 erhebliche Minderausgaben. Deren Höhe hängt neben der noch nicht bekannten Entwicklung der Grundlohnrate (deren Berechnungen durch dieses Gesetz ebenfalls geändert wird) und des Orientierungswertes auch von der Höhe zukünftiger Tariflohnvereinbarungen relativ zur jeweils geltenden Obergrenze ab und kann daher nur näherungsweise geschätzt werden. Seit 2013 lag der Orientierungswert, der die tatsächliche Kostensteigerung der Krankenhäuser widerspiegelt im Schnitt knapp unter 3 Prozent, der Medianwert, welcher weniger stark von den inflationsbedingt sehr hohen Orientierungswerten der Jahre 2023 und 2024 beeinflusst wird, lag deutlich unter 2,5 Prozent und nur knapp oberhalb der Inflationsentwicklung im Median, welche gemäß Erwartung der Bundesregierung bis 2030 auf das langfristige Niveau von 2 Prozent sinken wird. Damit dürfte die tatsächliche Kostenentwicklung die Veränderung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (Grundlohnrate) unterschreiten. Die Grundlohnrate lag im Mittel seit 2013 oberhalb von 3 Prozent und dürfte im Zeitraum 2027 bis 2030 das langfristige Mittel übersteigen. In der Annahme einer Fortschreibung dieser Situation entspräche im gesetzlichen Status quo die Obergrenze damit der Grundlohnrate, wobei sowohl die geltenden Regelungen zur vollständigen Refinanzierung durchschnittlicher Tariflohnkostensteigerungen, als auch die bestehende Ausgestaltung des IST-Kosten-Ausgleichs im Pflegebudget Anstiege oberhalb dieser Obergrenze ermöglichen würden. Auf dieser Basis ist durch die Änderungen dieses Gesetzes für 2027 von geschätzten Minderausgaben in Höhe von rund 2,5 Milliarden Euro auszugehen. Da die geringeren Anstiege für die Folgejahre basiswirksam sind, erhöhen sich die geschätzten Minderausgaben bis zum Jahr 2030 auf geschätzt 8 bis 9 Milliarden Euro pro Jahr.

Die Einführung eines ergänzenden dynamischen Herstellerabschlags führt zu geschätzten Einsparungen in Höhe von rund 1,1 Milliarden Euro im Jahr 2027, rund 1,9 Milliarden Euro im Jahr 2028, rund 3,5 Milliarden Euro im Jahr 2029 und rund 5,5 Milliarden Euro im Jahr 2030, wobei die Wechselwirkung mit anderen Maßnahmen im Arzneimittelbereich zu beachten ist. Es ist darauf hinzuweisen, dass sowohl die zukünftigen Arzneimittelausgaben als auch die beitragspflichtigen Einnahmen, von denen die Finanzwirkung des Abschlags

maßgeblich abhängt, von zahlreichen Einflussfaktoren abhängen, so dass eine sichere Vorhersage nicht möglich ist.

Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung kommt es durch die Begrenzung der Höhe der Anpassung sowohl des Orientierungswertes als auch des Punktwertes an die Grundlohnrate als feste Obergrenze zu keinen Mehr- oder Minderausgaben. Bei der Begrenzung der vertraglichen Vergütungsanpassungen im Bereich der Hochschulambulanzen und der Psychiatrischen Institutsambulanzen auf die Grundlohnrate als feste Obergrenze kommt es 2027 zu Minderausgaben in Höhe von rund 13 Millionen Euro, für 2030 wird von Minderausgaben im Umfang von 115 Millionen Euro ausgegangen. Zu weiteren Minderausgaben in Höhe von rund 70 Millionen Euro für 2027, aufwachsend auf 400 Millionen Euro in 2030, führt die Begrenzung der vertraglichen Vergütungsanpassungen in der hausarztzentrierten Versorgung auf die Grundlohnrate als feste Obergrenze inklusive Einführung eines Abschlags zur Berücksichtigung der Fixkostendegression. Durch die Begrenzung des Ausgabenvolumens für extrabudgetär vergütete Leistungen werden 2027 Einsparungen in Höhe von rund 200 Millionen Euro erzielt. Für 2030 wird von Einsparungen in Höhe von rund 1,2 Milliarden Euro ausgegangen.

Die finanzielle Auswirkung der Wiedereinführung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität für die Verträge zur Heilmittelversorgung lässt sich nur näherungsweise abschätzen, da die zukünftig geschlossenen Vergütungsverträge und deren Höhe relativ zur Grundlohnrate als feste Obergrenze nicht bekannt sind. Selbst unter der Annahme, dass die Vergütungssteigerungen in den kommenden Jahren geringer ausfallen, als dies seit 2019 der Fall war, dürfte die Regelung im Jahr 2027 zu basiswirksamen Minderausgaben von rund 0,2 Milliarden Euro führen; die in den Folgejahren bis 2030 auf rund 1,0 Milliarde Euro anwachsen.

Aufgrund der hohen Anzahl sowie der heterogenen Ausgestaltung der Verträge im Hilfsmittelbereich lassen sich die finanziellen Entlastungseffekte, die aus der Stärkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität resultieren, nicht exakt prognostizieren.

Die Vorgabe, dass die zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütungen und Punktwerte für zahnärztliche Leistungen maximal in Höhe der Grundlohnrate steigen dürfen, begrenzt dauerhaft das Ausgabenwachstum in diesem Leistungsbereich. Da die Anpassungsobergrenze von 2027 bis 2029 zusätzlich einen Prozentpunkt unterhalb dieser Rate liegt, ergeben sich für zahnärztliche Leistungen Minderausgaben von rund 160 Millionen Euro in 2027, welche bis 2030 auf rund 480 Millionen Euro ansteigen.

Analoge Vorgaben für die Punktwerte und die Preise für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz führen 2027 zu Einsparungen von rund 40 Millionen Euro, 2028 von rund 90 Millionen Euro und 2029 und 2030 von jeweils rund 140 Millionen Euro.

Durch die Begrenzung der Vergütungssteigerungen in Höhe der Grundlohnrate und die damit verbundene Abschaffung der vollständigen Tarifrefinanzierung im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist mit Einsparungen im Jahr 2027 von rund 170 Millionen Euro zu rechnen. Die Einsparungen wachsen bis zum Jahr 2030 auf einen Betrag von rund 790 Millionen Euro auf (§§ 111, 111c SGB V).

Durch die Stärkung und Ausweitung der Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im § 133 SGB V entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027 erhebliche Minderausgaben im Bereich der Versorgung mit Krankentransportleistungen. Deren Höhe hängt neben der noch nicht bekannten Entwicklung der Grundlohnrate auch von den Vereinbarungen über zukünftige Entgelte ab und kann daher nur näherungsweise geschätzt werden. Für das Jahr 2027 ist von geschätzten Minderausgaben in Höhe von rund 0,3 Milliarden Euro auszugehen, die bis zum Jahr 2030 auf rund 1,6 Milliarden Euro aufwachsen.

Durch die Begrenzung des jährlichen Anstiegs der Verwaltungsausgaben auf die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V und die gesetzliche Festlegung der neuen Höchstgrenze für die jährlichen Werbeausgaben der gesetzlichen Krankenkassen auf 0,075 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) je Mitglied sparen die Krankenkassen einen Betrag in Höhe von rund 30 Millionen Euro im Jahr 2027 ein, der sich bis zum Jahr 2030 auf rund 420 Millionen Euro kumuliert. Statt dem von den zuständigen Aufsichtsbehörden bisher verwendeten Höchstbetrag für die jährlichen Werbeausgaben der gesetzlichen Krankenkassen von rund sechs Euro je Mitglied im Jahr 2027 darf eine Krankenkasse danach künftig nur noch bis zu rund drei Euro pro Mitglied für Werbemaßnahmen verwenden.

Durch die Begrenzung der Vergütungssteigerungen bei der Hebammenhilfe in Höhe der Grundlohnrate minus ein Prozent bei Schließung eines neuen Hebammenhilfevertrags ab 2028 ist mit Einsparungen in Höhe von rund 15 Millionen Euro in 2028 zu rechnen. Die Einsparungen wachsen bis zum Jahr 2030, wo die Vergütungssteigerung dann auf die Höhe der Grundlohnrate begrenzt ist, auf einen Betrag von rund 50 Millionen Euro an.

Durch die Begrenzung der Vergütungssteigerungen in Höhe der Grundlohnrate und die damit verbundene Abschaffung der vollständigen Tarifrefinanzierung im Bereich der Haushaltshilfe nach § 132 SGB V und der medizinischen Behandlungspflege nach §§ 132a, 132l SGB V ist mit Einsparungen im Jahr 2027 von rund 130 Millionen Euro zu rechnen. Die Einsparungen wachsen bis zum Jahr 2030 auf einen Betrag von rund 710 Millionen Euro auf.

ii. Leistungserbringer (Streichung kostenintensiver Sondervergütungen)

Die Streichung derzeitiger und zukünftiger Sondervergütungen mit relevanten Belastungen der GKV führt zu Entlastungen in Höhe von rund 3,5 Milliarden Euro in 2027 aufwachsend auf bis zu rund 4,3 Milliarden Euro in 2030.

Durch die Streichung der pauschalen zusätzlichen Finanzierung pflegentlastender Maßnahmen für somatische Krankenhäuser, welche erstmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2025 pauschal in Höhe von 2,5 Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen ist, entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung unter Fortschreibung der Aufwendungen der Krankenkassen für das Pflegebudget Minderausgaben von geschätzt rund 0,7 Milliarden Euro ab dem Jahr 2027, welche in den Folgejahren entsprechend der Entwicklung der Gesamtkosten für das Pflegebudget im Krankenhaus weiter auf einen höheren dreistelligen Millionenbetrag anwachsen könnten.

Durch die Verpflichtung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser zur Rückzahlung von Mitteln zugunsten der Kostenträger für vereinbarte, aber in der Folge nicht besetzte, Personalstellen, die insoweit nicht zweckentsprechend verwendet wurden, entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2027 Minderausgaben von geschätzt rund 0,2 Milliarden Euro pro Jahr, welche sich in den Folgejahren entsprechend der durchschnittlichen Zuwächse bei den Aufwendungen für Behandlungen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser bis 2030 auf geschätzt rund 0,2 Milliarden Euro pro Jahr steigern könnten.

Durch die Streichung aller besonderen extrabudgetären Vergütungskonstellationen, die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführt worden sind (Zuschläge für einen zeitnahen Behandlungsbeginn nach einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder durch einen Hausarzt, der extrabudgetären Vergütung dieser Behandlungsfälle sowie der Behandlungsfälle im Rahmen einer offenen Sprechstunde), entsteht für 2027 ein Einsparvolumen in Höhe von rund 1,3 Milliarden Euro. Aufgrund der ohne Streichung der Regelungen anzunehmenden anhaltend hohen Dynamik der Fälle wird für 2030 von Einsparungen in Höhe von 1,8 Milliarden Euro ausgegangen. Durch den Wegfall der Zuschläge bei der psychotherapeutischen Kurzzeittherapie werden jährliche Minderausgaben

in Höhe von rund 100 Millionen Euro erzielt. Durch die Streichung der Vergütung der Beratung bei der Organspende werden 2027 weitere rund 90 Millionen Euro an Minderausgaben erreicht. Für 2030 werden aufgrund der erwarteten Ausweitung der Abrechnungshäufigkeit Einsparungen von 170 Millionen Euro angenommen.

Durch die Anpassungen bei der Systematik der entbudgetierten Leistungen in der Kinder- und Jugendmedizin werden für 2027 Einsparungen in Höhe von 150 Millionen Euro erzielt, aufwachsend auf 180 Millionen Euro bis 2030.

Für die gesetzliche Krankenversicherung ist durch den Entfall der gesonderten Vergütung für die Befüllung der elektronischen Patientenakte mit Einsparungen im Umfang von rund 770 Millionen Euro zu rechnen.

Die gesetzliche Klarstellung im Heilmittelbereich, dass separate Pauschalen die eine besondere Versorgungsverantwortung abgelten, nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden dürfen, führen unter Berücksichtigung der derzeitigen Indikationen für Verordnungen nach § 125a SGB V ab 2027 zu jährlichen Minderausgaben von geschätzt rund 150 Millionen Euro. In dem Maße, in dem ab 2027 weitere Indikationen für Verordnungen nach § 125a SGB V geöffnet werden, steigen auch die Minderausgaben als Folge der Regelung.

iii. Leistungserbringer, Hersteller und Krankenkassen (Sonstige Maßnahmen)

Durch eine wirkungsorientierte Anpassung des Prüfquotensystems, die höhere Prüfquoten bei gleichzeitig niedrigeren Schwellenwerten hinsichtlich des Anteils unbeanstandeter Rechnungen ermöglicht, der automatischen Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Diensts sowie der Stärkung des Falldialogs zwischen Krankenkassen und Krankenhaus vor Prüfung des Medizinischen Diensts entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2027 geschätzte Minderausgaben von rund 1,6 Milliarden Euro pro Jahr.

Durch die Einführung sogenannter Kurzzeitfallpauschalen im Jahr 2028 können erstmals ab 2030 finanzielle Effekte auf die Aufwendungen für Krankenhausbehandlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung realisiert werden, deren Höhe neben der konkreten Vereinbarung durch die Partner der Selbstverwaltung auch von den Auswirkungen auf insbesondere die Verweildauer der Patientinnen und Patienten abhängt. Eine pauschalisierte Vergütung für stationäre Behandlungsfälle mit bis zu drei Kalendertagen Aufenthalt und zwei Übernachtungen unabhängig von der konkreten Verweildauer im Einzelfall stärkt die Wirtschaftlichkeitsanreize in der Behandlung insbesondere hinsichtlich der Verweildauer. Bei einer Verkürzung der mittleren Verweildauer der geschätzt rund 5 Millionen potenziell betroffenen Fälle in der gesetzlichen Krankenversicherung könnten im Jahr 2030 Minderausgaben von geschätzt rund 1,0 Milliarden Euro realisiert werden. Diese Minderausgaben hängen davon ab, inwiefern im Rahmen einer Verweildauerverkürzung auch die durchschnittlichen in der Kalkulation berücksichtigten Kosten für Diagnostik, Behandlung und insbesondere Unterbringung gesenkt werden. Entsprechende Effekte im Jahr 2028 hätten im Rahmen der Kalkulationszyklen im pauschalisierten Entgeltsystem für stationäre somatische Krankenhausbehandlungen Auswirkungen auf die Vergütung der betroffenen Fälle im Jahr 2030.

Der Prüfauftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2027 zu prüfen, inwieweit eine Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist, hat zunächst keine unmittelbaren finanzielle Auswirkungen. Einsparungen treten in Abhängigkeit vom Prüfergebnis der Vertragsparteien auf Bundesebene und dessen Umsetzung durch die Vertragsparteien ein.

Die finanzielle Ausgabenwirkung der schrittweisen Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens für mengenanfällige Eingriffe hängt neben der Auswahl der Eingriffe durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auch vom Verhalten der Patientinnen und Pa-

tienten ab, die eine zusätzliche ärztliche Meinung einholen müssen. Ausgehend von mengenstarken und präferenzsensitiven orthopädischen Eingriffen an Knie, Hüfte, Wirbelsäule und Schulter als geeignete Eingriffe für die schrittweise Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens und der Annahme, dass 10 Prozent der Patientinnen und Patienten sich zukünftig in Folge der Regelung gegen einen operativen Eingriff entscheiden könnten, können näherungsweise Minderausgaben der Krankenkassen durch die Regelung geschätzt werden. Basierend auf stationären Fallzahlen der jeweiligen Eingriffe im Jahr 2024 in den veröffentlichten Daten nach § 21 KHEntgG, dem Fallpauschalenkatalog 2025 und einer Fortschreibung des Bundesbasisfallwertes 2025 auf das Jahr 2027 ergeben sich geschätzte saldierte Minderausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages für die erstmals im zweiten Halbjahr 2027 wirksame Verpflichtung zum Vorliegen einer Zweitmeinung als Voraussetzung für die Erstattung durch die Krankenkassen. Bis 2030 steigen die geschätzten saldierten Minderausgaben durch die zusätzliche Verpflichtung zur Zweitmeinung für weitere Eingriffe auf geschätzt insgesamt rund 0,4 Milliarden Euro. Mehraufwendungen für alle Behandlungsfälle aufgrund der Verpflichtung zum Nachweis einer Zweitmeinung als Voraussetzung für die Erstattung durch die Krankenkassen sind dabei in Höhe der Vergütung für das Zweitmeinungsverfahren im Einheitlichen Bewertungsmaßstab sowie der durchschnittlichen vertragsärztlichen Behandlungskosten pro Fall für möglicherweise weitere notwendige Untersuchungsverfahren im Rahmen der Erstellung der ärztlichen Zweitmeinung bereits berücksichtigt.

Die Einführung einer gesetzlichen Auffanglösung für Preis-Mengen-Regelungen bei Nichteinigung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem pharmazeutischen Unternehmen nach § 130b Absatz 1a SGB V führt zu geschätzten Einsparungen in Höhe von rund 60 Millionen Euro im Jahr 2028, rund 150 Millionen Euro im Jahr 2029 und rund 450 Millionen Euro im Jahr 2030. Durch die Abschaffung der „Leitplanken“ für Erstattungsbeträge entstehen jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 150 Millionen Euro in 2027, rund 300 Millionen Euro in 2028, rund 450 Millionen Euro in 2029 und rund 600 Millionen Euro in 2030. Durch die Abschaffung des Kombinationsabschlags entstehen jährliche Einsparverluste in Höhe von rund 60 Millionen Euro in 2027, rund 160 Millionen Euro in 2028, rund 185 Millionen Euro in 2029 und rund 200 Millionen Euro in 2030.

Die Stärkung des Wettbewerbs zwischen therapeutisch vergleichbaren patentgeschützten Arzneimitteln führt zu geschätzten Einsparungen in Höhe von rund 200 Millionen Euro im Jahr 2028, rund 400 Millionen Euro im Jahr 2029 und rund 600 Millionen Euro im Jahr 2030.

Die neue Legaldefinition des Begriffes „Verbandmittel“ hat keine unmittelbaren finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung. Durch Auslaufen der Frist Ende 2026, bis zu der sonstige Produkte ohne Nutzennachweis verordnungsfähig zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sind, ergeben sich Einsparungen in Höhen von rund 180 Millionen Euro pro Jahr (§ 31 Absatz 1a SGB V).

Durch Streichung der Verordnungsfähigkeit von Cannabisblüten ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung Einsparungen in Höhe von rund 130 Millionen Euro im Jahr 2027, rund 150 Millionen Euro im Jahr 2028, rund 165 Millionen Euro im Jahr 2029 und rund 180 Millionen Euro im Jahr 2030 (§ 31 Absatz 6 SGB V).

Durch die Verlängerung des Preismoratoriums werden erhebliche Kostensteigerungen durch Anhebung der Arzneimittelpreise verhindert. Durch die Stärkung des erweiterten Preismoratoriums können sich für die gesetzliche Krankenversicherung Einsparungen in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrags ergeben (§ 130a Absatz 3a SGB V).

Durch Einführung eines Preismoratoriums für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung Einsparungen in Höhe von rund 170 Millionen Euro pro Jahr (§ 130a Absatz 3e SGB V).

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 200 Millionen Euro durch die Anhebung des Rabatts der Apotheken an die Krankenkassen nach § 130 Absatz 1 SGB V sowie Einsparungen in Höhe von rund 130 Millionen Euro im Jahr 2027, rund 140 Millionen Euro im Jahr 2028, rund 150 Millionen Euro im Jahr 2029 und rund 170 Millionen Euro im Jahr 2030 durch die Erhöhung der Abschläge für Impfstoffe für Schutzimpfungen mit Patent- oder Unterlagenschutz (§ 130a Absatz 2 SGB V).

Durch die Einführung eines Abschlags für die Fixkostendegression bei Mengenausweitungen bei den entbudgetierten Leistungen der Hausärzte sowie der Kinder- und Jugendmediziner kommt es zu Einsparungen in Höhe von rund 30 Millionen Euro in 2027, aufwachsend auf 130 Millionen Euro in 2030.

Die mit dem Überprüfungsauftrag an den G-BA verbundenen Erwartungen eines Einsparpotenzials bei den Ausgaben der Krankenkassen können nicht konkret beziffert werden, da die Finanzwirkung von den Ergebnissen der Beratungen und der letztendlichen Anpassung bzw. Ausgestaltung der Richtlinien (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, Krebsfrüherkennungs-Richtlinie) des G-BA und etwaigen Änderungen z. B. bei Altersgrenzen, Zielgruppen, Zielerkrankungen, Untersuchungsintervallen, Untersuchungsinhalten und Untersuchungsmethoden abhängen werden. Eine Anpassung der Richtlinien an den aktuellen wissenschaftlichen Stand durch den G-BA kann zu Einsparungen führen, wenn diese z. B. eine Begrenzung der Untersuchungsinhalte und eine Verlängerung der Untersuchungsintervalle beinhaltet und in der Umsetzung ein stärkerer Einbezug nicht-ärztlichen Personals vorgenommen wird.

Im Hilfsmittelbereich führt der vorübergehende pauschale Abschlag in Höhe von drei Prozent auf die Vertragspreise ausgehend von einem Gesamtausgabenvolumen der GKV für den Bereich der Hilfsmittel im Jahr 2025 in Höhe von rund 12 Milliarden Euro in den Jahren 2027 und 2028 zu Minderausgaben von jeweils rund 360 Millionen Euro.

Die Neuordnung der Festbeträge für Hilfsmittel führt zu Minderausgaben der GKV. Deren Höhe kann nur näherungsweise geschätzt werden, da diese unter anderem davon abhängig ist, wie sich die Festbeträge in den bestehenden Festbetragsgruppen entwickeln und welche Hilfsmittel vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen als weitere festbetragsrelevante Produktgruppen eingestuft werden. Ab 2029 ist von geschätzten jährlichen Minderausgaben in Höhe von rund 500 Millionen Euro auszugehen.

Die mit dem Auftrag an den G-BA zur Überprüfung und Anpassung der Kieferorthopädie-Richtlinie verbundenen Erwartungen eines Einsparpotenzials bei den Ausgaben der Krankenkassen können nicht konkret beziffert werden, da die Finanzwirkung von den Ergebnissen der Beratungen und der letztendlichen Anpassung bzw. Ausgestaltung der Richtlinie abhängen werden.

Die Beschränkung kieferorthopädischer Behandlungen auf Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für Kieferorthopädie führt im Jahr 2027 zu Einsparungen von rund 30 Millionen Euro; in den Folgejahren steigen die jährlichen Einsparungen auf rund 60 Millionen Euro.

Die Umstellung der Vergütungsstruktur in der Kieferorthopädie von Einzelleistungen auf Vergütungspauschalen wirkt ab 2030 Anreizen zur Mengenausweitung entgegen. Hierdurch ist mit einer jährlichen Entlastung in Höhe von rund 130 Millionen Euro zu rechnen.

Während kurzfristig durch die notwendigen Anpassungen und die parallele Zahlung von Arbeitseinkommen und Teilkrankengeldanteilen administrative Mehrkosten entstehen, wird langfristig eine finanzielle Entlastung der GKV durch geringere Gesamtausgaben beim Krankengeld erwartet. Während im Jahr 2027 Einsparungen von rund 40 Millionen Euro zu erwarten sind, ergeben sich für das Jahr 2030 bereits Einsparungen von rund 160 Millionen Euro (§§ 44c, 44d, 49, 74, 259 SGB V).

Die Einführung einer Wartezeit von drei Monaten für die Inanspruchnahme der Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V dient vornehmlich zur Schließung einer Missbrauchslücke, kann aber auch zu einer geringen finanziellen Entlastung von jährlich rund 5 Millionen Euro bei den Krankengeldausgaben führen. Der Wegfall des Einwilligungsvorbehalts im Rahmen des Krankengeldfallmanagements führt zu einer Reduktion der Krankengeldausgaben in Höhe von jährlich etwa 25 Millionen Euro (§ 44 SGB V).

Durch die Anpassung des Krankengeldes auf das Niveau des Arbeitslosengeldes bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung jährliche Minderausgaben in Höhe von rund 25 Millionen Euro. Die Minderausgaben wachsen bis zum Jahr 2030 auf einen Betrag von rund 35 Millionen Euro an (§ 47 SGB V).

Durch die Beschränkung der Höchstbezugsdauer des Krankengelds, unabhängig von dem Auftreten einer neuen Erkrankung, auf 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren wird der Kreis der Krankengeldbeziehenden reduziert und die Berechnung der Krankengeldbezugsdauer vereinfacht. Dies führt zu einem geringeren Verwaltungsaufwand der GKV für das Krankengeld. Die finanzielle Entlastung bei den Krankengeldausgaben beträgt schätzungsweise für das Jahr 2027 und 2028 jeweils rund 110 Millionen Euro und für 2029 und 2030 jeweils rund 120 Millionen Euro (§ 48 SGB V).

Die Einführung eines Mindestabstands zwischen Voll- und Teilrente für den Krankengeldanspruch dient vornehmlich der Vermeidung künftiger Ausgabensteigerungen für die gesetzliche Krankenversicherung, führt aber auch aktuell bereits zu Einsparungen im Umfang von jährlich rund 30 Millionen Euro (§ 50 SGB V).

Durch die Anpassung der Fristen für die Mitwirkungspflichten nach § 51 ergeben sich jährliche Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von einem mittleren zweistelligen Millionenbetrag.

Durch den Ausschluss homöopathischer und anthroposophischer Leistungen und Arzneimittel entstehen den gesetzlichen Krankenkassen geschätzte Minderausgaben in Höhe von geschätzt rund 50 Millionen Euro (§§ 2, 11, 34 SGB V).

Durch die Ermöglichung des elektronischen Versands von Informationsschreiben nach § 175 Absatz 4 SGB V entfallen bei den Krankenkassen voraussichtlich jährlich Druck- und Versandkosten in Höhe von rund 10 Millionen Euro.

Durch die Ausweitung von Vergütungsregelungen auf die Vorstände und die Führungsebene unterhalb des Vorstandes der Selbstverwaltung von Krankenkassen und anderen Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen insgesamt ergeben sich jährliche Einsparungen in Höhe von ca. einem Prozent der derzeitigen Vergütungen, d. h. rund drei Millionen Euro im Jahr 2027, jährlich aufwachsend um drei Millionen Euro.

Mit der dauerhaften Absenkung der Fördersumme des Innovationsfonds resultieren ab dem Jahr 2027 Ausgaben in Höhe von jährlich 100 Millionen Euro, die aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Bislang war die Reduktion der Fördersumme des Innovationsfonds auf das Jahr 2026 beschränkt und die Fördersumme sollte ab dem Jahr 2027 wieder 200 Millionen Euro jährlich betragen. Da die Finanzierung der Fördersumme des Innovationsfonds künftig ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erfolgt, werden die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen jährlich um 100 Millionen Euro entlastet. Darüber hinaus werden sämtliche seit Bestehen des Innovationsfonds angesammelten und nicht verausgabten Mittel, soweit sie nicht für andere Aufgaben gebunden sind, einmalig in 2027 an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Daraus resultiert eine einmalige Entlastung der GKV in Höhe von 100 Millionen Euro. Nicht verausgabte Mittel, d. h. Mittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden,

sofern sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, künftig im Folgejahr an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Hier ist mit einer jährlichen Rückführung an den Gesundheitsfonds in Höhe von rund 10 Millionen Euro ab dem Jahr 2027 zu rechnen.

In Folge der vorgesehenen Anpassungen der Vergütungssystematik bei digitalen Gesundheitsanwendungen werden die Ausgabenzuwächse der gesetzlichen Krankenversicherung für digitale Gesundheitsanwendungen geringer ausfallen. Durch die Abstaffelung der Vergütungsbeträge sowie die Einführung eines Auffangwertes für digitale Gesundheitsanwendungen ohne Höchstbetrag sind ab 2028 Einsparungen in Höhe von rund 70 Millionen Euro zu erwarten, die bis zum Jahr 2030 auf rund 150 Millionen Euro aufwachsen.

iv. Patientinnen und Patienten (Leistungsanpassungen und Zuzahlungen)

Die Rückführung der befundbezogenen Festzuschüsse für die Regelversorgung mit Zahnersatz auf das bis 2019 geltende Niveau führt 2027 zu Minderausgaben von rund 590 Millionen Euro, welche bis 2030 auf rund 620 Millionen Euro ansteigen.

Die Absenkung des Krankengeldniveaus um fünf Prozentpunkte führt im Jahr 2027 zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von rund 1,3 Milliarden Euro. Die Minderausgaben wachsen bis zum Jahr 2030 auf einen Betrag von rund 1,5 Milliarden Euro an. Die Absenkung des Kinderkrankengeldniveaus um jeweils fünf Prozentpunkte führt zu jährlichen Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von jährlich rund 30 Millionen Euro (§ 45 SGB V).

Durch die für 2027 vorgesehene wertaufholende Dynamisierung der seit 2004 nicht angepassten Zuzahlungsgrenzen und Zuzahlungsbeträge werden Minderausgaben in Höhe von rund 1,9 Milliarden Euro für 2027 erzielt sowie durch die anschließende regelhafte Dynamisierung der Zuzahlungsgrenzen und -beträge mit der Grundlohnrate weitere rund 100 Millionen Euro je Jahr ab 2028 (§ 61 SGB V) eingespart.

v. Bund (Verschiebung der Darlehensrückzahlung)

Die Verschiebung der Rückzahlung der Darlehen der Jahre 2023, 2025 und 2026, die ab dem Jahr 2029 fällig gewesen wäre, führt für die Jahre 2029 bis 2032 zu Minderausgaben von 1,0 Milliarden Euro und für das Jahr 2033 von 1,6 Milliarden Euro.

b) Mehreinnahmen der GKV

i. Arbeitgeber

Durch die einmalige außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro (Arbeitgeberanteil) in 2027 entstehen für den Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2027 jährliche Mehreinnahmen von rund 1,2 Milliarden Euro.

Durch die Anpassung des vom Arbeitgeber für geringfügig Beschäftigte zu tragenden pauschalen Beitrags auf das aktuell geltende Beitragssatzniveau entstehen für den Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2027 jährliche Mehreinnahmen in Höhe von rund 1,6 Milliarden Euro.

ii. Mitglieder

Durch die einmalige außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro (Arbeitnehmeranteil) in 2027 entstehen für den Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2027 jährliche Mehreinnahmen von zunächst rund 1,2 Milliarden Euro.

Mit der Einführung eines Beitragszuschlags für die Familienversicherung eines bestimmten Kreises von Ehe- und Lebenspartnern ist mit jährlichen Mehreinnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung ab dem Jahr 2028 Höhe von rund 2,2 Milliarden Euro zu rechnen.

4. Erfüllungsaufwand

Die Regelungen dieses Gesetzes lösen bei Bürgerinnen und Bürgern keinen zusätzlichen laufenden Erfüllungsaufwand aus. Bei der Wirtschaft ergibt sich ein zusätzlicher laufender Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 160 000 Euro. Für die Verwaltung ergibt sich eine Entlastung beim laufenden Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 16,4 Millionen Euro.

4.1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Der Gesetzentwurf enthält keine Regelungen für Bürgerinnen und Bürger bei denen ein signifikanter zusätzlicher Erfüllungsaufwand entsteht, der messbar über bestehende Vorgaben oder Mitwirkungspflichten, wie etwa der Überprüfung der Familienversicherung, hinausgeht.

4.2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
1.1	§§ 3, 10, 242b SGB V; Einführung Beitragszuschlag Familienversicherung		keiner	keiner	keiner	Ca. 250 ITSG-geprüfte Entgeltabrechnungsprogramme (einschließlich Zahlstellen)	18 Std. * 64,20 Euro/h (Wirtschaftsabschnitt M – Hoch) = 1.155,60 Euro	288
1.2	§ 27b SGB V; Zweitmeinungsverfahren, Überprüfung Nachweis über Einholung einer Zweitmeinung durch Arzt/Ärztin		Zahl abhängig von der vom G-BA zum Zweitmeinungsverfahren erfassten mengenanfälligen Eingriffe		geringfügig (geringer Zeitaufwand)			
1.3	§ 35a Abs. 1 S. 3 SGB V; Wegfall Angaben Prü-				geringfügig (geringe Fallzahl)			

lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	fungsteilnehmer							
1.4.	§ 36 Abs. 2 SGB V; erweiterte Informationspflichten		9.000 (ONDEA: ID 200906110 9410201_40X)	9 Min * 38,60 Euro/h	52			
1.5	§§ 44c, 44d, 49, 74 und 295 SGB V; als Folgeänderungen Bezogen auf die Information und Ausstellung der Teil-AU durch Ärzte	Ja	Zahl der Teil-AU nicht genau bezifferbar Annahme: 1. Mio.	5 Min. * 62 Euro/h (1,03 Euro pro Min.) Keine Sachkosten, da eAU Verfahren genutzt werden soll	5 150 (ausgehend von möglicherweise 1 Mio. Teil-AU Bescheinigungen jährlich)			
1.6	§ 61 SGB V; Anpassung Zuzahlung							geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
1.7	§ 130b Abs. 1a SGB V; Preis-Mengen-Regelung				geringfügig (geringer Zeitaufwand)			
1.8	§ 130b Abs. 7a SGB V; Sonderkündigungsrecht					10 Neuverhandlungen	59 800 Euro = (60 000 / 60) h × 59,80 Euro/h (WZ: C21)	598
1.9	§ 130e SGB V; Wegfall Rechnungsprüfung Kombinationsabschlag		1 000 000 Kombinationsfälle	4,98 Euro = (5 / 60) h × 59,80 Euro/h (WZ: C21)	- 4 983			

lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
1.10	§ 130f Abs. 1 SGB V; Teilnahme an Ausschreibungsverfahren sowie Rabattvereinbarungen				geringfügig (geringe Fallzahl)			
1.11	§ 249b SGB V; Anpassung KV-Beitragssatz für Minijobs					Ca. 250 ITSG-geprüfte Entgeltabrechnungsprogramme	7 h * 64,20 Euro/h (Wirtschaftsabschnitt M – Hoch) = 449,40 Euro (Anpassung Prozentsatz)	112
1.12	§ 20 Abs. 2a S. 2 SGB IV Folgeänderung Anpassung Formel für Faktor F					Ca. 250 ITSG-geprüfte Entgeltabrechnungsprogramme	10 h * 64,20 Euro/h (Wirtschaftsabschnitt M – Hoch) = 642 Euro (IT-technische Einpflege Prozentwertes bei Übergangsberechnung)	161
1.13	§ 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG; Prüfauftrag Fallzusammenführung, DKG					1	1.200 Min., 62,00 Euro (Wirtschaftsabschnitt Q hoch)	1,2
1.14	§ 17b KHG; Vereinbarung der Grundlagen der Kalkulation von Kurzzeitfallpauschalen, DKG		1	1.470 Min., 62,00 Euro/h (Wirtschaftsabschnitt Q hoch)	1,5			

lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
1.15	§ 17c Abs. 2 KHG; Prüfauftrag Stärkung Falldialog, DKG					1	1.200 Min., 62,00 Euro (Wirtschaftsabschnitt Q hoch)	1,2
1.16	§ 3 Abs. 3 BPflV; Rückzahlungsverpflichtung für vereinbarte, aber nicht besetzte Personalstellen		800	77,50 Euro (75 Min., 62,00 Euro/h, Wirtschaftsabschnitt Q hoch)	- 62			
1.17	§ 4 BPflV; Erweiterung des leistungsbezogenen Vergleichs		800	2,85 Euro (5 Min., 34,20 Euro/h, Wirtschaftsabschnitt Q mittel)	2,3			
	Summe (in Tsd. Euro)				160,8			1 161,4
	davon aus Informationspflichten (IP)				5 150			

Ergänzende Erläuterungen:

Zu § 242b SGB V - Beitragszuschlag zur Familienversicherung

Betroffen sind Dienstleister zur Lohnabrechnung (kein eigener Prüfaufwand zu Familienkonstellationen). Softwarehäuser für Lohn- und Abrechnungssysteme oder Zahlstellen von Versorgungsbezügen müssen voraussichtlich eine einmalige Anpassung der Programme an die neuen Datensatzfelder/Kennzeichen vornehmen. Hierzu gehört die Erweiterung des Datenaustauschs nach § 28b SGB IV und der Datensatzbeschreibungen für Krankenkassenmeldungen. Es werden keine neuen Informationspflichten der Wirtschaft durch dieses Vorhaben geschaffen.

Zu § 44c und 44d SGB V - Teilarbeitsunfähigkeit

Die Ausstellung einer Teilarbeitsunfähigkeitsbescheinigung dürfte mehr Erläuterungsbedarf und somit Zeit in Anspruch nehmen als die Ausstellung einer normalen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (vgl. Mehraufwand bei stundenweiser Wiedereingliederung).

Der kurzfristige Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft durch die Systemumstellung beim Abruf einer Teil-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und der Prüfung, ob ein Arbeitsplatz für die Ausübung einer teilweisen Tätigkeit während einer Arbeitsunfähigkeit in Frage kommt, kann nicht beziffert werden. Mittelfristig ist durch die Regelung eine deutliche Entlastung der Wirtschaft zu erwarten.

Zu § 61 SGB V - Anpassung der Zuzahlungen

Apotheken und sonstige genannte Leistungserbringer dürften einen kurzfristigen Erfüllungsaufwand durch die Umstellung ihrer IT Systeme haben. Bei der Umstellung der IT-Systeme muss die Dynamisierung der Grundlohnrateberücksichtigt werden. Dieser Erfüllungsaufwand, kann nicht beziffert werden. Es ist davon auszugehen, dass die IT Systeme von entsprechenden Anbietern von Softwarelösungen für den Gesundheitsbereich angeboten oder betreut werden, sodass Synergieeffekte zu erwarten sind.

Zu § 36 - Festbeträge für Hilfsmittel

Nach der aktuellen Rechtslage müssen Hersteller und Leistungserbringer bereits Informationen und Auskünfte für die Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel liefern. Durch die Neuregelung soll der Umfang der Angaben erweitert werden, um die Kalkulation und Berechnung der Festbeträge zu erleichtern. Die Fallzahl wird anhand der Vorgabe „Informations- und Auskunftspflicht der Hersteller und Leistungserbringer bei der Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel, insbesondere zu den Abgabepreisen der Hilfsmittel“ (ID 2009061109410201_40X) in ONDEA mit 9 000 angenommen. An gleicher Stelle wird von einem jährlichen Zeitaufwand von 9 Minuten pro Fall ausgegangen. Den dortigen Angaben lagen sechs Festbetragsgruppen zugrunde. Ausgehend davon, dass derzeit 4 Festbetragsgruppen bestehen und die bereits bestehenden Informations- und Auskunftspflichten lediglich erweitert werden, wird davon ausgegangen, dass mit dem geschätzten jährlichen Erfüllungsaufwand von 52 000 Euro auch die mögliche Bildung weiterer Festbetragsgruppen erfasst ist.

4.3. Erfüllungsaufwand der Verwaltung

lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/ Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
2.1	§§ 2, 11 Abs. 6 SGB V; Einschränkung bei Homöopathie	GKV				93 Krankenkassen		geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.2	§§ 3, 10, 242b SGB V; Beitragszuschlag Familien-	SozV	Max. 1.7 Mio. Gesamtfälle 340. Tsd. angesetzt	4 Min. (Ergebnisse überprüfen) * 46,30 Euro/h (SV	1 020	93 Krankenkassen + 16 RV-Träger + BA	64 h * 48,10 Euro/h (SV-Durchschnitt) = 3.078,40 Euro	338

lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/ Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	versicherung			gD) = 3 Euro				
2.3	§ 4 Abs. 5 SGB V; Begrenzung der Verwaltungskostensteigerungen	GKV			geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand=			
2.4	§ 4a Abs. 3 SGB V;: Reduzierung der Werbeausgaben der Krankenkassen	GKV			geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)			
2.5	§ 35a Abs. 3 Satz 4 SGB V; Wegfall Kombinationsbenennung	GKV			geringfügig (geringe Fallzahl)			
2.6	§ 35a Abs. 3 Satz 5 und 6 SGB V; Wegfall Feststellung Prüfungsteilnehmer	GKV			geringfügig (geringe Fallzahl)			
2.7	§ 44 Abs. 2 SGB V; Einführung einer Wartefrist für Wahlerklärung	GKV				93 Krankenkassen		geringfügiger (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.8	§§ 44c, 44d, 49, 74 und 295 SGB V; Folge-	GKV				93 Krankenkassen		geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)

lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/ Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	änderungen, Teilarbeitsunfähigkeit und Teil-KG							
2.9	§ 48 SGB V; Reduzierung der KG-Dauer	GKV				93 Krankenkassen		geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.10	§ 50 Abs.1 S. 1 Nr. 1 SGB V; Regelung Mindestabstand zwischen Voll- und Teilrente	GKV				93 Krankenkassen		geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.11	§§ 79, 91, 217b, 282 und 411 SGB V sowie § 35a SGB IV; Begrenzung von Vergütungserhöhungen	GKV			geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)			
2.12	§ 87 Abs. 1 SGB V; Streichung der ePA-Vergütung	(GKV-SV und KBV)						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.13	§ 87 Abs. 2b S. 3, 5; Abs. 2c S. 3, 8 SGB V; Anpassungen EBM	Bewertungsausschuss						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)

lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/ Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
2.14	§ 87 Abs. 3d S. 4 SGB V; Festsetzung Abschlag Fixkostendegression	Bewertungsausschuss						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.15	§ 87d SGB V; Begrenzung extrabudgetäre Leistungen	GKV und KVen				17 KV-Bezirke	246 h * 69,30 Euro/h	290
2.16	§ 92a Abs. 4 SGB V; Finanzierung des Innovationsfonds, Umstellung der Zahlung durch das BAS	Bund						geringfügig (geringe Fallzahl)
2.17	§§ 92a Abs. 1 und 2, 92b Abs. 5 SGB V; Geschäftsstelle des Innovationsausschusses beim G-BA	G-BA GKV	Entfall: 65 Personenmonate (höherer Dienst): 8710 h 26 Personenmonate (gehobener Dienst): 3484 h	Entfall: 559.182 Euro = (8710 / 60) h * 64,20 Euro/h (100% hD) 142.496 Euro = (3484 / 60) h * 40,90 Euro/h (100% gD)	- 702			
2.18	§ 125a SGB V; Verträge im Bereich Ergo- und Physiotherapie	GKV						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)

lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/ Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
2.19	§ 130a Abs. 1b SGB V; Arzneimittelrabatte; Änderung und Administration Hintergrunddaten Meldesystem	GKV			geringfügig (geringe Fallzahl)			
2.20	§ 130a Abs. 1b SGB V; Datenlieferung an BMG				geringfügig (geringe Fallzahl)			
2.21	§ 130a Abs. 1b SGB V; Datenlieferung an GKV-SV				geringfügig (geringe Fallzahl)			
2.22	§ 130a Abs. 1b SGB V; Berechnung und Bekanntgabe Abschlagshöhe				geringfügig (geringe Fallzahl)			
2.23	§ 130b Abs. 1a SGB V; Preis-Mengen-Regelung	GKV			geringfügig (geringer Zeitaufwand)			
2.24	§ 130b Abs. 7a SGB V; Sonderkündigungsrecht	GKV				10 Neuverhandlungen	48 100 Euro = (60 000 / 60) h × 48,10 Euro/h	481
2.25	§ 130e SGB V; Wegfall Abrech-	GKV	1 000 000 Kombinationsfälle	6,41 Euro = (8 / 60) h × 48,10 Euro/h	- 6 413			

lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/ Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	nung Kombinationsabschlag							
2.26	§ 130f Abs. 1 SGB V; Bildung von Arzneimittelgruppen, Ausschreibungsverfahren, Vertragsmanagement	GKV			geringfügig (geringe Fallzahl)			
2.27	§ 175 SGB V; elektronisches Anpassungsschreiben	GKV	10 Mio. elektronische Anpassungsschreiben	- 1,10 Euro Sachkosten (Wegfall Porto und Druck)	- 10 500			
2.28	§ 249b SGB V; Anpassung KV-Beitragssatz Minijobs	GKV				1 = DRV-KBS als Minijob_ als Minijob-Zentrale	40 h * 48,10 Euro/h (SV-Durchschnitt) = 1 924 Euro IT-Anpassung Prozentsatz	1,9
2.29	§ 20 Abs. 2a S. 2 SGB IV Anpassung Formel Faktor F	GKV				93 Krankenkassen (einschl. DRV-KBS)	20 h. * 48,10 Euro/h (SV-Durchschnitt) = 962 Euro((IT-Anpassung Prozentberechnung)	89
2.30	§ 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG; Prüfauftrag Fallzusammenfüh-	GKV				1	1.200 Min., 73,20 Euro/h (Sozialversicherung Bund hD)	1,5

lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/ Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	rung, GKV-SV							
2.31	§ 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG	Bund	0,5	- 120 h * 67,60 Euro/h	- 4,1			
2.32	§ 9 Abs. 1b KHEntgG; Vereinbarung Veränderungswert	Bund	1	- 60 h * 67,60 Euro/h	- 4,1			
2.33	§ 17b KHG; Konzept Kurzzeitfallpauschalen, InEK	Bund				1	38.400 Min., 67,60 Euro/h (Verwaltung Bund hD) [640 h (2 Mitarbeiter, 2 Monate)]	43
2.34	§ 17b KHG; jährliche Kalkulation von Kurzzeitfallpauschalen, InEK	Bund	1	28.800 Min. 67,60 Euro/h (Verwaltung Bund hD) [480 h (2 Mitarbeiter, 6 Wochen)]	32			
2.35	§ 17b KHG; Vereinbarung Kalkulation von Kurzzeitfallpauschalen, GKV-SV	GKV	1	1.470 Min., 73,20 Euro/h (Sozialversicherung Bund hD)	1,7			
2.36	§ 17c Abs. 2 KHG; Prüfauftrag Stärkung Falldia-	GKV				1	1.200 Min., 73,20 Euro/h (Sozialversicherung Bund hD)	1,5

lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/ Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tsd. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	log, GKV-SV							
2.37	§ 3 Abs. 3 BPflV; Rückzahlungsverpflichtung für vereinbarte, aber nicht besetzter Personalstellen	GKV	800	183 Euro (150 Min., 73,20 Euro/h)	- 146,4			
2.38	§ 9 Abs. 1 Nr. 5 BPflV; Vereinbarung Veränderungswert	Bund	1	- 120 h * 67,60 Euro/h	- 8,1			
	Summe (in Tsd. Euro)				- 16 434			955,9
	davon Bund				15,7			43
	davon Land (inklusive Kommunen)				-			-
	davon Sozialversicherung				- 16 449,7			912,9

Ergänzende Erläuterungen:

Zu § 249b SGB - Beitragszuschlag zur Familienversicherung

Krankenkassen haben zur Feststellung der Zuschlagspflicht die automatisierte Prüfung der Ausnahmen anhand der vorhandenen KV-/PV-Daten vorzusehen, hierzu entsteht einmaliger Programmieraufwand. Im Übrigen werden Anzeigen von Mitgliedern im Zuge der bereits etablierten Prüfung der Familienversicherung durch die Krankenkassen mitbearbeitet. Hier ist eine Abgrenzung zur gegenwärtigen Sachbearbeitung bei der Familienversicherung nicht präzise möglich. Bereits heute wird ein großer Teil der Fälle per Dunkelverarbeitung erledigt. Im Weiteren entsteht ggf. zusätzlicher Aufwand zur Bescheiderteilung, der über die übliche Information zum Familienversicherungsanspruch hinausgeht. Im Gesamtschnitt wird ein niedriger zusätzlicher Zeitansatz bei den zumeist sowieso schon händisch aufzu-

greifenden Fällen vermutet. Von der Gesamtzahl an maximal Betroffenen in Höhe von 1,7 Millionen wird ein Anteil von 20 Prozent (340 000 Fälle) unterstellt der händisch aufgegriffen wird, aber unterschiedliche Aufwände verursachen kann.

Zu §§ 44, 47, 48 - Krankengeld

Die Regelung in § 44 Absatz 4 SGB V führt zu einer Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen durch Wegfall der Einholung und Dokumentation der Einwilligungen sowie zur Vereinfachung interner Prozesse. Es ist mit einem einmaligen geringen Anpassungsaufwand hinsichtlich der Überarbeitung von Formularen und Informationsmaterialien zu rechnen.

Im Übrigen entsteht den Krankenkassen ein einmaliger geringfügiger Umstellungsaufwand, der sich durch die Anpassung der Berechnungssoftware ergibt. Darüber hinaus entsteht durch die Neuberechnung des Krankengeldes bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses ein geringfügiger Mehraufwand. Durch die Anpassung der Blockfristberechung in § 48 SGB V wird der Kreis der Krankengeldbeziehenden reduziert und die Berechnung der Krankengeldbezugsdauer vereinfacht. Daher führt auch diese Maßnahme nach Anpassung der Berechnungssoftware zu einem geringeren Verwaltungsaufwand der Krankenkasse für das Krankengeld.

Zu §§ 92a, 92b SGB V - Innovationsfonds

Da die Finanzierung der Fördersumme des Innovationsfonds künftig ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erfolgt, und nicht mehr hälftig durch die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen, entsteht beim Bundesamt für Soziale Sicherung ein einmaliger geringfügiger Umstellungsaufwand, der sich durch die Anpassung des Zahlungsverkehrs des Innovationsfonds ergibt.

Mit der Vereinfachung der Förderverfahren im Innovationsfonds werden die Aufgaben bei der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss reduziert. Mittelfristig ist mit einer Verschlankung der Geschäftsstelle und somit ab dem Jahr 2030 mit einer Einsparung in Höhe von jährlich ca. 701 700 Euro durch Einsparung von Personalkosten zu rechnen.

Zu 125a SGB V – Verträge im Bereich Ergo- und Physiotherapie

In den Verträgen nach § 125a SGB V im Bereich Ergotherapie und Physiotherapie muss die gesetzliche Vorgabe nachvollzogen werden, dass eine separate Pauschale (je Verordnung/Behandlung), mit der die Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung für die Heilmittelversorgung, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt, nicht zulässig ist. Da es sich hier lediglich um eine Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe handelt, ist der damit verbundene Zeit- und Sachaufwand geringfügig.

Zu §§ 4, 4a, 79, 91, 217b, 282 und 411 SGB V sowie § 35a SGB IV

Die Begrenzung der jährlichen Pro-Kopf-Verwaltungskostenzuwächse der gesetzlichen Krankenkassen auf die Höhe der Grundlohnrate (§ 4 Absatz 5 SGB V) verursacht bei den zuständigen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen in den Ländern (Landessozialministerien) und beim Bund (Bundesamt für Soziale Sicherung) bei einer geringen Fallzahl einen geringfügigen zeitlichen Umstellungsaufwand bei der Prüfung der Haushaltspläne der einzelnen Krankenkassen für das nächste Haushaltsjahr 2027. In den Folgejahren wird bei den der Höhe nach begrenzten Anpassungen nicht mehr mit erhöhtem Erfüllungsaufwand für die Aufsichtsbehörden gerechnet.

Die Begrenzung der jährlichen Pro-Kopf-Verwaltungskostenzuwächse auf die Höhe der Grundlohnrate (§ 4 Absatz 5 SGB V) verursacht bei den Krankenkassen einen geringfügigen zeitlichen Umstellungsaufwand bei der Aufstellung ihrer Haushaltspläne für das

nächste Haushaltsjahr 2027. In den Folgejahren wird bei den der Höhe nach begrenzten Anpassungen für die Krankenkassen nicht mehr mit erhöhtem Erfüllungsaufwand gerechnet.

Durch die neue gesetzliche Höchstgrenze für die jährlichen Werbeausgaben der Krankenkassen (§ 4a Absatz 3 SGB V) entsteht bei den zuständigen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen in den Ländern (Landessozialministerien) und beim Bund (Bundesamt für Soziale Sicherung) in wenigen Fällen ein geringfügiger zeitlicher Umstellungsaufwand bei der Prüfung der Haushaltspläne der gesetzlichen Krankenkassen für das nächste Haushaltsjahr 2027. In den Folgejahren ist bei Fortschreibung des reduzierten Werbebudgets nicht mehr mit zusätzlichem Erfüllungsaufwand zu rechnen.

Durch die neue gesetzliche Höchstgrenze für die jährlichen Werbeausgaben einer Krankenkasse (§ 4a Absatz 3 SGB V) entsteht bei allen aktuell 93 gesetzlichen Krankenkassen jeweils ein geringfügiger zeitlicher Umstellungsaufwand bei der Haushaltsplanung des nächsten Haushaltsjahres. In den Folgejahren ist bei Fortschreibung des reduzierten Werbebudgets nicht mehr mit zusätzlichem Erfüllungsaufwand zu rechnen.

Das für Vorstandsmitglieder und außertariflich bezahlte Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene der Krankenkassen und ihrer Landesverbände, des GKV-Spitzenverbandes, der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nunmehr einheitlich geltende Verbot von Vergütungserhöhungen während eines Zeitraums von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung und die einheitliche Deckelung der Vergütungserhöhungen auf den Anstieg der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V nur des laufenden Kalenderjahres führt bei den zuständigen Aufsichtsbehörden in den Ländern (Landessozialministerien) und beim Bund (Bundesamt für Soziale Sicherung) in wenigen Fällen zu einem geringfügigen zeitlichen Umstellungsaufwand bei der Prüfung der Zustimmung zu den Vorstandsdienstverträgen und Prüfung der Haushaltspläne hinsichtlich der Einhaltung der Vergütungserhöhungsfristen und -grenzen. In den Folgejahren ist nicht mehr mit zusätzlichem Erfüllungsaufwand zu rechnen.

Den Krankenkassen und ihren Landesverbänden, dem GKV-Spitzenverband, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsteht durch die Vergütungserhöhungsfristen und -grenzen allenfalls ein geringfügiger Umstellungsaufwand durch die Beachtung der neuen Regelungen bei der Vertragsgestaltung. Auf Dauer entfällt in geringfügigem Umfang Verwaltungsaufwand, weil Verhandlungen zur Vergütungserhöhung nur noch alle sechs Jahre zu führen sind.

5. Weitere Kosten

Bürgerinnen und Bürger

Durch die zusätzliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro entstehen den Mitgliedern der GKV ab dem Jahr 2027 jährliche Mehrausgaben von zunächst jeweils 1,2 Milliarden Euro.

Wirtschaft

Durch die zusätzliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro entstehen den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern ab dem Jahr 2027 jährliche Mehrausgaben von zunächst jeweils 1,2 Milliarden Euro.

Durch die Erhöhung des vom Arbeitgeber aus einer geringfügigen Beschäftigung zu tragenden Beitrags entstehen den Arbeitgebern jährlich Mehrkosten in Höhe von 1,5 Milliarden Euro.

Private Krankenversicherung

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

Die Einführung einer gesetzlichen Auffanglösung für Preis-Mengen-Regelungen nach § 130b Absatz 1a SGB V führt zu geschätzten Einsparungen in Höhe von rund 5 Millionen Euro im Jahr 2028, 12 Millionen Euro im Jahr 2029 und 35 Millionen Euro im Jahr 2030. Die Abschaffung der „Leitplanken“ für Erstattungsbeträge führt zu jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rund 12 Millionen Euro in 2027, 23 Millionen Euro in 2028, 35 Millionen Euro in 2029 und 47 Millionen Euro in 2030.

Die Einführung eines ergänzenden dynamischen Herstellerabschlags führt zu geschätzten Einsparungen in Höhe von rund 90 Millionen Euro im Jahr 2027, 150 Millionen Euro im Jahr 2028, 270 Millionen Euro im Jahr 2029 und 430 Millionen Euro im Jahr 2030, wobei die Wechselwirkung mit anderen Maßnahmen im Arzneimittelbereich zu beachten ist.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Keine.

VIII. Befristung; Evaluierung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2030, einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen auf die Versorgung vor (§ 17b Absatz 2a KHG).

Die Förderung aus dem Innovationsfonds wird kontinuierlich evaluiert. Nach § 92a Absatz 5 SGB V dieser Regelung veranlasst das Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Auswertung der Förderung aus dem Innovationsfonds und legt dem Deutschen Bundestag in der Regel im Abstand von vier Jahren, erstmals zum 30. Juni 2028, einen Bericht über das Ergebnis der wissenschaftlichen Auswertung vor.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Der Satz, wonach Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen sein sollen, wird gestrichen. Hintergrund ist, dass homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz der Wirksamkeit künftig nicht mehr von der Erstattungsfähigkeit umfasst sein sollen.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Folgeänderung zur neu eingeführten Erhebung eines Beitragszuschlags für bestimmte familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner nach § 242b. Die beitragsfreie Familienversicherung von Kindern bleibt unangetastet.

Zu Nummer 3 (§ 4)

Die Regelung nach Satz 1 stellt sicher, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen im Bereich ihrer Verwaltungsausgaben künftig angemessen an der Stabilisierung der GKV-Finanzen und den Maßnahmen zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs beteiligen. Bei den Verwaltungskosten wird deshalb ab dem Jahr 2027 im Gleichklang mit Regelungen in anderen Ausgabenbereichen als Obergrenze für jährliche Erhöhungen die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 festgelegt. Diese Obergrenze bezieht sich auf die gesamten Netto-Verwaltungsausgaben der Krankenkasse im Verhältnis zur Anzahl ihrer Versicherten im Jahresdurchschnitt. Eingeschlossen sind danach sowohl personelle und sächliche Verwaltungskosten als auch Verwaltungskostenerstattungen. Soweit die Erfüllung insbesondere gesetzlicher oder vertraglicher Pflichten der Krankenkasse bei einzelnen Verwaltungsausgaben höhere Steigerungen unvermeidbar macht, müssen diese möglichst innerhalb des übrigen Verwaltungsetats ausgeglichen werden. Der Versichertenentwicklung, die die Höhe der Verwaltungskosten beeinflusst, wird dadurch Rechnung getragen, dass für das Maß der zulässigen Veränderung der Verwaltungsausgaben auf die Verwaltungsausgaben je Versicherten abgestellt wird. Die Einhaltung der Obergrenze für die Erhöhung der Verwaltungsausgaben im jährlichen Haushaltsplan der Krankenkassen wird von den zuständigen Aufsichtsbehörden kontrolliert. Dabei kann die Aufsichtsbehörde im Rahmen der Prüfung des Haushalts einer Krankenkasse im Einzelfall eine aus rechtlichen Gründen erforderliche oder wirtschaftlich gerechtfertigte, vorübergehende Überschreitung der Begrenzung des Anstiegs der Netto-Verwaltungsausgaben je Versicherten auf die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 tolerieren. Letzteres kann insbesondere dann in Betracht kommen, wenn eine Krankenkasse im Zusammenhang mit der Anhebung ihres Zusatzbeitragssatzes unerwartet viele Versicherte innerhalb eines Jahres verliert. Eine kurzfristige proportionale Dämpfung ihrer Verwaltungsausgaben wäre dann unverhältnismäßig.

Satz 2 nimmt Ausgabensteigerungen für Verwaltungsausgaben zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnologie von der Ausgabenbegrenzung aus. Die notwendigen Investitionen zur Umsetzung der gesetzlich geforderten Sicherheitsarchitektur sind danach weiter gewährleistet, denn die Begrenzung der Verwaltungsausgaben darf nicht zu erhöhten Risiken oder gar zur Gefährdung für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Zu Nummer 4 (§ 4a)

Zu Buchstabe a

Die neue Vorgabe eines jährlichen Gesamtwerbebudgets der Krankenkassen knüpft dem Grunde nach an eine Regelung der „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Wettbewerbsgrundsätze 2016, Randziffer 17) an und reduziert die bisher dort vorgesehene Höchstgrenze vor dem Hintergrund der dringend notwendigen Stabilisierung der GKV-Finanzen auf die Hälfte. Diese neue Höchstgrenze für die jährlichen Werbeausgaben in Höhe von 0,075 Prozent der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 Absatz 1 SGB IV je Mitglied trägt der Finanzierung der Krankenkassen durch Beiträge der Versicherten Rechnung und lässt sich zurückführen auf die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 4 Absatz 4 in Verbindung mit § 69 Absatz 2 SGB IV). Mit der vorgenommenen Begrenzung wird in einer Situation, in der Ausgaben der Krankenkassen kritisch zu hinterfragen sind, eine Überbetonung der Werbeausgaben im Haushalt der Krankenkassen vermieden. Die Werbetätigkeit der Krankenkassen darf in diesem Sinne stets nur untergeordneter Annex zum eigentlichen Kerngeschäft der Versorgung der Versicherten sein, für welche die Beitragsmittel vorrangig einzusetzen sind (vgl. Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zum Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz, BT-Drs. 19/15662, S. 69).

Der Höchstwert für die jährlichen Werbeausgaben wird damit als rechtsverbindliche Grenze festgelegt. Referenzbetrag ist die monatliche Bezugsgröße im Sinne des § 18 Ab-

satz 1 SGB IV, die sich am Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr orientiert und nach § 17 Absatz 2 Satz 1 SGB IV im Voraus für jedes Kalenderjahr durch Rechtsverordnung bestimmt wird. Für das Jahr 2026 etwa beträgt sie 3 955,00 Euro (§ 2 Absatz 1 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2026), so dass sich nach den bisherigen Wettbewerbsgrundsätzen (Höchstgrenze von 0,15 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV) eine jährliche Ausgabengrenze von rund 6 Euro je Mitglied ergäbe. Mit der neu geregelten gesetzlichen Höchstgrenze wird dieser Betrag auf rund 3 Euro je Mitglied halbiert. Dabei wird die Abhängigkeit des Budgets von der Mitgliederzahl beibehalten. Diese spiegelt zum einen den bisherigen Werbeerfolg einer Krankenkasse wider und ist zum anderen neben der Versichertenzahl mit Blick auf die Mitgliederbezogenheit des Zusatzbeitrages ein wichtiger Indikator für die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenkasse. Ausnahmen zugunsten kleinerer Krankenkassen sind nicht geregelt, da hier gleichermaßen ein überproportionaler Einsatz von Beitragsgeldern zu Werbezwecken versperrt sein muss. Berücksichtigt werden Ausgaben für Werbemaßnahmen, die in den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen unter Konto 7108 zu erfassen sind.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der gesetzlichen Festlegung eines jährlichen Gesamtwerbebudgets der Krankenkassen in Absatz 3. Die Rechtsverordnungsermächtigung zugunsten des Bundesministeriums für Gesundheit nach Nummer 2 wird insoweit auf verbleibende Regelungsmöglichkeiten in Bezug auf weitere Höchstgrenzen für spezielle Werbeausgaben innerhalb des Gesamtwerbebudgets, zum Beispiel sächlicher Art oder Aufwandsentschädigungen für Werbedienstleistungen externer Dritter angepasst. Diese können in der Rechtsverordnung neben den anderen möglichen Festlegungen der Nummern 1 sowie 3 bis 5 näher bestimmt und der Höhe nach begrenzt werden. Die Rechtsverordnung bedarf weiterhin der Zustimmung des Bundesrates.

Zu Nummer 5 (§ 10)

Folgeänderung zur neu eingeführten Beitragserhebung für bestimmte familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner und der in § 242b Satz 2 vorgesehenen Ausnahmen von der Beitragspflicht. Die Mitglieder mit Ehegatten oder Lebenspartnern, für die nach § 242b Satz 2 kein Beitragszuschlag zu zahlen ist, müssen grundsätzlich selbst das Vorliegen der Voraussetzungen an ihre Krankenkasse melden und Änderungen der Verhältnisse unverzüglich anzeigen. Die Prüfung lässt sich in die etablierten Prozesse der regelmäßigen Prüfung der Familienversicherung durch die Krankenkassen aufnehmen. Wie auch bisher bei den Voraussetzungen der Familienversicherung legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest, wonach nun zusätzlich auch die Erfordernisse des § 242b Satz 2 zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 6 (§ 11)

Die Möglichkeit der Krankenkassen, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen als zusätzliche Satzungsleistungen anzubieten, wird in § 11 Absatz 6 Satz 4 gestrichen. Für die Wirksamkeit entsprechender Arzneimittel und Leistungen liegt keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz vor. Die Nutzung von Homöopathika und Anthroposophika sowie homöopathischer Leistungen sollte daher ausschließlich auf der eigenverantwortlichen Entscheidung der Versicherten zur Finanzierung dieser Leistungen beruhen und nicht vom Versichertenkollektiv der Krankenkasse(n) getragen werden. Mit dem in § 140a Absatz 2 Satz 2 enthaltenen Verweis auf § 11 Absatz 6 ist damit auch eine Erstattung homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel sowie homöopathisch-ärztlicher Leistungen im Wege von Verträgen über eine besondere Versorgung nach § 140a ausgeschlossen. Den Krankenkassen bleibt es jedoch unbenommen, nach § 194 Absatz 1a in der Satzung die Möglichkeit zur Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge über diese Leistungen vorzusehen.

Im Übrigen bleibt § 11 Absatz 6 unverändert.

Zu Nummer 7 (§ 25)

Durch die Ergänzung in § 25 Absatz 4 erhält der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zwei konkrete Überprüfungsaufträge.

Die im neuen § 25 Absatz 4 Satz 7 Nummer 1 geregelte Pflicht zur Überprüfung seiner Normsetzung betrifft die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie.

Die letzte umfassende Anpassung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) durch den G-BA fand nach Durchführung eines Bewertungsverfahrens im Jahr 2018 statt, so dass die aktuellen Untersuchungsinhalte der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene nach § 25 (sog. Check-up) noch den damaligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse widerspiegeln. Zwischenzeitlich veröffentlichte wissenschaftliche Studien legen jedoch nahe, dass opportunistische allgemeine Gesundheitsuntersuchungen wie der Check-up ohne Eingrenzungen auf Zielgruppen mit besonderen Bedarfen für Früherkennungsuntersuchungen und ohne Fokussierung auf einzelne Zielerkrankungen einen nur sehr begrenzten Nutzen haben. Dagegen wurde wissenschaftlich gezeigt, dass strukturierte Früherkennungsprogramme mit Fokus auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zusammenhängenden Risiken sowie Begleit- und Folgeerkrankungen (insbesondere Diabetes, Adipositas, chronische Nierenerkrankungen) eine Wirksamkeit zur Reduktion von Risiken, Sterblichkeit und Krankheitslast haben können.

Ein im Jahr 2024 veröffentlichter Rapid Report des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum Thema „Zielgruppenspezifische Ansprache von Versicherten bei Gesundheitsuntersuchungen“ war ebenfalls zum Schluss gekommen, dass eine Überprüfung der Inhalte der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung sinnvoll ist, ggf. mit einer Fokussierung auf Kernindikationen, auch da diese die Kommunikation zu diesen Früherkennungsangeboten und die Teilnahme daran erleichtern können. Zudem sollte die Gesundheitsuntersuchung eingebunden sein in eine dauerhaft begleitende Evaluation, die auch die gesundheitlichen Auswirkungen des Angebotes erfasst.

Bei der Überprüfung der GU-RL sollen Ergebnisse neuerer internationaler Studien (z. B. zum NHS Health Check aus England) berücksichtigt werden, die einen Nutzen von strukturierten Früherkennungsprogrammen mit Fokus auf wenige Zielerkrankungen (wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zusammenhängende Risiken und Komorbiditäten) und auf die zielgerichtetere Nutzung durch Personen mit besonderem Bedarf bei gleichzeitig geringerer Häufigkeit der Untersuchungen und Durchführung durch nicht-ärztliche Gesundheitsfachkräfte gezeigt haben. Dabei sollte auch der Nutzen einzelner derzeit im Check-up enthaltener Teiluntersuchungen (wie z. B. Laboruntersuchung des Urins) überprüft werden und Möglichkeiten für eine stärker standardisierte Erfassung von Risiken genutzt werden. Zudem sollen auch spezifische Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen und geschlechtsbezogene Unterschiede im Hinblick auf das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zusammenhängender Erkrankungen berücksichtigt werden.

Eine Anpassung der GU-RL an den aktuellen wissenschaftlichen Stand durch den G-BA kann zu Einsparungen führen, wenn diese z. B. eine Begrenzung der Untersuchungsinhalte, eine standardisierte Erfassung von Risiken und eine Verlängerung der Untersuchungsintervalle beinhaltet sowie in der Umsetzung ein stärkerer Einbezug nicht-ärztlichen Personals vorgenommen wird. Des Weiteren könnte eine bedarfsgerechtere Nutzung der Gesundheitsuntersuchung durch Menschen mit erhöhten Risiken und präventiven Bedarfen ermöglicht werden. Hierdurch wäre eine erhöhte Wirksamkeit der Gesundheitsuntersuchung in der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und mittel- bis langfristig eine entsprechende Senkung der Krankheitslast und der resultierenden Krankheitskosten zu erwarten.

Die im neuen § 25 Absatz 4 Satz 7 Nummer 2 geregelte Pflicht des G-BA zur Überprüfung seiner Normsetzung betrifft das in der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie geregelte Hautkrebs-Screening.

Fachliche Grundlage für den G-BA zur seinerzeitigen Einführung der opportunistischen, zweijährlichen Früherkennung von Hautkrebs mittels visueller, standardisierter Ganzkörperinspektion der gesamten Haut für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren ab Juli 2008 waren die Ergebnisse eines dreiphasigen Projektes in Schleswig-Holstein, das federführend von der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention in Zusammenarbeit mit dem epidemiologischen Krebsregister in Schleswig-Holstein durchgeführt worden war. Die Durchführung der Phase III („Pilotphase“) des Projektes als Vorbereitung auf eine mögliche flächendeckende Einführung des Hautkrebs-Screenings erfolgte in den Jahren 2003/2004. Da das Projekt als wissenschaftliche Basis zur Einführung eines bundesweiten Hautkrebs-Screenings nicht die Kriterien der höchsten Evidenzstufe erfüllte, aber einen hinreichenden Nutzenbeleg für eine Einführung erkennen ließ, hatte der G-BA in seinen Richtlinienbeschluss vom 15. November 2007 eine Evaluation des Screenings spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung und die Prüfung eines dann ggf. erforderlich werdenden Änderungsbedarfs aufgenommen.

Seit der Einführung des Hautkrebs-Screenings hat der G-BA wiederholt das BQS-Institut mit einer entsprechenden Evaluation beauftragt und prüft auf der Grundlage der jeweiligen Evaluationsergebnisse, ob und inwieweit sich ein Anpassungsbedarf für das Hautkrebs-Screening ergeben könnte. Zuletzt hat der G-BA eine Fortführung der BQS-Evaluation für die Datenjahre 2026 bis 2029 beschlossen. Unter anderem wurde mit Einführung des Screenings ein einmaliger Sprung in der Inzidenz maligner Melanome festgestellt. Bisher zeigen sich allerdings keine zuverlässigen Ergebnisse aus Studien (z. B. die aus dem Innovationsfonds beim G-BA geförderten Studien EvaSCa und Pertimo), die den Nutzen der Früherkennungsmaßnahme durch eine Senkung der Mortalität bei Hautkrebs eindeutig belegen können.

Vor diesem Hintergrund soll der G-BA die derzeitige, in der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie geregelte Hautkrebsfrüherkennung auf der Grundlage des aktuellen Stands des Wissens und unter Berücksichtigung eines möglichen risikobasierten, opportunistischen Screenings für definierte Risikogruppen und einer möglichen Anpassung der Häufigkeit der Untersuchungen überprüfen und bis zum 31. Dezember 2027 eine Anpassung der Richtlinie beschließen.

Zu Nummer 8 (§ 27b)

§ 27b begründet einen Rechtsanspruch der Versicherten oder des Versicherten, sich vor sog. mengenanfälligen planbaren Eingriffen eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Nach bisheriger Rechtslage ist die Inanspruchnahme der Zweitmeinung für Patientinnen und Patienten freiwillig und trägt insbesondere zu einer informierten Entscheidungsfindung bei; vgl. Abschlussbericht der Medizinischen Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH (MHB) und der revFLect GmbH vom 9. Januar 2024 zur Evaluation der Zweitmeinungsrichtlinie (Zm-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6487/2024-02-15_Zm-RL_MHB_Evaluationsbericht-2024.pdf).

Die Änderung in Absatz 1 Satz 1 ist eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Einfügung eines neuen Absatzes 3. Absatz 2 bleibt unverändert. Der neue Absatz 3 sieht ein Abrechnungsverbot für den Arzt, die Ärztin oder die Einrichtung vor, welcher oder welche einen bestimmten sog. mengenanfälligen Eingriff durchführt, wenn der oder die Versicherte sich nicht vor dem Eingriff nachweislich eine zweite Meinung eingeholt hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird verpflichtet, diese Eingriffe zu bestimmen. Damit wird in diesen Fällen die Einholung einer Zweitmeinung zur Abrechnungsvoraussetzung. Die Versicherte oder den Versicherten trifft dabei die Obliegenheit sich eine zweite Meinung einzuholen. Ist das zwingend notwendige Zweitmeinungsverfahren durchgeführt worden, darf der Eingriff

– unabhängig vom Ergebnis der Zweitmeinung – durchgeführt werden und ist zu vergüten. Nur für den Fall, dass der Eingriff durchgeführt wird, ohne dass die Durchführung eines zwingend notwendigen Zweitmeinungsverfahrens nachgewiesen wurde, besteht künftig ein Abrechnungsverbot.

Vor welchen mengenanfälligen Eingriffen das Zweitmeinungsverfahren künftig notwendige Voraussetzung ist, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss. Dabei wählt er ab dem Jahr 2027 jährlich mindestens einen aus den von der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) erfassten Eingriffe aus. Die erste Beschlussfassung muss bereits bis zum 31. März 2027 erfolgen, damit die Auswirkungen auf die Versorgung bereits im Jahr 2027 sichtbar werden.

Als mengenanfällige Eingriffe, für die vor einer Operation verpflichtend ein Zweitmeinungsverfahren zu durchlaufen ist, würden sich Knie- und Hüft-Endoprothesen, Wirbelsäuleneingriffe und Schultereingriffe eignen. Bei diesen Gelenkoperationen treten häufig sog. „präferenzsensitive“ Entscheidungssituationen auf. Das bedeutet, bei der Therapieentscheidung für diese Eingriffe spielen neben dem medizinischen Befund auch die subjektive Bewertung der Beschwerden durch die Patientin oder den Patienten eine wesentliche Rolle. Umso wichtiger ist eine umfassende Aufklärung über verschiedene Therapieoptionen wie konservative und weniger invasive Therapiealternativen und ihre Konsequenzen. Wegen dieser Einflussfaktoren erscheint es gerade bei den o.g. Eingriffen besonders geboten, ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren vorzusehen. Bei den Eingriffen, vor welchen das Zweitmeinungsverfahren zwingend notwendig ist, muss die Ärztin, der Arzt oder die Einrichtung, durch die oder durch den der Eingriff durchgeführt werden soll, beizeiten über einen Nachweis verfügen, ob die Patientin oder der Patient eine zweitmeinungsgebende Ärztin beziehungsweise einen zweitmeinungsgebenden Arzt oder eine zweitmeinungsgebende Einrichtung aufgesucht hat, so dass das Ergebnis der Zweitmeinung auch in die Entscheidung der Ärztin, des Arztes oder der Einrichtung, durch die oder durch den der Eingriff durchgeführt werden soll, einbezogen werden kann. Das Nähere zur geeigneten Nachweisführung gegenüber dem jeweiligen Kostenträger wie die Art der Dokumentation, Einreichungsfristen sowie eine möglichst digitale Form des Nachweises regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Zm-RL.

Die bisherigen Absätze 3 bis 6 werden zu den Absätzen 4 bis 7. Im neuen Absatz 6 wird die Aufklärungspflicht der Ärztin oder des Arztes, die oder der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3 stellt, erweitert. Sie umfasst nunmehr auch die Information darüber, dass die Einholung einer zweiten Meinung vor einem Eingriffen nach Absatz 3 eine zwingend notwendige Voraussetzung dafür ist, den Eingriff zu Lasten der GKV durchzuführen. Im neuen Absatz 6 Satz 4 wird das zwischen erstmaliger Aufklärung und Durchführung des Eingriffs liegende Mindestzeitfenster verlängert. Beim freiwilligen Zweitmeinungsverfahren sind künftig mindestens zehn Arbeitstage und beim zwingend notwendigen Zweitmeinungsverfahren 15 Arbeitstage maßgeblich. Diese Zeitfenster ermöglichen der Patientin oder dem Patienten Optionen, Konsequenzen und Risiken bewusst abzuwägen sowie beim zwingend notwendigen Zweitmeinungsverfahren terminlich dem Aufsuchen eines Zweitmeiners beziehungsweise einer Zweitmeinerin nachkommen zu können. Der neue Absatz 7 entspricht unverändert dem bisherigen Absatz 6.

Zu Nummer 9 (§ 28)

In Deutschland praktizieren sowohl Zahnärztinnen und Zahnärzte für Kieferorthopädie als auch Zahnärztinnen und Zahnärzte mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Kieferorthopädie. Die erste Berufsbezeichnung setzt eine mindestens dreijährige hauptberufliche und ganztägige Weiterbildung voraus, die mit einer Facharztprüfung abschließt. Im Gegensatz dazu erfordert das Führen eines Tätigkeitsschwerpunkts Kieferorthopädie keine strukturierte Weiterbildung. Oft basieren die Kenntnisse auf Wochenendkursen oder berufsbegleitenden Studiengängen, wie dem „Master of Science (M.Sc.)“. Grundsätzlich darf eine Zahnärztin oder

ein Zahnarzt kieferorthopädische Behandlungen auch ohne eine spezifische Zusatzqualifikation zu Lasten der GKV durchführen.

Angesichts der höchst unterschiedlichen Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Kieferorthopädie innerhalb der Zahnärzteschaft können kieferorthopädische Leistungen von sehr unterschiedlicher Qualität sein. Eine Einordnung ist den Patientinnen und Patienten kaum möglich beziehungsweise haben sie keine Kenntnis von diesen Gegebenheiten. Daher ist es gerechtfertigt, künftig eine Weiterbildung zur Fachzahnärztin oder zum Fachzahnarzt (für) Kieferorthopädie für das Erbringen kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der GKV vorauszusetzen. Nur so kann eine Behandlung auf dem notwendigen und einem möglichst einheitlichen Qualitätsniveau sichergestellt werden.

Zugleich sieht der neue § 28 Absatz 2a eine Übergangsregelung dahingehend vor, dass kieferorthopädische Behandlungen, die vor dem Inkrafttreten des § 28 Absatz 2 Satz 6 Nummer 1 von einer Vertragszahnärztin oder einem Vertragszahnarzt ohne eine entsprechende Fachzahnarztweiterbildung begonnen wurden, durch diese Zahnärztin oder diesen Zahnarzt zu Lasten der GKV abgeschlossen werden können.

Zu Nummer 10 (§ 31)

Zu Buchstabe a

Der Begriff „Verbandmittel“ wird gesetzlich abschließend definiert. Neben eineindeutigen Verbandmitteln und Verbandmitteln, die ohne therapeutische Wirkung eine möglichst physiologische und damit die natürliche Wundheilung unterstützende Umgebung schaffen, sind Verbandmittel mit proteasemodulierender oder antimikrobieller Wirkung für die Versorgung von großer Bedeutung und entsprechend unmittelbar zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig.

Zu Buchstabe b

Mit dem Ziel der Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wird Cannabis in Form von getrockneten Blüten aus dem Leistungsanspruch nach § 31 Absatz 6 gestrichen.

Der Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von Extrakten in standardisierter Qualität und Fertigarzneimittel sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon bleibt nach Absatz 6 bestehen. Durch das schnelle Anfluten durch Inhalation von Cannabisblüten besteht eine größere Suchtgefahr, insbesondere bei einer Dauertherapie. Da es sich hierbei um ein Naturprodukt handelt, sind auch bei Cannabisblüten aus kontrolliertem Anbau Schwankungen im Wirkstoffgehalt möglich. Grundsätzlich sind im Rahmen einer medizinischen Therapie daher Fertigarzneimittel und Rezepturen gegenüber Cannabis in Form getrockneter Blüten angezeigt, weil bei diesen Arzneimitteln eine höhere Standardisierung im Wirkstoffgehalt erreicht werden kann.

Absatz 6 wird darüber hinaus redaktionell bereinigt. Die Sätze in Zusammenhang mit der bis zum 31. März 2022 gelaufenen nichtinterventionellen Begleiterhebung zum Einsatz der Leistungen nach Satz 1 und in Zusammenhang mit der Ermächtigungsgrundlage für die Verordnung über die Begleiterhebung, die am 31. März 2023 außer Kraft getreten ist, werden gestrichen.

Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Nähere zur Leistungsgewährung in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu regeln, bleibt bestehen. Der Regelungsgehalt des bisherigen Absatzes 7 wird in den Absatz 6 übertragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt weiterhin auch das Nähere zu einzelnen Facharztgruppen und den erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, bei denen der Genehmigungsvorbehalt entfällt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des Absatzes 6.

Zu Nummer 11 (§ 34)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung infolge des Ausschlusses von Arzneimitteln und Leistungen der besonderen Therapierichtungen von der Erstattungsfähigkeit.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung infolge des Ausschlusses von Arzneimitteln und Leistungen der besonderen Therapierichtungen von der Erstattungsfähigkeit.

Zu Nummer 12 (§ 35a)

Zu Buchstabe a

Die Streichung von Absatz 1 Satz 3 Nummer 7 steht ebenso wie diejenige von Absatz 3 Satz 5 und 6 im Zusammenhang mit der Abschaffung der „Leitplanken“ für Erstattungsbeträge nach § 130b Absatz 3 (vergleiche die dortige Begründung). Mit dem Medizinforschungsgesetz vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324) wurde eine Ausnahme von den „Leitplanken“ für Arzneimittel eingeführt, deren klinischen Prüfungen nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem relevanten Anteil in Deutschland durchgeführt wurden (bisheriger § 130b Absatz 3 Satz 11). Da nunmehr die „Leitplanken“ insgesamt abgeschafft werden, bedarf es dieser Ausnahme und der entsprechenden Feststellung des G-BA nicht mehr. Dementsprechend entfällt auch die hierauf bezogene Nachweispflicht der pharmazeutischen Unternehmer nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 7.

Zu Buchstabe b

Die Streichung von Absatz 1d steht ebenso wie diejenige von Absatz 3 Satz 4 im Zusammenhang mit der Abschaffung des Kombinationsabschlags für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen nach § 130e (vergleiche die dortige Begründung und die Übergangsregelung in § 429 Satz 1). Mit dem Wegfall des Kombinationsabschlags entfällt auch der Bedarf für das Feststellungsverfahren nach Absatz 1d, das darauf gerichtet ist, eine Arzneimittelkombination vom Abschlag auszunehmen.

Zu Buchstabe c

Die Streichung von Absatz 3 Satz 4 steht ebenso wie diejenige von Absatz 1d im Zusammenhang mit der Abschaffung des Kombinationsabschlags nach § 130e (vergleiche die dortige Begründung und die Übergangsregelung in § 429 Satz 2). Mit dem Wegfall des Kombinationsabschlags entfällt auch die Notwendigkeit einer Kombinationsbenennung in den Nutzenbewertungsbeschlüssen des G-BA.

Die Streichung von Absatz 3 Satz 5 und 6 steht ebenso wie diejenige von Absatz 1 Satz 3 Nummer 7 im Zusammenhang mit der Abschaffung der „Leitplanken“ für Erstattungsbeträge. Auf die Begründung zu Absatz 1 Satz 3 Nummer 7 wird verwiesen. Ab Inkrafttreten der Änderung enthalten die Nutzenbewertungsbeschlüsse des G-BA keine Feststellung mehr zum Anteil der Prüfungsteilnehmer in Deutschland an der Gesamtzahl der Prüfungsteilnehmer.

Zu Nummer 13 (§ 36)

Zu § 36 (Festbeträge für Hilfsmittel)

Zu Absatz 1

Die Regelung schafft eine eigenständige Rechtsgrundlage für die Festlegung von Festbeträgen für Hilfsmittel. Mit der Neuregelung in Satz 1 wird klargestellt, dass Festbeträge für geeignete Hilfsmittel festgelegt werden sollen, sofern hierdurch eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gefördert werden kann und eine angemessene Versorgung gewährleistet bleibt. Sie zielt auf eine maßvolle Ausweitung der Anwendung des Festbetragsinstruments im Hilfsmittelbereich auf weitere geeignete Versorgungsbereiche ab. Die Festlegung von Festbeträgen soll dort gefördert werden, wo es zu einer wirtschaftlichen Versorgung beitragen kann, ohne Versorgungsrisiken zu begründen. Der individuelle Versorgungsanspruch der Versicherten bleibt gewahrt.

Durch die Ergänzung in Satz 4 wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, eine Anonymisierung der der Bestimmung der Festbetragsgruppen zugrundeliegenden Informationen vorzunehmen. Für eine effektive Ausübung des Stellungnahmerechts der maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer sind Informationen über den konkreten Einrichtungsbezug dieser Informationen ohne Belang.

Zu Absatz 2

Um eine sachgerechte Festsetzung der Festbeträge zu ermöglichen, ist der GKV-Spitzenverband auf die Übermittlung aufbereiteter und verwertbarer Daten durch Hersteller und Leistungserbringer angewiesen. Zur Steigerung von Akzeptanz und Transparenz erhält der GKV-Spitzenverband einen einklagbaren Anspruch auf die Vorlage entsprechender Nachweise zu den erteilten Auskünften. Die gesetzliche Aufzählung der erforderlichen Angaben ist nicht abschließend; Einzelheiten zu deren Art, Form und Übermittlung sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 festzulegen. Ziel ist eine effektive Zusammenarbeit sowie die optimale Nutzbarmachung der bereitgestellten Daten. Für den Fall, dass die Vorgaben der Verfahrensordnung bei einzelnen Berechnungsparametern nicht eingehalten werden, so dass eine Verwendung der Daten für die Festsetzung unmöglich ist, ist der GKV-Spitzenverband berechtigt, einzelne Berechnungsparameter durch Schätzung festzulegen. Dabei sind ordnungsgemäß vorliegende Daten als Korrektiv zu berücksichtigen. Das Verfahren der Schätzung ist in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu konkretisieren.

Zu Absatz 3

Die festgesetzten Festbeträge dienen in den jeweiligen Hilfsmittelgruppen als verbindliche Grundlage für die anschließenden Verhandlungen der Vertragspartner nach § 127. Ziel der neuen Verpflichtung zur Erstellung einer Verfahrensordnung ist es, einen transparenten und nachvollziehbaren Prozess zu strukturieren. Durch die Einbeziehung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer– denen ein entsprechendes Stellungnahmerecht eingeräumt wird -, soll eine größtmögliche Akzeptanz des Verfahrens und der Festsetzungsergebnisse erreicht werden. Zudem werden dadurch die Berechnungswege nachvollziehbar gemacht. Betroffen sind diejenigen Hersteller und Leistungserbringer, für deren Produkte Festbeträge nach § 36 gelten.

Der GKV-Spitzenverband hat somit insbesondere ein Verfahren zu entwickeln und festzulegen, dass eine strukturierte und effektive Überprüfung und gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Festbeträge unter Einhaltung planbarer und praktikabler Fristen ermöglicht. Hierbei müssen nicht alle Festbetragsgruppen zum selben Zeitpunkt überprüft werden, sondern es sind zeitlich voneinander unabhängige Verfahren möglich. Für die einzelnen Verfahrensschritte und insbesondere die Übermittlung der Daten durch die Hersteller und Leistungserbringer sind Wege einer digitalen Umsetzung zu prüfen, um die Organisation zu

vereinfachen und Ressourcen zu sparen. Die Verfahrensordnung sowie deren Änderungen bedürfen jeweils der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Der bisherige Verweis auf die Festsetzung im Arzneimittelrecht nach § 35 entfällt, um den Besonderheiten der Hilfsmittelversorgung bei der Festbetragsfestsetzung besser gerecht zu werden.

Zu Absatz 4

Ausgangspunkt für die Kalkulation eines Festbetrags für die Hilfsmittel einer Festbetragsgruppe nach § 36 Absatz 1 Satz 2 ist nunmehr der sich aus Satz 4 ergebende Herstellerpreis, der die obere Preislinie des unteren Drittels in der Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Herstellerabgabepreis nach Absatz 2 nicht übersteigen soll. Zur Abbildung von tatsächlichen Marktverhältnissen sind die Herstellerabgabepreise dabei nach Abgabemengen zu gewichten.

Die Festbeträge sollen in regelmäßigen Abständen überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Mit den neuen Regelungsinhalten des Absatzes 4 wird dafür unter anderem der Turnus der regelmäßigen Überprüfungen auf drei Jahre festgesetzt. Dieser Zeitraum orientiert sich einerseits an regelmäßigen Laufzeiten im Vergaberecht und durchschnittlichen Intervallen bei Folgeversorgungen im Hilfsmittelbereich. Daneben berücksichtigt er die parallel erweiterten Verhandlungsspielräume der Vertragspartner nach § 127 Absatz 4. Der erstmalige Drei-Jahres-Zeitraum zur Festsetzung beginnt mit der Genehmigung der Verfahrensordnung nach Absatz 3 durch das Bundesministerium für Gesundheit, da nur so eine rechtmäßige Festsetzung gewährleistet werden kann. Um Differenzen bis zu diesem Zeitpunkt auszugleichen, erhalten die Vertragsparteien bei den Preisverhandlungen nach § 127 Absatz 1 und in den Schiedsverfahren nach § 127 Absatz 1a einen erweiterten Verhandlungskorridor.

Um auch innerhalb des Drei-Jahres-Zeitraums auf außerordentliche Preisentwicklungen reagieren zu können, wird eine Überprüfungs- und Anpassungsmöglichkeit durch den GKV-Spitzenverband geschaffen. Voraussetzung ist hierfür ist eine Veränderung des vom Statistischen Bundesamtes festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland von mehr als sieben Prozent in drei aufeinander folgenden Monaten im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresmonat. Maßgeblich ist der veröffentlichte Gesamtindex (nicht harmonisierter Verbraucherpreisindex insgesamt). Die Überprüfung findet in diesen Fällen ausschließlich auf Antrag der maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer statt. Anträge können von einzelnen maßgeblichen Spitzenorganisationen gestellt werden; inhaltsgleiche Anträge mehrerer maßgeblicher Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und Hersteller innerhalb desselben Festbetragsgruppensystems werden als ein Antrag behandelt. Innerhalb eines Drei-Jahres-Zeitraums ist die Antragstellung auf maximal zwei Überprüfungen je Festbetragsgruppensystem begrenzt, um eine gewisse Kontinuität der Festbeträge zu erreichen. Weiteren ökonomischen Schwankungen kann außerdem durch den eingeräumten Verhandlungskorridor in § 127 Absatz 4 begegnet werden.

Der GKV-Spitzenverband legt die Einzelheiten zum Antragsverfahren in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 fest. Dabei sind insbesondere transparente und praktikable Fristen für die Bearbeitung der Überprüfungsanträge vorzusehen. Sofern die Voraussetzungen für die Antragsstellung nach Satz 6 vorliegen, gilt ab dem Zeitpunkt der Antragstellung für die Dauer des Überprüfungsverfahrens der erweiterte Verhandlungskorridor nach § 127 Absatz 4 zweiter Halbsatz entsprechend. Diese Regelung trägt dem Ausnahmecharakter extremer Preisentwicklungen Rechnung. Gleichzeitig werden mögliche wirtschaftliche und versorgungsrelevante Nachteile vermieden, die durch die übliche Verfahrensdauer eines ordnungsgemäßen Überprüfungsprozesses entstehen könnten.

Zu Absatz 5

Der GKV-Spitzenverband hat die Festbeträge im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Die Regelung bestimmt im Übrigen den Umfang der gerichtlichen Überprüfbarkeit. Klagen gegen die Festsetzung haben hierbei keinen Suspensiveffekt, um Auswirkungen auf die Versorgungssituation zu vermeiden.

Zu Nummer 14 (§ 44)

Zu Buchstabe a

Die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 ermöglicht es freiwillig gesetzlich Versicherten, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, einen Anspruch auf Krankengeld ab der siebten Woche (43. Tag) der Arbeitsunfähigkeit zu erwerben. Die Abgabe einer Wahlerklärung bindet das Mitglied für die Dauer von 3 Jahren an diese Entscheidung und wirkt ab dem Zeitpunkt des Eingangs bei der Krankenkasse, sofern das Mitglied zu dieser Zeit arbeitsfähig ist.

Die dargestellte Rechtslage ermöglicht die strategische Abgabe einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 kurz vor dem Eintritt eines absehbaren Krankheitsfalls, um sich gegen Einkommensausfälle bei längerer Krankheit abzusichern. Die einer strategischen Abgabe einer Wahlerklärung innewohnende Missbrauchsmöglichkeit ist durch die dreijährige Bindungsfrist zwar gesetzlich limitiert, stellt aber dennoch ein Instrument dar, um das Kostenrisiko bei absehbarer Arbeitsunfähigkeit auf die Solidargemeinschaft zu verlagern.

Zum Schutz der Versichertengemeinschaft vor übermäßigen Kosten durch sogenannte Zweckabschlüsse wird daher in § 44 Absatz 2 Satz 5 nunmehr eine Wartezeit von drei Monaten für die Inanspruchnahme der Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 eingeführt.

Zu Buchstabe b

Mit der Neufassung des § 44 Absatz 4 wird die bisherige Einwilligungslösung durch eine gesetzliche Erlaubnisnorm mit Widerspruchsrecht (Opt-out) ersetzt.

Im neuen Satz 2 wird klargestellt, dass Krankenkassen berechtigt sind, Versicherte im Zusammenhang mit dem Bezug oder drohenden Bezug von Krankengeld zu kontaktieren, soweit dies zur Beratung, Prüfung von Leistungsansprüchen oder zur Einleitung beziehungsweise Durchführung von Maßnahmen zur Sicherung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich ist. Damit wird der Zweck der Kontaktaufnahme ausdrücklich begrenzt und an die Aufgabenstellung der Krankenkassen gebunden.

In Satz 3 werden die zulässigen Kommunikationswege konkretisiert. Die Kontaktaufnahme hat unter Beachtung der allgemeinen sozialdatenschutzrechtlichen Anforderungen sowie unter Wahrung der Verhältnismäßigkeit zu erfolgen.

Satz 4 hebt den bisherigen Einwilligungsvorbehalt auf – eine vorherige ausdrückliche Zustimmung des Versicherten vor der Kontaktaufnahme ist nicht mehr erforderlich. Die Krankenkasse wird verpflichtet, bei der ersten Kontaktaufnahme transparent und in geeigneter Weise über das Widerspruchsrecht zu informieren.

Außerdem wird in Satz 5 die Rechtfolge des Widerspruchs geregelt – nach Zugang des Widerspruchs ist eine weitere Kontaktaufnahme unzulässig, soweit sie nicht zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen erforderlich ist. Hierdurch wird ein effektives Widerspruchsrecht gewährleistet, ohne die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben unmöglich zu machen. Satz 6 macht deutlich, dass der Widerspruch jederzeit schriftlich oder elektronisch zurückgenom-

men werden kann. Die Verarbeitung personenbezogener Daten richten sich weiterhin nach den Vorschriften der §§ 67 ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch und unterliegen der einschlägigen Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung. Zudem ist die Verarbeitung personenbezogener Daten auf das für die jeweilige Aufgabe erforderliche Maß zu beschränken.

Die Neuregelung schafft damit eine gesetzliche Grundlage für die Kontaktaufnahme der Krankenkassen, gewährleistet zugleich Transparenz und Widerspruchsmöglichkeiten für die Versicherten und wahrt die Anforderungen des Sozialdatenschutzes.

Zu Nummer 15 (§§ 44c, 44d)

Die krankheitsbedingten Fehlzeiten von Beschäftigten in Deutschland befinden sich seit mehreren Jahren auf einem anhaltend hohen Niveau. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lag die durchschnittliche Zahl der krankheitsbedingten Fehltage im Jahr 2024 bei 14,8 Arbeitstagen je Arbeitnehmerin und Arbeitnehmer und ist damit gegenüber früheren Jahren deutlich angestiegen. Durch krankheitsbedingte Fehlzeiten entstehen erhebliche volkswirtschaftliche Kosten sowie Belastungen für die sozialen Sicherungssysteme.

Besonders auffällig ist die zunehmende Bedeutung von Langzeiterkrankungen. Diese machen zwar nur einen geringen Anteil der Krankheitsfälle aus, verursachen jedoch rund 40 Prozent der gesamten krankheitsbedingten Ausfalltage (WIdO Fehlzeiten-Bilanz 2025). Vor allem psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems führen häufig zu langen Ausfallzeiten und weisen zugleich ein hohes Potenzial für eine teilweise erhaltene Arbeitsfähigkeit auf.

Das geltende Recht der gesetzlichen Krankenversicherung unterscheidet bislang im Grundsatz nur zwischen vollständiger Arbeitsfähigkeit und vollständiger Arbeitsunfähigkeit. Eine teilweise Arbeitsfähigkeit während bestehender Arbeitsunfähigkeit wird leistungsrechtlich bislang nur unzureichend durch das Modell der stufenweisen Wiedereingliederung abgebildet. Dies führt dazu, dass vorhandene Restarbeitsfähigkeit vielfach ungenutzt bleibt, obwohl eine teilweise Arbeitsaufnahme aus medizinischer Sicht unter Umständen sinnvoll und aus arbeitsmarktpolitischer Sicht wünschenswert wäre.

Internationale Erfahrungen insbesondere aus den skandinavischen Ländern zeigen, dass Modelle der teilweisen Krankschreibung und anteiligen Entgeltersatzleistungen seit Jahren erfolgreich angewendet werden. Dort tragen entsprechende Regelungen dazu bei, die Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten zu verkürzen, die Rückkehr in den Arbeitsprozess zu beschleunigen, die langfristige Erwerbsbeteiligung zu erhöhen und krankheitsbedingte Ausgrenzungsrisiken zu reduzieren.

An diese Erfahrungen soll nunmehr in Deutschland durch die Einführung von Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld angeknüpft werden. Durch die Kombination aus anteiliger Erwerbstätigkeit und anteiligem Krankengeld sollen insbesondere krankheitsbedingte Fehlzeiten reduziert werden, Restarbeitsfähigkeit bei bestehender Arbeitsunfähigkeit genutzt und erhalten bleiben und die sozialen Sicherungssysteme entlastet werden.

Zu § 44c (Teilarbeitsunfähigkeit)

Ziel der Regelung ist es, Versicherten mit länger andauernden und schwerwiegenden Erkrankungen eine frühzeitige, freiwillige und flexible Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Anders als bei der vollständigen Arbeitsunfähigkeit sollen Versicherte, die sich gesundheitlich dazu in der Lage sehen, ihre berufliche Tätigkeit in begrenztem Umfang fortführen können. Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass bei zahlreichen Erkrankungen eine teilweise Leistungsfähigkeit trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit bestehen kann. Dies auch deshalb, weil sich in den letzten Jahren durch den Wandel der Arbeitswelt gesteigerte Möglichkeiten, im Homeoffice zu arbeiten, ergeben haben. Durch die Möglich-

keit der Feststellung einer nur teilweisen Arbeitsunfähigkeit kann Arbeitsfähigkeit schrittweise stabilisiert und der Wiedereinstieg ins Berufsleben erleichtert werden, längere vollständige Erwerbsausfälle vermieden werden und der Kontakt zum Arbeitsplatz erhalten bleiben. Die Inanspruchnahme einer Teilarbeitsunfähigkeit setzt sowohl die Freiwilligkeit des Arbeitnehmers als auch seines Arbeitgebers voraus. Damit die gesundheitlichen Belastungsgrenzen gewahrt bleiben, ist neben der ärztlichen Einschätzung zwingend das Einverständnis des Arbeitnehmers erforderlich.

Zu Absatz 1

§ 44c Absatz 1 schafft die zentrale Grundlage für die freiwillige Erbringung einer Teil-Arbeitsleistung während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit. Grundsätzliche Voraussetzung nach Absatz 1 ist hierfür, dass eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit für eine nicht nur geringfügige Erkrankung vorliegt, deren Dauer eine Länge von mehr als 4 Wochen erwarten lässt. Kommt nach ärztlicher Feststellung einer solchen Erkrankung, trotz der Arbeitsunfähigkeit eine teilweise Arbeitsleistung des Versicherten im Rahmen seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit in Frage und widerspricht eine teilweise Arbeitsleistung nicht der Genesung, soll der Arzt einvernehmlich mit dem Versicherten über die Umstellung auf eine Teilarbeitsunfähigkeit entscheiden.

Nummer 1 stellt auf die subjektive Einschätzung der Versicherten ab, sich gesundheitlich zur teilweisen Arbeitsaufnahme in der Lage zu sehen. Damit wird der freiwillige Charakter der Regelung unterstrichen und dem Selbstbestimmungsrecht der Versicherten Rechnung getragen.

Nummer 2 verlangt eine ärztliche Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit. Diese muss sich sowohl auf das Vorliegen einer teilweisen Leistungsfähigkeit als auch auf deren quantitativen Umfang beziehen. Die Begrenzung auf feste Stufen von 25, 50 und 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit dient der Standardisierung und Praktikabilität der Anwendung, insbesondere im Hinblick auf die Entgeltabrechnung sowie die Berechnung eines etwaigen Teilkrankengeldes nach § 44d. Zugleich wird dadurch eine hinreichend flexible Anpassung an unterschiedliche gesundheitliche Belastbarkeiten ermöglicht. Die Einschätzung der Arbeitsleistung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nach Nummer 2 soll im Zusammenspiel mit der nach Nummer 1 erforderlichen subjektiven Einschätzung, also in Abstimmung mit der betroffenen Person erfolgen.

Nummer 3 normiert die Zustimmung des Arbeitgebers als weitere Voraussetzung der teilweisen Arbeitsaufnahme. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die konkrete Ausgestaltung der Tätigkeit sowie deren organisatorische Einbindung in die betrieblichen Abläufe maßgeblich in die Sphäre des Arbeitgebers fallen. Die Zustimmung stellt sicher, dass betriebliche Belange sowie arbeitsschutzrechtliche Anforderungen berücksichtigt werden.

Satz 2 definiert eine nicht nur geringfügige Erkrankung dahingehend, dass aufgrund der Art, Schwere oder voraussichtlichen Dauer der Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als vier Wochen zu erwarten ist. Hierzu zählen beispielsweise psychische Erkrankungen, etwa depressive Episoden, Angststörungen oder Anpassungsstörungen, bei denen eine schrittweise Belastungssteigerung therapeutisch sinnvoll sein kann, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, insbesondere Wirbelsäulenerkrankungen, bei denen eine reduzierte Arbeitsbelastung zur Stabilisierung der Genesung beitragen kann, sowie onkologische Erkrankungen, insbesondere während oder nach belastenden Therapiephasen, in denen eine begrenzte Arbeitsfähigkeit bestehen kann.

Die Begrenzung auf nicht nur geringfügige Erkrankungen entspricht auch den Auswertungen der IGES Studie aus dem Jahr 2018 zur Inanspruchnahme der Möglichkeit von Teilarbeitsfähigkeit und Teilkrankengeld in den skandinavischen Ländern.

Im Umkehrschluss zu § 44c Absatz 1 Satz 1 und 2 sollen geringfügige Erkrankungen weiterhin ausschließlich über die bestehenden Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit abgewickelt werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 konkretisiert die in § 44c Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 vorgesehene Zustimmung des Arbeitgebers zur teilweisen Arbeitsaufnahme während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit. Während Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 die Zustimmung als materielle Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Teilarbeitsunfähigkeit normiert, regelt Absatz 2 das hierzu gehörige Verfahren sowie die zeitliche Ausgestaltung der Entscheidungsfindung. Mit der Verpflichtung, innerhalb von sieben Kalendertagen zu prüfen, ob der konkrete Arbeitsplatz der oder des Versicherten für eine Ausübung der Tätigkeit im Rahmen der ärztlich festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit geeignet ist, wird eine zeitnahe Klärung herbeigeführt, die sowohl im Interesse der Versicherten als auch der Krankenkassen liegt, um frühzeitig Planungssicherheit über die Möglichkeit einer teilweisen Arbeitsaufnahme zu schaffen. Die Festlegung einer verbindlichen Entscheidungsfrist dient der Vermeidung von Verzögerungen, die dem Zweck der Regelung – der Förderung einer frühzeitigen, gesundheitlich angepassten Rückkehr in das Arbeitsleben – entgegenstehen würden.

Die Prüfung durch den Arbeitgeber umfasst insbesondere die Frage, ob die arbeitsorganisatorischen, betrieblichen und arbeitsschutzrechtlichen Voraussetzungen für eine Tätigkeit im reduzierten Umfang vorliegen. Hierzu zählen etwa die Anpassungsfähigkeit von Arbeitsabläufen, die Möglichkeit der Umverteilung von Aufgaben sowie die Einhaltung arbeitsschutzrechtlicher Vorgaben. Satz 2 enthält eine gesetzliche Fiktion, wonach der Arbeitsplatz als geeignet gilt, wenn der Arbeitgeber innerhalb der Frist keine Erklärung abgibt. Diese Regelung dient der Rechtsklarheit und verhindert, dass eine unterbliebene Entscheidung zu Lasten der Versicherten oder der Krankenkassen zu unklaren Verhältnissen führt. Widerspricht der Arbeitgeber dem Wunsch des Versicherten die bisherige Tätigkeit während der Arbeitsunfähigkeit teilweise ausüben zu wollen, kann keine Teilarbeitsunfähigkeit festgestellt und ausgeübt werden. Die Arbeitsunfähigkeit wird dann in vollem Umfang unter den bekannten rechtlichen Voraussetzungen fortgeführt.

Zu Absatz 3

Nicht jeder Arbeitsplatz ist für die Ausübung einer Teil-Arbeitsleistung geeignet. § 44 Absatz 3 sieht daher vor, dass weder ein Anspruch auf Einrichtung noch auf Anpassung eines Arbeitsplatzes zur teilweisen Ausübung der bisherigen Tätigkeit besteht. Diese Regelung korrespondiert mit der Möglichkeit des Arbeitgebers, die Anfrage seines Arbeitnehmers auf Ausübung einer Teil-Arbeitsleistung während einer Arbeitsunfähigkeit abzulehnen (§ 44c Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 2 Satz 1).

Zu Absatz 4

Der G-BA wird beauftragt, die bereits von ihm getroffenen Regelungen zur Feststellung und Ausgestaltung der Arbeitsunfähigkeit um die zur Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c zu ergänzen, auch wenn die Beurteilung der Teilarbeitsunfähigkeit eine komplexe medizinische Einzelfallentscheidung darstellt, die sich einer abschließenden gesetzlichen oder untergesetzlichen Festlegung entzieht. Der G-BA hat bei seinen Festlegungen insbesondere die in § 44c Absatz 1 genannten Voraussetzungen zu berücksichtigen. Er wird ermächtigt, insbesondere zu den medizinischen Kriterien für das Vorliegen einer Teilarbeitsfähigkeit, zu den Anforderungen an die ärztliche Feststellung, den Dokumentations- und Nachweispflichten, auch im Hinblick auf das elektronische Arbeitsunfähigkeitsverfahren, sowie zu den Grundsätzen zur zeitlichen Begrenzung und Verlängerung der Teilarbeitsfähigkeit Festlegungen zu treffen. In diesem Zusammenhang sollten auch Festlegungen zur Notwendigkeit einer regelmäßigen ärztlichen Wiedervorstellung vorgesehen werden, um den Genesungsprozess zu überprüfen, zu dokumentieren und notwendigenfalls Anpassungen am Umfang der

Teilarbeitsunfähigkeit beziehungsweise Teil-Arbeitsleistung vornehmen zu können. Durch die Ermächtigung des G-BA soll gewährleistet werden, dass die gesetzlichen Vorgaben praxisgerecht ausgestaltet werden.

Zu Absatz 5

Versicherte, die sich für eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit während einer Arbeitsunfähigkeit entscheiden, sollen während dieser Zeit, unabhängig von dem Umfang ihrer Arbeitsleistung, ihren Anspruch auf volle Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall nach § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) beibehalten. Daher stellt Absatz 5 klar, dass die Vorschriften des EFZG zur Lohnfortzahlung von den Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit unberührt bleiben. Die Klarstellung ist erforderlich, um das Verhältnis zwischen der neu eingeführten Möglichkeit einer freiwilligen Teilarbeitsfähigkeit und den bestehenden arbeitsrechtlichen Regelungen eindeutig zu bestimmen. Insbesondere soll ausgeschlossen werden, dass aus der Aufnahme einer teilweisen Tätigkeit während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit Rückschlüsse auf Beginn, Dauer oder Höhe des Anspruchs auf Entgeltfortzahlung gezogen werden.

Im Gegenzug erhält der Arbeitgeber im Vergleich zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit den Vorteil, für die Entgeltfortzahlung Arbeitsleistung, wenn auch in reduziertem Umfang, zu erhalten.

Zu Absatz 6

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit muss mit der Erweiterung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und der damit zusammenhängenden elektronischen Übermittlungswege einhergehen. Daher werden die dafür notwendigen Vorschriften des § 5 Absatz 1a EFZG, § 109 SGB IV und § 295 für entsprechend anwendbar erklärt.

Zu § 44d (Teilkrankengeld)

Die Regelung zum Teilkrankengeld ergänzt das bestehende Instrumentarium der gesetzlichen Krankenversicherung um eine flexible Entgeltersatzleistung für Fälle abgestufter Arbeitsfähigkeit. Sie trägt insbesondere den Bedürfnissen von Versicherten mit länger andauernden Erkrankungen Rechnung, bei denen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht in jedem Stadium medizinisch erforderlich ist, eine vollständige Arbeitsfähigkeit jedoch noch nicht wieder erreicht werden kann.

Typische Anwendungsfälle finden sich etwa bei Erkrankungen aus dem Bereich der Depression, bei chronischen Wirbelsäulenerkrankungen oder bei Krebserkrankungen im Anschluss an belastende Therapiephasen.

Die Kombination aus anteiliger Erwerbstätigkeit und Teilkrankengeld ermöglicht eine stabilisierende Rückkehr in den Arbeitsprozess und trägt dazu bei, längere vollständige Erwerbsunterbrechungen zu vermeiden und den Kontakt zum Arbeitsplatz zu erhalten.

Zu Absatz 1

Absatz 1 normiert einen eigenständigen Anspruch auf Teilkrankengeld für Versicherte, die aufgrund von Krankheit teilweise arbeitsunfähig sind und ihre Arbeitsleistung krankheitsbedingt nicht vollständig erbringen können. Die Regelung baut damit auf den Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c auf.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme des Teilkrankengeldes ist daher eine ärztlich festgestellte teilweise Arbeitsfähigkeit, die sich mittelbar aus Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit im Sinne des § 44c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ergibt. Durch die Bezugnahme auf diese Vorschrift wird sichergestellt, dass die teilweise Arbeitsfähigkeit medizinisch validiert

ist und in einem konkret bestimmten Umfang vorliegt. Ferner ergibt sich daraus mittelbar, dass auch die Inanspruchnahme des Teilkrankendgeldes nur auf Fälle nicht geringfügiger Erkrankungen (insbesondere psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder chronische Erkrankungen) im Sinne des § 44c Absatz 1 Satz 2 anwendbar ist.

Satz 2 bestimmt, dass der Arbeitgeber verpflichtet ist, die tatsächlich geleistete Arbeitszeit entsprechend anteilig zu vergüten. Die Vorschrift konkretisiert die Aufteilung der Leistungspflichten zwischen Arbeitgeber und gesetzlicher Krankenversicherung: Der Arbeitgeber vergütet die tatsächlich erbrachte Arbeitsleistung, die gesetzliche Krankenversicherung gleicht mit dem Teilkrankengeld den krankheitsbedingt ausfallenden Arbeitsanteil aus. Für die Versicherten ergibt sich hieraus regelmäßig ein wirtschaftlicher Vorteil gegenüber einem vollständigen Bezug von Krankengeld. Da die tatsächlich erbrachte Arbeitsleistung mit Arbeitsentgelt vergütet wird und sich das Teilkrankengeld ausschließlich auf den nicht geleisteten Anteil der Arbeitszeit bezieht, kann das Gesamteinkommen höher ausfallen als beim ausschließlichen Bezug von Krankengeld. Zudem wirkt sich der fortbestehende Bezug von Arbeitsentgelt positiv auf die soziale Sicherung aus. Insbesondere werden durch den entgeltbezogenen Anteil höhere Rentenanwartschaften erworben als im Fall eines ausschließlichen Krankengeldbezugs.

Die Vorschrift ist auch im Zusammenhang mit § 44c Absatz 3 zu sehen. Danach hat der Arbeitgeber innerhalb einer Frist über die Geeignetheit des Arbeitsplatzes für eine teilweise Ausübung der Tätigkeit zu entscheiden. Diese Regelung findet auch Anwendung in den Fällen, in denen sich Versicherte erst nach Ablauf des Entgeltfortzahlungszeitraums und mit Beginn des Krankengeldbezugs für die Aufnahme einer teilweisen Tätigkeit entscheiden. Dadurch wird gewährleistet, dass auch zu einem späteren Zeitpunkt eine strukturierte und rechtssichere Prüfung der betrieblichen Umsetzbarkeit erfolgt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Höhe des Teilkrankengeldes. Dieses wird entsprechend dem Umfang der krankheitsbedingt nicht erbrachten Arbeitszeit geleistet. Maßgeblich ist der nach § 44c Absatz 1 Nummer 2 festgestellte Anteil der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Im Übrigen wird auf die Vorschriften des § 47 verwiesen. Damit finden die allgemeinen Regelungen zur Berechnung, Höhe und Anpassung des Krankengeldes entsprechende Anwendung. Dies gewährleistet eine konsistente Einbettung des Teilkrankengeldes in das bestehende Leistungsrecht.

Absatz 2 trifft keine Aussagen zur Dauer des Krankengeldbezugs. Dadurch wird klargestellt, dass die Inanspruchnahme von Teilkrankengeld keine Verlängerung der Anspruchsdauer des Krankengeldes nach § 48 bewirkt. Der Bezugszeitraum von 78 Wochen innerhalb von drei Jahren bleibt auch in den Fällen einer nur teilweisen Inanspruchnahme unverändert bestehen. Zeiten des Bezugs von Teilkrankengeld werden somit auf die Höchstbezugsdauer angerechnet. Im Übrigen gelten die Vorschriften über das Krankengeld entsprechend, soweit sich aus den Besonderheiten des Teilkrankengeldes nichts Abweichendes ergibt.

Zu Nummer 16 (§ 45)

Die Vorschrift passt die Höhe des Kinderkrankengeldes in Analogie zu § 47 Absatz 1 Satz 1 und 2 dahingehend an, dass der Auszahlungsbetrag von Kinderkrankengeld ebenfalls um fünf Prozentpunkte vermindert wird.

Zu Nummer 17 (§ 47)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift passt die Höhe des Krankengeldes dahingehend an, dass der Auszahlungsbetrag von Krankengeld um fünf Prozentpunkte vermindert wird. Die Anpassung erfolgt bewusst moderat, um soziale Härten zu vermeiden und gleichzeitig eine strukturelle Entlastung der Ausgabenseite zu erreichen.

Zu Buchstabe b

Mit der Neuregelung wird das Krankengeld im laufenden Bezug ab dem Zeitpunkt der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses auf die Höhe des Arbeitslosengeldes begrenzt. Die Berechnung erfolgt systematisch angelehnt an § 47b, der bereits besondere Berechnungsvorschriften für diese Personengruppe enthält. Ein höherer Anspruch auf Krankengeld nach den Vorschriften des § 47 nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses besteht insoweit nicht. Ziel der Regelung ist eine systemgerechte Angleichung der Entgeltersatzleistungen und die Vermeidung sachlich nicht gerechtfertigter Besserstellungen. Die Regelung dient auch der Gleichbehandlung von Versicherten im Krankengeldbezug ohne Beschäftigung.

Zu Nummer 18 (§ 48)

Bisher wurde bei einer neuen Krankheit, die nicht unter § 48 Absatz 1 Satz 2 fällt, ein weiterer Dreijahreszeitraum gebildet, weshalb es in der Folgezeit zu einer Verlängerung der Krankengeldbezugsdauer kam. Diese Möglichkeit wird durch die Streichung des Worts „derselben“ abgeschafft. Die Gesetzesänderung führt dazu, dass Versicherte wegen Krankheit für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren einen Anspruch auf Krankengeld haben. Die strikte Begrenzung der Blockfrist auf längstens 78 Wochen gilt nach bisheriger Rechtsgrundlage bereits, sofern die Arbeitsunfähigkeit durch die gleiche Erkrankung begründet ist. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung zwischen Versichertengruppen, die mit dieser Angleichung abgeschafft wird. Zudem birgt diese Regelung ein gewisses Missbrauchspotential und führt zu übermäßig langen Bezugsdauern von Krankengeld. Die Streichung des § 48 Absatz 1 Satz 2 ist eine Folgeänderung, da dieser Satz nach der Streichung in § 48 Absatz 1 Satz 1 nicht mehr erforderlich ist.

Die Anpassungen in Absatz 2 ist erforderlich, da auch der neue Anspruch auf Krankengeld nach Ausschöpfung der Dauer von achtundsiebzig Wochen im letzten Dreijahreszeitraum nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums unabhängig von der Art der Erkrankung entstehen soll. Daher wird auch in § 48 Absatz 2 das Wort „derselben“ gestrichen und in § 48 Absatz 2 Nummer 1 das Wort „dieser“ gestrichen.

Zu Nummer 19 (§ 49)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 44d. Arbeitsentgelt, das während einer teilweisen Ausübung der Tätigkeit während des Krankengeldbezugszeitraums an Versicherte gezahlt wird, führt demnach nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs nach § 49 Nummer 1 insgesamt. Teilkrankengeld wird nach § 44d Absatz 2 in der Höhe der nach § 44c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 krankheitsbedingt nicht erbrachten Arbeitszeit geleistet.

Zu Nummer 20 (§ 50)

Die Regelung des § 50 ordnet das zeitliche Nebeneinander von Krankengeld und anderen Leistungsansprüchen mit dem Ziel, den Doppelbezug von Entgeltersatzleistungen öffentlicher Träger zu vermeiden und grenzt insoweit die Zuständigkeiten der Sozialversicherungsträger voneinander ab. Für Versicherte, die von der gesetzlichen Rentenversicherung eine

Dauerleistung in Form einer Altersrente in voller Höhe erhalten, ist der Anspruch auf die Entgeltersatzleistung Krankengeld ausgeschlossen.

Mit dem am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) haben sich auch zusätzliche unbeabsichtigte Gestaltungsmöglichkeiten ergeben, die sich im Bereich des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung als system- und zweckwidrig erweisen und zu unerwünschten Mitnahmeeffekten führen. Das Flexirentengesetz eröffnete die Möglichkeit, statt der Altersvollrente eine Teilrente in Höhe von mindestens 10 Prozent der Vollrente zu wählen. Da gesetzlich keine ausdrückliche Prozentregelung für den Höchstsatz der Teilrente normiert ist, kann nach der Rechtsprechung (Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 14. September 2021 – L 6 R 199/19) eine Teilrente bis zu einer Höhe von 99,99 Prozent der Vollrente in Anspruch genommen werden. Zusammen mit der durch das Achte Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (8. SGB IV-Änderungsgesetz – 8. SGB IV-ÄndG) mit Wirkung zum 1. Januar 2023 vorgenommenen Aufhebung der Hinzuverdienstgrenzen für vorgezogene Altersrenten, nach der Bezieherinnen und Bezieher einer Altersrente unabhängig von der Höhe des aus einem zusätzlich oder weiter bestehenden Beschäftigungsverhältnis erzielten Arbeitsentgelts die Altersrente ungekürzt erhalten, erhöht sich für Altersrentenbezieherinnen und Altersrentenbezieher der Anreiz, durch Verzicht auf einen sehr kleinen Teil der Rente einen Anspruch auf die zusätzliche Entgeltersatzleistung Krankengeld und damit eine de facto doppelte Zahlung von Entgeltersatzleistungen zu generieren.

Durch die Normierung eines Mindestabstands zwischen Voll- und Teilrente sollen systemwidrige Mitnahmeeffekte in Bezug auf die Geltendmachung eines Krankengeldanspruchs vermieden werden. Der für die Geltendmachung des Krankengeldanspruchs erforderliche Verzicht auf ein Drittel der Vollrente bringt im Hinblick auf die System- und Zuständigkeitsabgrenzung zwischen gesetzlicher Renten- und Krankenversicherung hinreichend deutlich zum Ausdruck, dass der Übertritt in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung noch nicht vollständig erfolgt ist. Bezogen auf die Realisierung eines Krankengeldanspruchs neben dem Bezug einer Altersrente wird damit der Rechtszustand wiederhergestellt, der bis zum 30. Juni 2017 bestand.

Zu Nummer 21 (§ 51)

In Satz 1 wird die Frist zur Beantragung einer Leistung der medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben von zehn auf vier Wochen gekürzt, da die bislang geltende Frist zur Antragstellung in der Praxis häufig zu erheblichen Verzögerungen bei der Einleitung rehabilitativer Maßnahmen zur Wiederherstellung oder dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit führt. Dies verlängert Arbeitsunfähigkeitszeiten, erhöht die Ausgaben für Krankengeld und verzögert notwendige Rehabilitations- und Teilhabeleistungen. Mit der Verkürzung der Frist wird insbesondere die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben früher gefördert und ermöglicht.

In Satz 2 wird die Frist zur Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem Leistungsträger mit Sitz im Inland oder einer Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Inland für Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland von zehn auf vier Wochen reduziert. Damit soll auch für Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland die Einleitung rehabilitativer Maßnahmen zur Wiederherstellung oder dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit beschleunigt werden.

Mit der Regelung wird die Frist zur Antragstellung einer Regelaltersrente für Versicherte, die die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte mit Erreichen der Regelaltersgrenze erfüllen, von zehn auf vier Wochen reduziert. Die Entscheidungsspielräume hinsichtlich der

Wahl des Rentenzeitpunkts werden insoweit zeitlich gestrafft, als ein weiteres Hinausschieben zugunsten des Krankengeldbezuges zukünftig eingeschränkt wird. Die Änderung dient der konsequenten Umsetzung des Nachranggrundsatzes und der Beschleunigung des Übergangs vom Krankengeld- in den Altersrentenbezug.

Zu Nummer 22 (§ 55)

Als Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung werden die befundbezogenen Festzuschüsse mit Wirkung vom 1. Januar 2027 auf 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgesetzten Beträge für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen für die jeweilige Regelversorgung – und damit auf das vor dem 1. Januar 2021 geltende Niveau – gesenkt.

Parallel dazu verringern sich die Boni, auf die Versicherte einen Anspruch haben, wenn ihr Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie während der letzten fünf Jahre beziehungsweise während der letzten zehn Jahre vor der Behandlung ununterbrochen die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, auf 60 Prozent beziehungsweise 65 Prozent.

Absatz 1 Satz 5, 9 und 10 ist durch Zeitablauf überholt und kann gestrichen werden.

Die Reduzierung der Festzuschüsse macht zudem eine Anpassung der Regelung für Härtefälle in § 55 Absatz 2 erforderlich. In diesen Fällen bleibt die vollständige Kostenübernahme für die Regelversorgung mit Zahnersatz erhalten. Die betroffenen Versicherten erhalten zusätzlich zum Festzuschuss in Höhe von 50 Prozent einen zusätzlichen Betrag in identischer Höhe.

§ 55 Absatz 6 enthält eine Übergangsregelung für diejenigen Fälle, in denen Festzuschüsse bis einschließlich 31. Dezember 2026 bereits bewilligt worden sind. Insoweit gilt § 55 in der bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung.

Zu Nummer 23 (§ 61)

Die Zuzahlungsregelungen sind in der GKV seit 2004, auch der Höhe nach, weitestgehend unverändert. Einzige Ausnahme stellt die 2013 vorgenommene Abschaffung der Praxisgebühr in der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung dar. Die Verbraucherpreise, ebenso wie Löhne und Gehälter, sind über den Zeitraum von 2004 bis 2024 hinweg um ca. 50 Prozent gestiegen. Zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine entsprechende Anpassung der Zuzahlungen notwendig. Die vorhandenen Belastungsgrenzen sorgen dafür, dass gesetzlich Versicherte durch die gesetzlichen Zuzahlungen nicht unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei zwei Prozent des zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehenden Bruttoeinkommens eines Haushalts. Bei chronisch erkrankten Versicherten gilt abweichend eine Belastungsgrenze von einem Prozent. Sobald diese Grenzen erreicht sind, können sich die Versicherten von weiteren Zuzahlungen befreien lassen.

Mit der Änderung werden zunächst die unteren und oberen Zuzahlungsgrenzen von mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro auf mindestens 7,50 Euro und höchstens 15 Euro angepasst. Darüber hinaus werden die kalendertäglichen Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches (SGB XI) in Verbindung mit § 71 Absatz 4 SGB XI sowie in Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 von 10 Euro auf 15 Euro angehoben. Überdies wird auch die Zuzahlung je Verordnung für Heilmittel, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten von 10 Euro je Verordnung auf 15 Euro je Verordnung erhöht.

Mit der Bindung an die Grundlohnrate (§ 71 Absatz 3 SGB V) erfolgt eine Dynamisierung der Zuzahlungsgrenzen und -beträge. Die Bindung soll zur Beitragssatzstabilität beitragen und sicherstellen, dass die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen nicht schneller steigen als ihre Einnahmen.

Zu Nummer 24 (§ 63)

In Satz 1 Halbsatz 2 ist die Wahrung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 71 Absatz 1 bis 3 verpflichtend geregelt. Satz 2 enthielt hierzu bislang dahingehend eine Konkretisierung, dass gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verstoßen wird, wenn die mit einem Modellvorhaben verbundenen Mehraufwendungen durch Einsparungen bei diesem Vorhaben ausgeglichen werden. Die Streichung von Satz 2 vollzieht die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität als absolute Grenze für die Modellvorhaben nach § 63 nunmehr abschließend. Die Streichung von Satz 3 ist eine Folgeänderung aus der Streichung von Satz 2.

Zu Nummer 25 (§ 71)

Zu Buchstabe a

Eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung kann nur erreicht werden, wenn die hohe Ausgabendynamik in der GKV deutlich reduziert und an die Einnahmenentwicklung angepasst wird. Die Grundlohnrate gilt dabei als feste Obergrenze. Eine Verrechnung von Einsparungen in einem Leistungsbereich mit Mehrausgaben in einem anderen Leistungsbereich hat sich in der Praxis nicht bewährt und ist zukünftig nicht mehr zulässig. Satz 2 wird daher gestrichen.

Zu Buchstabe b

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt über die allgemeinen Regelungen des § 71 Absatz 1 bis 3 für alle Vergütungsvereinbarungen im SGB V. Soweit darüber hinaus Regelungen zur Begrenzung der Kostenentwicklung erforderlich sind, wird dies gesondert in den Vorschriften des jeweiligen Leistungsbereichs geregelt.

Satz 4 stellt klar, dass die Grundlohnrate in den Jahren 2028 und 2029 nicht durch die in § 223 Absatz 4 Satz 1 geregelte außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro im Jahr 2027 beeinflusst wird. Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze erhöht die beitragspflichtigen Einnahmen in beiden Halbjahren 2027. Die einmalige Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und die Wiedereinführung der Grundlohnrate als feste Obergrenze für Vergütungssteigerungen haben zum Ziel, die Finanzen der GKV zu stabilisieren. Dieses Ziel würde ohne die technischen Bereinigung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen konterkariert. Ohne eine Bereinigung würde die Grundlohnrate in den Jahren 2028 und 2029 voraussichtlich um jeweils bis zu 0,4 Prozentpunkte höher ausfallen und zu entsprechend höheren Ausgaben führen und im Ergebnis die Entlastungen aus der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze egalisieren.

Da die Grundlohnrate in den Jahren 2027 bis 2029 mit schätzungsweise durchschnittlich rund 4 Prozent voraussichtlich noch deutlich höher liegen wird als im langfristigen Schnitt und damit wesentlich oberhalb der geschätzten Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen in diesem Zeitraum (rund 2,5 Prozent), erfolgt in Satz 5 für die Jahre 2027 bis 2029 ein Abschlag in Höhe von einem Prozentpunkt. Auch eine Grundlohnrate von rund 3 Prozent ermöglicht die Finanzierung von jährlichen Lohn- und Vergütungssteigerungen oberhalb der erwarteten Inflationsentwicklung von rund 2 Prozent und damit auch im Gesundheitswesen weiterhin reale Einkommenszuwächse. Jährliche Zuwächse von rund 3 Prozent entsprechen auch den erwarteten jährlichen Lohnzuwächsen in der Gesamtwirtschaft beziehungsweise in anderen Branchen der deutschen Wirtschaft.

Satz 6 regelt die Bekanntgabe der Grundlohnrate im Bundesanzeiger.

Zu Nummer 26 (§ 73)

Die Ergänzung des § 73 Absatz 9 Satz 1 um eine neue Nummer 7 mit der Verpflichtung, Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130e in den Verordnungsprogrammen abzubilden, ist eine wesentliche Voraussetzung für die praktische Wirksamkeit der Neuregelung des § 130e. Die mit § 130e angestrebte Verordnungssteuerung rabattierter Arzneimittel setzt voraus, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zum Zeitpunkt der Verordnungsentscheidung zuverlässig und aktuell erkennen können, welche Arzneimittel innerhalb einer Gruppe therapeutisch vergleichbarer Arzneimittel rabattiert sind. Es handelt sich um eine Hilfestellung für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur wirtschaftlichen Verordnungsweise in Situationen, in denen häufig weder ausreichend direkt vergleichende Evidenz zwischen den Arzneimitteln der Gruppe noch eine ausreichende Differenzierung über den Preis vorliegt. Dabei ist auch eine Hervorhebung der rabattierten Arzneimittel durch farbliche Markierungen möglich, um Vertragsärzten den Überblick zu erleichtern. Nur wenn diese Informationen unmittelbar in der Praxissoftware verfügbar sind, können die wirtschaftlichen Vorgaben ohne zusätzlichen Rechercheaufwand in den Versorgungsalltag integriert werden. Die Regelung trägt damit zur Entlastung der vertragsärztlichen Leistungserbringer bei und stellt sicher, dass rabattierte Arzneimittel tatsächlich bevorzugt verordnet werden. Erfahrungen aus bestehenden Steuerungsinstrumenten, insbesondere im Bereich der Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 zeigen, dass eine transparente und nutzerfreundliche Darstellung in der Software maßgeblich für die Akzeptanz und den Umsetzungserfolg ist. Zugleich wird durch die verpflichtende Integration der Informationen eine einheitliche und verlässliche Datenbasis geschaffen, die auch für die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Bedeutung ist.

Zu Nummer 27 (§ 73b)

Zu Buchstabe a

Zur Begrenzung von Ausgabenzuwächsen ist die Anpassung der Vergütungen in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu koppeln, so dass § 71 Absatz 1 bis 3 anzuwenden ist. Dabei sind bei der Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nicht nur die Preisanpassungen für bestehende Leistungen zu berücksichtigen, sondern auch die Einführung neuer Leistungen.

Die in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung vereinbarten Leistungsvergütungen beinhalten zu einem bestimmten Anteil stets einen Fixkostenanteil, unabhängig davon, ob die Fixkosten bereits abgedeckt sind. Je größer die Teilnehmerzahl ist, desto höher ist der überschüssige Fixkostenanteil, der nicht zur Deckung benötigt wird. Im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot sind überschüssige Vergütungen zu vermeiden. Auf Grund dessen werden die zusätzlichen Leistungen auf Grund eines festgestellten Anstiegs der Teilnehmer an den Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise für die allgemeine Fixkostendegression vergütet. Um den Anstieg der Teilnehmerzahl festzustellen, ist die Teilnehmeranzahl eines jeden Kalenderquartals mit der Teilnehmeranzahl des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres zu vergleichen. Die Leistungen für die Differenz der Teilnehmerzahl sind mit dem Abschlag zu vergüten.

Zu Buchstabe b

Durch diese Folgeänderung wird klargestellt, dass in den Verträgen nichts Abweichendes zu den neuen Sätzen 2 bis 5 geregelt werden kann und diese mithin gelten.

Zu Nummer 28 (§ 74)

Die stufenweise Wiedereingliederung (SWE) hat sich als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation bei Beschäftigten mit länger andauernder Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit oder Unfall bewährt. Sie unterscheidet sich in Zielrichtung, rechtlicher Ausgestaltung und Anwendungsbereich wesentlich von der Teilarbeitsfähigkeit. Während die Teilarbeitsfähigkeit eine teilweise arbeitsvertragliche Leistungserbringung ermöglicht, dient die Wiedereingliederung der therapeutisch gesteuerten Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Daher bleibt die SWE als eigenständiges rehabilitatives Instrument erhalten. Es wird jedoch ein Rangverhältnis gegenüber den Regelungen nach § 44c und § 44d eingeführt. Vorrangig gegenüber der stufenweisen Wiedereingliederung ist demnach zu prüfen, ob für Versicherte eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit trotz einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit während des Entgeltfortzahlungszeitraums nach § 44c oder während des Krankengeldbezugszeitraums nach § 44d ausüben können.

Zu Nummer 29 (§ 79)

Über den Verweis in § 79 Absatz 6 Satz 1 auf § 35a Absatz 6a SGB IV gelten die neuen Sätze 4 bis 9 in § 35a Absatz 6a SGB IV auch für die Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Auf die Begründung zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 35a Absatz 6a SGB IV) wird verwiesen.

Mit der Einfügung der neuen Sätze 4 bis 9 in § 35a Absatz 6a SGB IV entfällt zudem der Bedarf für die bisherigen Regelungen betreffend die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Sätzen 4 bis 9 des § 79. Die Vorgaben gelten jetzt entsprechend über den Verweis in § 79 Absatz 6 Satz 1 auf § 35a Absatz 6a SGB IV.

Für die Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ändert sich hierdurch allerdings der Maßstab für die zu Beginn einer neuen Amtszeit möglichen Vergütungserhöhungen. War bislang in Satz 6 a.F. geregelt, dass nur ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden kann, gilt jetzt über den Verweis in Absatz 6 Satz 1 auf § 35a Absatz 6a SGB IV, dass zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine über die zuletzt gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 des laufenden Kalenderjahres vereinbart werden kann. Dadurch wird sichergestellt, dass für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ein einheitlicher Erhöhungsmaßstab gilt.

Zu Nummer 30 (§ 85)

Zu Buchstabe a und zu Buchstabe b

Als Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der GKV wird zukünftig die Vergütung für die vertragszahnärztliche Versorgung (ohne Zahnersatz) strikter an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität geknüpft.

Durch die Regelung des § 85 Absatz 2d wird der Anstieg des Honorarvolumens für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Absatz 3 begrenzt.

Die Regelung in § 85 Absatz 3 Satz 2 begrenzt den Spielraum für die Veränderungen der Gesamtvergütungsvolumina im Bereich der zahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz. Die übrigen in § 85 Absatz 3 Satz 1 genannten Kriterien wie z. B. die Zahl und Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung sowie die Kosten- und Versorgungsstruktur gelten auch weiterhin, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität erhält jedoch im Verhältnis zu die-

sen Kriterien eine höhere Bedeutung. Eine Überschreitung der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 ist nicht zulässig.

Von den Begrenzungen ausgenommen sind zahnärztliche Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche, die Zuschläge für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie Parodontitisbehandlungen bei Pflegebedürftigen im Sinne des Elften Sozialgesetzbuchs oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigten Personen.

Zu Buchstabe c

§ 85 Absatz 3a ist durch Zeitablauf überholt und kann gestrichen werden.

Zu Nummer 31 (§ 87)

Zu Buchstabe a und Buchstabe c

Mit Wegfall der in § 346 Absatz 3 bislang geregelten gesonderten Pflicht zur Unterstützung des Versicherten bei der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) entfällt auch die Grundlage für die entsprechende Vergütung im vertragsärztlichen Bereich.

Die weitere Befüllung der ePA im Behandlungskontext findet als Teil der regelhaften Dokumentation in der Arztpraxis statt. Die Leistungen können delegiert werden. Auch die Regelungen zur gesonderten Zusatzvergütung für Folgebefüllungen der ePA sind daher zu streichen und auch zukünftig nicht mehr vorzusehen.

Die zunehmende technische Unterstützung und Automatisierung in den Praxisverwaltungssystemen reduziert den Arbeitszeitaufwand in Zusammenhang mit der Befüllung der ePA erheblich. Durch die im Rahmen von Behandlungen einzustellenden Informationen wird zudem der Austausch von Patienteninformationen zwischen Arztpraxen erheblich erleichtert und führt zu einer Entlastung in den Arztpraxen. Eine zusätzliche Vergütung für die Speicherung behandlungsfallrelevanter Informationen in der ePA ist daher aufgrund der fortschreitenden Verbesserung bei der technischen Umsetzung und der damit einhergehenden verringerten Arbeitslast nicht mehr erforderlich und soll entfallen.

Zu Buchstabe b und Buchstabe g

Nach § 87 Absatz 2h Satz 1 können die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) aufgeführten Leistungen zu Leistungskomplexen zusammengefasst werden. Auch im Bereich der kieferorthopädischen Versorgung wird hiervon Gebrauch gemacht (z.B. BEMA-Nrn. 119 und 120). Daneben existieren eine Vielzahl an Positionen, die eine Einzelleistungsvergütung vorsehen.

Mit dem neuen § 87 Absatz 1d wird den Vertragspartnern des Bundesmantelvertrages Zahnärzte (BMV-Z) aufgegeben, bis spätestens zum 31. Dezember 2027alle Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung zu insgesamt vier Leistungskomplexen zusammenzufassen. Den Leistungskomplexen sind die jeweils zugehörigen Maßnahmen zuzuordnen. Sowohl der Leistungskomplex, der Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, enthält, als auch der Leistungskomplex mit den Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, können in bis zu drei Schweregrade unterteilt werden. Der Leistungskomplex, der Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels beschreibt, fokussiert auf die frühzeitige Korrektur von Zahnfehlstellungen. Der vierte Leistungskomplex nimmt die Maßnahmen für die Feststellung des kieferorthopädischen Bedarfs – unter anderem die Befunderhebung, Auswertung, Diagnostik und Planung – in den Blick.

§ 87 Absatz 2h Satz 4 sieht vor, dass die abrechnungsfähigen Leistungskomplexe jeweils – und gegebenenfalls in Abhängigkeit ihres Schweregrades – mit einer Gesamtpunktzahl zu bewerten sind. Mit der Gesamtbewertungszahl sind alle Maßnahmen des jeweiligen Leistungskomplexes unabhängig von der Behandlungsdauer abgegolten.

Die Vertragsparteien bestimmen die weiteren Einzelheiten zu den Leistungskomplexen wie beispielsweise Behandlungsdauer, Behandlungsabbruch etc. Ferner sind sie aufgefordert, Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität kieferorthopädischer Behandlungen zu regeln.

Durch die Umstellung wird der Fokus auf das Behandlungsergebnis gelegt. Fehlanreize zur Mengenausweitung durch die Ausweitung von Einzelleistungen werden beseitigt. Gleichzeitig reduziert die Pauschalierung den administrativen Prüf- und Abrechnungsaufwand in den Praxen sowie bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen erheblich.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Da nach den vorliegenden Evaluierungen nach § 87a Absatz 3 SGB V die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführten Zuschläge auf die Versichertenpauschale bei einem zeitnahen Behandlungsbeginn nach der Vermittlung durch die Terminservicestelle, die zudem durch das Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) deutlich angehoben wurden, den Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung für die Versicherten nicht verbessert haben, sind diese Zuschläge, die zu höheren Ausgaben im Gesundheitswesen geführt haben, wieder zu streichen. Durch die Regelung wird sichergestellt, dass der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) ab dem 1. Januar 2027 keine dieser Zuschläge mehr enthält. Auch der Zuschlag auf die Versichertenpauschale für die erfolgreiche Vermittlung eines Facharzttermins entfällt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Einführung einer Vergütung für die nach dem Transplantationsgesetz vorgesehene ärztliche Beratung auch über die Möglichkeit, eine Spendenerklärung abgeben, ändern und widerrufen zu können, hat nicht zu einem Anstieg der Bereitschaft zur Organspende beigetragen und birgt vielfach das Risiko eines reinen Mitnahmeeffekts. Deshalb wird durch diese Regelung sichergestellt, dass der EBM ab dem 1. Januar 2027 keine Zuschläge mehr für die ärztliche Beratung nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes in der ab dem 1. März 2022 geltenden Fassung über die Organ- und Gewebsspende sowie über die Möglichkeit, eine Erklärung zur Organ- und Gewebsspende im Register nach § 2a des Transplantationsgesetzes in der ab dem 1. März 2022 geltenden Fassung abgeben, ändern und widerrufen zu können, enthält.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Da nach den vorliegenden Evaluierungen nach § 87a Absatz 3 die mit dem TSVG eingeführten Zuschläge auf die Grundpauschale bei einem zeitnahen Behandlungsbeginn nach der Vermittlung durch die Terminservicestelle oder durch einen Hausarzt, die zudem durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz deutlich angehoben wurden, den Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung für die Versicherten nicht wie beabsichtigt deutlich verbessert haben, sind diese Zuschläge, die zu höheren Ausgaben im Gesundheitswesen geführt haben, wieder zu streichen. Durch die Regelung wird sichergestellt, dass der EBM ab dem 1. Januar 2027 keine dieser Zuschläge mehr enthält.

Zu Doppelbuchstabe bb

Im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung lässt sich trotz einer Leistungsausweitung und einer im internationalen Vergleich hohen Versorgungsdichte eine hohe Nachfrage beobachten. Auch dies verdeutlicht, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten gesteuert werden muss. Die Stunden der Richtlinientherapie werden als zeitgebundene Leistungen grundsätzlich alle gleich kalkuliert und vergütet. Vor diesem Hintergrund stellen nicht durch die Selbstverwaltung vereinbarte, sondern direkt durch den Gesetzgeber festgelegte Zuschläge auf bestimmte Leistungen einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Kernkompetenz der Selbstverwaltung mit dem Risiko einer Fehlsteuerung der Vergütungsausgestaltung dar und sind im Übrigen auch im Hinblick auf die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vertretbar und mithin zu streichen. Durch die Regelung wird sichergestellt, dass der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ab dem 1. Januar 2027 keine Zuschläge mehr für diejenigen psychotherapeutischen Leistungen enthält, die im Rahmen des ersten Therapieblocks einer neuen Kurzzeittherapie erbracht werden.

Zu Buchstabe f

Zur Begrenzung von Ausgabenzuwächsen wird klargestellt, dass die Anpassung des Orientierungswertes an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu koppeln ist, so dass § 71 Absatz 1 bis 3 anzuwenden ist.

Zu Nummer 32 (§ 87a)

Zu Buchstabe a

Zur Begrenzung von Ausgabenzuwächsen ist die Anpassung des Punktwertes an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu koppeln, so dass § 71 Absatz 1 bis 3 anzuwenden ist.

Zu Buchstabe b

Die mit dem TSVG eingeführten extrabudgetären Leistungen werden mit der Regelung gestrichen und explizit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugewiesen. Die Zuschläge werden ersatzlos gestrichen. Es gibt nach den vorliegenden Evaluierungen nach § 87a Absatz 3 keinen Nachweis dafür, dass sich aufgrund von höheren Vergütungen der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung für die Versicherten wie beabsichtigt deutlich spürbar verbessert hat. Die Zuschläge für einen schnellen Behandlungsbeginn nach der Vermittlung eines Termins durch die Terminservicestelle sind mit Wirkung zum 1. Januar 2027 aus dem EBM zu streichen, so dass diese Leistungen nicht mehr existieren und damit gestrichen werden können. Bisher wurden nicht nur die Zuschläge, sondern der vollständige Behandlungsfall extrabudgetär vergütet, was ebenfalls zu höheren und unnötigen Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung ohne einen nennenswerten Einfluss auf die Versorgung geführt hat. Auf Grund dessen werden diese Leistungen sowie die Leistungen, die im Rahmen einer offenen Sprechstunde erbracht werden, nur noch bis zum 31. Dezember 2026 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet. Danach sind sie wieder in der MGV enthalten.

Auch die extrabudgetären Vergütungen für die nach dem Transplantationsgesetz vorgesehene ärztliche Beratung über die Möglichkeit, eine Spendenerklärung abgeben, ändern und widerrufen zu können ist als Folgeänderung zu streichen.

Die in der extrabudgetären Vergütung verbliebenen Leistungen werden in den neuen § 87d verschoben, der die extrabudgetäre Vergütung ab dem Jahr 2027 regelt. Die Regelung, dass die Vertragspartner auf Landesebene weitere Leistungen vereinbaren können, die au-

ßerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden können, wird ersatzlos gestrichen, da der § 87d eine neue Systematik enthält und strengere Vorgaben gibt.

Auf Grund der Streichung der extrabudgetären Vergütungen von Leistungen im Behandlungsfall nach der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle und durch einen an der hausärztliche Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und im Rahmen der offenen Sprechstunde, sind die bereinigten Vergütungen wieder in die MGV zurückzuführen. Diese Rückbereinigung hat im Kalenderjahr 2027 zu erfolgen. Anpassungen beim Punktwert und beim Behandlungsbedarf sind zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss hat für das Verfahren der Rückbereinigung entsprechende Vorgaben zu machen.

Zu Buchstabe c

Mit den Regelungen dieses Absatzes wurden mit Wirkung zum 1. April 2023 die Leistungen des Versorgungsbereiches der Kinder- und Jugendmedizin entbudgetiert. Die vollständige und abschlagsfreie Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin bleibt erhalten. Mit der vorliegenden Gesetzesanpassung werden redaktionelle und inhaltlich notwendige Anpassungen an der Systematik der Entbudgetierung vorgenommen.

Im Jahr 2025 wurde die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer hinsichtlich der Gebietsdefinition von Fachärztinnen und Fachärzten der Kinder- und Jugendmedizin angepasst. Kinder- und Jugendmediziner dürfen seither neben Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen auch regelhaft „Heranwachsende“ behandeln. Gemäß § 1 Absatz 2 Jugendgerichtsgesetz werden Heranwachsende als Personen ab Beginn des 19. Lebensjahres bis zum vollendeten 21. Lebensjahr definiert.

Der Bewertungsausschuss hat vor diesem Hintergrund mit entsprechenden Beschlüssen bereits im Jahr 2025 den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen angepasst und beschlossen, dass die Gebührenordnungspositionen des Kapitel 4 des EBM (Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin) bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr berechnungsfähig sind.

Mit einer Streichung der Altersgrenze in Satz 1 wird diesem erweiterten Behandlungsspektrum der Fachärztinnen und Fachärzten der Kinder- und Jugendmedizin Rechnung getragen und eine vollständige und abschlagsfreie Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin auch bei einer Leistungserbringung gegenüber Heranwachsenden ermöglicht.

Da die Entbudgetierung bereits seit dem 1. April 2023 umgesetzt ist, wird auf die Nennung des Datums für die erstmalige Implementierung der Regelung in den bisherigen Sätzen 1 und 12 verzichtet. Gleiches gilt für den bereits erledigten Auftrag an den Bewertungsausschuss im bisherigen Satz 8, wonach dieser Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichzahlungen zu beschließen hat.

Mit der Neufassung der Sätze 4 bis 7 sowie 9 und 10 werden die Vorgaben hinsichtlich einer sachgerechten Bildung und Weiterentwicklung der auf die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Kinderarzt-MGV) inhaltlich angepasst und an die Systematik bei der Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung (Absatz 3c) angeglichen.

Das Verfahren sieht grundsätzlich vor, dass Ausgleichszahlungen fällig werden, wenn der tatsächlich abgerechnete Leistungsbedarf für Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin (gemäß Euro-Gebührenordnung) in einem Quartal die Kinderarzt-MGV für diese Leistungen im zweiten Quartal 2022 (Referenzquartal) übersteigt. Durch den bisherigen Rückgriff auf ein fixes Referenzquartal bei der Bildung der Kinderarzt-MGV (statt des jeweiligen Vorjahresquartals) bleiben saisonale Effekte unberücksichtigt (z.B.

Grippewellen), die ggf. zu einem höheren Leistungsbedarf im entsprechenden Quartal führen. Zudem sah die bisherige Systematik zur erstmaligen Festlegung der Kinderarzt-MGV im Jahr 2023 keine Dynamisierung des herangezogenen Referenzquartals um die vertraglich vereinbarten Anpassungsfaktoren (z.B. Versichertenstruktur, Morbidität) vor. Beide Regelungsdetails führen im Ergebnis dazu, dass der Umfang der zu vereinbarenden Kinderarzt-MGV zu gering ausfällt und in der Folge zusätzliche Ausgleichszahlungen notwendig werden. Diese Ausgleichszahlungen, die nicht auf die vollständige Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin, sondern auf die fehlende Berücksichtigung der Saison- und Dynamisierungs-Effekte zurückgehen, stellen gesetzlich nicht intendierte Kostenfolgen für die gesetzliche Krankenversicherung dar und führen zu der Doppelfinanzierung ärztlicher Leistungen.

Mit den vorliegenden Anpassungen der Sätze 4 bis 7 sowie 9 und 10 wird diese Systematik dahingehend korrigiert, dass künftig saisonale Schwankungen bei der Inanspruchnahme kinderärztlicher Leistungen (kein fixes Referenzquartal) sowie die Dynamisierungsparameter des Aufsatzwerteverfahrens bei der Bildung der Kinderarzt-MGV zu berücksichtigen sind und die Kinderarzt-MGV unter Berücksichtigung dieser Aspekte neu festzusetzen ist. Diese Maßgaben sind bereits bei der quartalsweisen Festsetzung der Kinderarzt-MGV in den ersten vier Quartalen nach Inkrafttreten dieses Gesetzes umzusetzen. In der Folge ist die Kinderarzt-MGV, vergleichbar zur Systematik bei der Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung nach Absatz 3c, jährlich fortzuschreiben.

Die bisherigen Sätze 4 und 7, die sich auf das nicht länger geltende Verfahren zur erstmaligen Festsetzung der Kinderarzt-MGV beziehen, werden gestrichen beziehungsweise entsprechend angepasst.

Die Vorgaben des Bewertungsausschusses für die Datenübermittlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen nach dem bisherigen Satz 12 sind an die veränderten gesetzlichen Vorgaben zur Festsetzung und Fortschreibung der Kinderarzt-MGV anzupassen.

Der in Satz 14 vorgesehene Evaluationsauftrag des Bewertungsausschusses wird infolge der neuen Systematik konkretisiert und verlängert.

Zu Buchstabe d

Durch das Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD-G) wurden die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin und durch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) die Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs entbudgetiert, so dass diese Leistungen vollständig mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Hierzu haben die Vertragspartner auf Landesebene jeweils eine sogenannte „Kinder- und Jugendmedizin MGV“ sowie eine sogenannte „Hausarzt-MGV“ zu vereinbaren. Reicht diese vereinbarte MGV nicht aus, haben die Krankenkassen Ausgleichszahlungen zu leisten. Damit werden Mengenausweitungen grundsätzlich vollständig nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Jede Leistungsvergütung beinhaltet zu einem bestimmten Anteil stets einen Fixkostenanteil, unabhängig davon, ob die Fixkosten bereits abgedeckt sind. Je größer die Mengenausweitung ist, desto höher ist der überschüssige Fixkostenanteil, der nicht zur Deckung benötigt wird. Im Hinblick auf die angespannte wirtschaftliche Situation der gesetzlichen Krankenversicherung und des Wirtschaftlichkeitsgebots, sind überschüssige Vergütungen zu vermeiden. Auf Grund dessen erhalten die Kinder- und Jugendmediziner sowie die Hausärzte ihre Leistungen nur noch dann vollständig nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wenn die Leistungen aus der vereinbarten Kinder- und Jugendmedizin-MGV beziehungsweise Hausarzt-MGV vergütet werden können. Sobald Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen zu leisten sind, sind diese mit einem Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu vergüten. Die Höhe des Abschlags ist durch den Bewertungsausschuss vorzugeben und von den Ver-

tragspartnern nach § 87a Absatz 2 Satz 1 zu übernehmen. Der Abschlag ist auch dann anzuwenden, wenn der Anspruch auf Ausgleichszahlungen mit einer Unterschreitung aus dem Vorjahresquartal zu verrechnen ist.

Um die Höhe der Mengenausweitung festzustellen, ist die Menge eines jeden Kalenderquartals mit der Leistungsmenge des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres zu vergleichen. Die Differenz der Leistungen ist mit dem Abschlag zu vergüten.

Soweit durch den Absatz 3d von Absatz 3b und Absatz 3c abweichende Regelungen trifft, haben die Regelungen dieses Absatzes Vorrang.

Zu Nummer 33 (§ 87b)

Bei der Streichung der Altersgrenze handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Anpassung des § 87a Absatz 3b Satz 1.

Zudem wird das Datum, ab dem für die Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen, gestrichen, da das Datum in der Vergangenheit liegt und die Vorgabe bereits umgesetzt wurde.

Zu Nummer 34 (§ 87d)

Einen erheblichen Teil in der ambulanten ärztlichen Vergütung machen die außerhalb der MGV vergüteten Leistungen (extrabudgetär) aus. Der Anteil an den extrabudgetären Leistungen an der Gesamtvergütung hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Die Leistungen unterliegen keiner Mengenbegrenzung oder Budgetierung. Einer nicht bedarfsgerechten Ausgabenausweitung in erster Linie aufgrund von Einkommensinteressen der Leistungserbringer (angebotsinduzierte Nachfrage) ist entgegenzuwirken. Aus diesem Grund wird die Systematik für die extrabudgetär zu vergütenden Leistungen in dem neuen § 87d neu geregelt und die Ausgaben für diese Leistungen begrenzt.

Nach Absatz 1 haben die Vertragspartner auf Landesebene jeweils bis zum 31. Oktober für das Folgejahr eine Gesamtvergütung für Vorsorge- und Präventionsleistungen, die auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 SGB V beruhen, sowie eine weitere Gesamtvergütung für weitere Leistungen, die auf Grund eines Beschlusses des Bewertungsausschuss außerhalb der MGV nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet werden, zu vereinbaren. Die erstmalige Vereinbarung der Gesamtvergütungen für das Jahr 2027 hat bis zum 15. Februar 2027 zu erfolgen. Die vereinbarten Gesamtvergütungen sind mit befreiender Wirkung durch die Krankenkassen an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu entrichten.

Der Absatz 2 macht Vorgaben für die Festsetzung der Gesamtvergütungen nach Absatz 1 Satz 1. Für die erstmalige Festsetzungen der jeweiligen Gesamtvergütungen für das Jahr 2027 haben die Vertragspartner auf Landesebene das Ausgabenvolumen des Jahres 2025 für die entsprechenden Leistungen zu ermitteln und dieses um die Preis- und Mengensteigerungen sowie um Veränderungen bei den Leistungen, die extrabudgetär vergütet werden, für das Jahr 2026 und 2027 fortzuschreiben. Damit ist das Ausgabenvolumen grundsätzlich um die Leistungen zu bereinigen, die nicht mehr in der extrabudgetären Vergütung enthalten sind. Die Fortschreibung der Ausgabenvolumina für das Jahr 2027 hat unter Berücksichtigung der Begrenzung durch die Grundlohnsumme nach § 71 Absatz 1 bis 3 als feste Obergrenze zu erfolgen. Für die folgenden Vereinbarungen der Gesamtvergütungen ist die jeweilige Gesamtvergütung des Vorjahres sodann um die Preis- und Mengensteigerungen sowie um Veränderungen bei den Leistungen, die extrabudgetär vergütet werden, für das jeweilige Jahr fortzuschreiben mit der Maßgabe, dass hierbei die Begrenzung durch die Grundlohnsumme nach § 71 Absatz 1 bis 3 als feste Obergrenze gilt.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat nach Absatz 3 die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Leistungserbringer der ambulanten ärztlichen Versorgung zu verteilen. Dabei obliegt es ihr, wie sie die Gesamtvergütung verteilt. Um mögliche Verzerrungen zwischen den Facharztgruppen zu vermeiden, darf sie die Gesamtvergütung für die weiteren vom Bewertungsausschuss beschlossenen Leistungen nach den unterschiedlichen fachärztlichen Versorgungsbereichen unterteilen und entsprechend verteilen. Wie auch in der MGV hat die Kassenärztliche Vereinigung durch geeignete Maßnahmen die Einhaltung der vereinbarten Gesamtvergütungen sicherzustellen. Sollte die Gesamtvergütung nicht ausreichen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Maßnahmen, zum Beispiel in Form von gestaffelten Vergütungen, vorzusehen. Auch bei den extrabudgetären Leistungen findet § 87b Absatz 2 Satz 6 seine Anwendung.

Der Absatz 4 regelt abschließend, welche Leistungen abweichend von Absatz 1 Satz 1 vollständig mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Hierzu zählen nichtärztliche Dialyseleistungen sowie neue Leistungen, die noch keine vollständigen zwei Kalenderjahre im EBM enthalten sind. Nach Ablauf dieser zwei Kalenderjahre sind die Leistungen entweder in der Gesamtvergütung nach Absatz 1 Satz 1 aufzunehmen oder im Rahmen der MGV zu vergüten. Ebenfalls vollständig zu vergüten sind die Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit sowie die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung. Diese Ausnahmen entsprechen den bisherigen gesetzlichen Vorgaben zur extrabudgetären Vergütung in § 87a Absatz 3 Satz 5.

Der Bewertungsausschuss kann zudem Kriterien festlegen, die Leistungen erfüllen müssen, damit diese ausnahmsweise ebenfalls vollständig mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden können. Dabei müssen die Kriterien sicherstellen, dass die Leistungen nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen und dies mit einer Vergütung der Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 oder der Gesamtvergütung nach Absatz 1 Satz 1 nicht erreicht werden kann. Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können an Hand dieser Kriterien in Ausnahme zu Satz 1 weitere Leistungen mit einer vollständigen extrabudgetären Vergütung vereinbaren. Die Vereinbarung darüber hinausgehender extrabudgetärer Leistungen auf Landesebene ist ausgeschlossen. Der Bewertungsausschuss hat diese Leistungen jährlich zu evaluieren und insbesondere daraufhin zu überprüfen, ob ihre Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung sachgerecht und notwendig ist.

Zu Nummer 35 (§ 91)

Mit der Ergänzung in Absatz 2 Satz 14 wird die in § 35a Absatz 6a Satz 4 (neu) SGB IV ausdrücklich geregelte Möglichkeit der Aufsichtsbehörde, vor der Entscheidung über die Zustimmung zu einem Dienstvertrag eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung verlangen zu können, auch für die Prüfung der Dienstverträge der Unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses eröffnet. Satz 15 bleibt unverändert. Zudem wird in Satz 16 auch für die Unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses der Maßstab für die zu Beginn einer neuen Amtszeit möglichen Vergütungserhöhungen angepasst, auf die Begründung zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 35a SGB IV) wird verwiesen. War bislang in Absatz 2 Satz 16 a.F. geregelt, dass nur ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden kann, gilt jetzt, dass zu Beginn einer neuen Amtszeit der Unparteiischen eine über die zuletzt gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 nur des laufenden Kalenderjahres vereinbart werden kann.

Zu Nummer 36 (§ 92)

Nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 in Verbindung mit Absatz 1a hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag, die vertragszahnärztliche Versorgung in Richtlinien

umfassend zu regeln. Ausdrücklich ist er auch beauftragt, Richtlinien zur kieferorthopädischen Behandlung (KFO-Richtlinien) zu beschließen, wobei für die Leistungen der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit maßgebend sind. Entscheidend ist nach § 92 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 3 der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse. Diese Vorgaben implizieren eine allgemeine kontinuierliche Beobachtungspflicht und gegebenenfalls Aktualisierungspflicht des G-BA (siehe auch BSG-Urteil vom 13.05.2015 – B 6 KA 14/14 R, Randnummern 74 ff.).

Die KFO-Richtlinien sind seit ihrem Inkrafttreten am 1. Januar 2004 nicht mehr angepasst worden und gelten damit seit über 20 Jahren unverändert fort. Die Richtlinien nehmen in ihrer Überschrift im Wortlaut noch auf den Rechtsvorgänger, den Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen, Bezug. Die zu den Richtlinien gehörenden Anlagen 1 bis 3 sind noch älteren Datums; sie datieren auf den 18. August 2001. In den letzten zwei Jahrzehnten hat es nicht unwesentliche Fortschritte in der zahnärztlichen Versorgung sowohl im medizinischen Bereich (zum Beispiel bei Materialien und Therapien) als auch im technologischen Bereich (beispielsweise in der Diagnostik und Digitalisierung) gegeben.

Der G-BA wird daher ausdrücklich beauftragt, seine Richtlinien zur kieferorthopädischen Behandlung bis zum 31. Dezember 2027 auf etwaige Anpassungsbedarfe zu überprüfen und diese gegebenenfalls umzusetzen. Insbesondere soll eine Überprüfung der befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) einschließlich des der vertragszahnärztlichen Versorgung zugrundeliegenden Behandlungsbedarfsgrades erfolgen. Unter Berücksichtigung von und nach Vergleich mit international verwendeten Indizes zur Bestimmung des Behandlungsbedarfs in der Kieferorthopädie (zum Beispiel dem Index of Orthodontic Treatment Need, IOTN) stellt sich hier unter anderem die Frage, ob – im Hinblick auf medizinische wie auch wirtschaftliche Gesichtspunkte – ein Zugang zur vertragszahnärztlichen Versorgung ab dem Behandlungsbedarfsgrad 3 noch angemessen ist.

Ebenfalls soll sich auf die nach den geltenden KFO-Richtlinien für die Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung genannten erforderlichen Unterlagen beziehungsweise auf das Verfahren der Erstellung dieser Unterlagen fokussiert werden. Insoweit soll eine evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für die vom Zahnarzt vorzunehmenden beziehungsweise nicht vorzunehmenden Panoramaschichtaufnahmen und Fernröntgenbilder erstellt werden, um die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Erstellung dieser Aufnahmen sicherzustellen sowie nicht erforderliche Strahlenbelastungen zu vermeiden.

Zu Nummer 37 (§ 92a)

Zu Buchstabe a

Die Änderungen dienen der Vereinfachung des Förderverfahrens im Bereich der neuen Versorgungsformen. In der bisherigen Praxis erfolgt die Förderung neuer Versorgungsformen in der Regel in drei unterschiedlichen Verfahren: Im einstufigen Verfahren für neue Versorgungsformen mit langer Laufzeit (bis zu vier Jahre), im einstufigen Verfahren für neue Versorgungsformen mit kurzer Laufzeit (bis zu zwei Jahre) und im zweistufigen Verfahren. Die Erfahrungen aus den Vorjahren, insbesondere bezüglich Antragseingang und Antragsqualität, haben gezeigt, dass eine Streichung des einstufigen Verfahrens für neue Versorgungsformen mit kurzer Laufzeit (bis zu zwei Jahre) angezeigt ist. Das zweistufige Verfahren wird gestrichen, um den administrativen Aufwand der Förderung, auch vor dem Hintergrund der Halbierung der Fördersumme des Innovationsfonds, zu verringern. Daher soll die Förderung im Bereich der neuen Versorgungsformen künftig in der Regel im einstufigen Verfahren erfolgen. Der Innovationsausschuss kann von dieser Vorgabe insbesondere abweichen, wenn geänderte Bedarfe in der Versorgungsentwicklung, neue Erfahrungen bezüglich der Antragseingänge oder der Antragsqualität dies angezeigt erscheinen lassen.

Zu Buchstabe b

Mit der Einführung der Fördermöglichkeit zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit wurde das Ziel verfolgt, den Aufbau eines nationalen Meldesystems zur anonymen Erfassung von Never Events und gravierenden unerwünschten Ereignissen einrichtungsübergreifender Bedeutung zu unterstützen. Zu diesem Zweck sollte innerhalb von drei Jahren mindestens ein entsprechender Antrag zur Förderung von Patientensicherheitssystemen bewilligt werden. Am 20. Juni 2025 hat der Innovationsausschuss eine entspreche Förderbekanntmachung zum Thema „Versorgungsforschung zur Entwicklung und Erprobung eines bundesweiten Never Event Registers als Fehlermelde- und Lernsystem“ veröffentlicht und voraussichtlich am 22. Mai 2026 werden die dazugehörigen Förderentscheidungen getroffen. Da das anvisierte Ziel der Förderung von Patientensicherheitssystemen somit absehbar erreicht wird, wird der Förderstrang der Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit gestrichen.

Die Fördermöglichkeit der Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wird ebenfalls gestrichen, da dieser Förderstrang in den vergangenen Jahren wiederholt nicht ausgeschrieben wurde und somit absehbar kein Bedarf besteht.

Zu Buchstabe c

Die Finanzierung des Innovationsfonds wird ab dem Jahr 2027 dauerhaft auf 100 Millionen Euro pro Jahr abgesenkt, um einen Beitrag dazu zu leisten, den Ausgabenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung und den damit verbundenen Druck auf die Beitragssätze zu begrenzen. Die Finanzierung der Mittel erfolgt darüber hinaus künftig ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Analog zur dauerhaften Absenkung der Gesamt-Fördersumme ab dem Jahr 2027 wird die Fördersumme für die Entwicklung oder Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien ab dem Jahr 2027 dauerhaft um die Hälfte gesenkt. Die Fördersumme für das einstufige Verfahren für neue Versorgungsformen mit kurzer Laufzeit (bis zu zwei Jahre) wird gestrichen, da der entsprechende Förderstrang gestrichen wird.

Um die gesetzlichen Krankenkassen weiter zu entlasten, werden sämtliche seit Bestehen des Innovationsfonds angesammelten und nicht verausgabten Mittel, soweit sie nicht bereits für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, einmalig ab dem Jahr 2027 an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Darüber hinaus wird die Übertragbarkeit der Mittel für nicht verausgabte Mittel gestrichen: Mittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden im Folgejahr an den Gesundheitsfonds zurückgeführt, sofern sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind.

Zu Nummer 38 (§ 92b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Änderungen in § 92a Absatz 1 Satz 8 und Absatz 2 Satz 4.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 92a Absatz 1 Satz 8.

Zu Nummer 39 (§ 106b)

Zu Buchstabe a

Die Neuregelungen des § 130e zur Förderung des Wettbewerbs therapeutisch vergleichbarer patentgeschützter Arzneimittel werden mit den Vereinbarungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Landesebene verknüpft. Diese Vereinbarungen haben sich bereits als effektives Steuerungsinstrument etabliert und ermöglichen eine an regionale Versorgungsstrukturen angepasste Ausgestaltung. Die Vertragspartner sollen daher auch für patentgeschützte therapeutisch vergleichbare Arzneimittel nach § 130e, für die Krankenkassen Rabattverträge abschließen können, rabattarzneimittelbezogene Verordnungsquoten für die jeweiligen Arzneimittelgruppen festlegen. Verordnungsquoten sind die prozentualen Verordnungsanteile eines Arzneimittels innerhalb der Gruppe patentgeschützter therapeutisch vergleichbarer Arzneimittel, die bei medizinisch sachgerechter Verordnung zu erwarten sind. Zwar sind die in einer Gruppe zusammengefassten patentgeschützten Arzneimittel therapeutisch vergleichbar. Das bedeutet, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle alle Arzneimittel der Gruppe für die Verordnung in Betracht kommen, so dass in der Regel zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Verordnung dem rabattierten Arzneimitteln der Gruppe der Vorzug zu geben ist; es bedeutet jedoch nicht, dass dies in jedem Einzelfall medizinisch in Betracht kommt. Vielmehr können medizinische Gründe die Verordnung anderer Arzneimittel aus der Gruppe als das rabattierte Arzneimittel rechtfertigen. Die Verordnungsquote beschreibt prozentual, in wie vielen Fällen typischerweise die Verordnung eines rabattierten Arzneimittels aus der Gruppe medizinisch gerechtfertigt und zur Sicherstellung der wirtschaftlichen Verordnung geboten ist. Die Höhe der Quote hängt wesentlich von der jeweiligen Gruppe ab und muss daher von den Vertragspartnern festgelegt werden. In Gruppen mit hoher therapeutischer Vergleichbarkeit kann eine höhere Quote sachgerecht sein als in Bereichen mit stärker individualisierter Therapieentscheidung. Die regionale Ausgestaltung stellt sicher, dass diese Unterschiede auch an die jeweilige regionale Versorgungsrealität angepasst berücksichtigt werden können.

Verordnungsquoten tragen dazu bei, die notwendige Balance zwischen Wirtschaftlichkeitsanforderungen und ärztlicher Therapiefreiheit sicherzustellen. Erreicht ein Vertragsarzt die vereinbarte Verordnungsquote, können Verordnungen nicht rabattierter Arzneimittel innerhalb der Gruppe pauschal von Prüfmaßnahmen ausgenommen werden oder es kann vereinbart werden, dass diese als wirtschaftlich gelten. Für die Vertragsärzte entsteht damit ein klarer, administrativ handhabbarer Rahmen, der Rechtssicherheit bietet und gleichzeitig den bürokratischen Aufwand reduziert.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeregelung der Streichung von § 130b Absatz 2. Vereinbarungen von Anforderungen an die Verordnungen von Arzneimitteln mit Zusatznutzen erfolgen nun nicht mehr im Rahmen der Verhandlungen des Erstattungsbetrages. Stattdessen sind rabattierte patentgeschützte Arzneimittel von Krankenkassen oder ihren Verbänden nach § 130e – neu - bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen.

Zu Nummer 40 (§ 111)

Zu Buchstabe a

Mit Satz 2 und 3 werden die Vergütungssteigerungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsver-

handlungen. Die Regelung ist erforderlich, um die Preissteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder an die gesamtgesellschaftliche Lohnentwicklung anzupassen. Damit wird eine Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik intendiert und ein Beitrag zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet.

Zu Buchstabe b

Die Streichung von Satz 4 erfolgt, da die Vorlageverpflichtung der Rehabilitationseinrichtungen über die Bezahlung der Beschäftigten nach Tarif mit Wegfall der Tarifrefinanzierung entfällt.

Zu Nummer 41 (§ 111c)

Zu Buchstabe a

Mit Satz 2 und 3 werden die Vergütungssteigerungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen.

Die Regelung ist erforderlich, um die Preissteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder an die gesamtgesellschaftliche Lohnentwicklung anzupassen. Damit wird eine Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik intendiert und ein Beitrag zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet.

Zu Buchstabe b

Satz 4 wird gestrichen, da die Vorlageverpflichtung des Leistungserbringers über die Bezahlung der Beschäftigten nach Tarif mit Wegfall der Tarifrefinanzierung entfällt.

Zu Nummer 42 (§ 115f)

Mit den Kurzzeitfallpauschalen wird ein Instrument zur Förderung von Verweildauerverkürzung und Ambulantisierung bei stationären Krankenhausbehandlungen im Kurzliegerbereich eingeführt. Aus diesem Grund wird mit der Änderung vorgesehen, dass die Fälle, die von Krankenhäusern erbracht und mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, auf die Fallzahlvorgaben nach Absatz 2 Satz 2 anzurechnen sind. Für das Jahr 2028 ist die Fallzahl der mit Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Fälle von den AOP-Vertragsparteien sachgerecht zu schätzen.

Zu Nummer 43 (§ 120)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung eines neuen Absatzes 3 in § 27b.

Zu Buchstabe b

Zur Stärkung des Wirtschaftlichkeitsgebots durch die Begrenzung von Ausgabenzuwächsen ist die Anpassung im Rahmen der Vergütungsverhandlungen zu den Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu koppeln, so dass § 71 Absatz 1 bis 3 anzuwenden ist.

Zu Nummer 44 (§ 125)

Als Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der GKV gilt § 71 künftig auch im Heilmittelbereich, so für die Verträge nach §§ 125, 125a. Bei ihren Vergütungsvereinbarungen haben die Vertragspartner vorrangig vor den in § 125 Absatz 3 Satz 2 genannten Parametern den Grundsatz der Beitragsstabilität zu beachten. Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate sind damit ausgeschlossen.

Zu Nummer 45 (§ 125a)

Bei einer Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung obliegt dem Heilmittelerbringer die Verantwortung über die Auswahl der Heilmittel sowie die Festlegung von Frequenz und Dauer der Behandlung. Dies führt zu einem erhöhten Aufwand hinsichtlich der Analyse des therapeutischen Bedarfs und der therapeutischen Diagnostik. Ein zusätzlicher Aufwand für die Steuerung des weiteren Behandlungsverlaufs, für die Verlaufsdokumentation und die Sicherung der Versorgungsqualität ist mit der erweiterten Versorgungsverantwortung aber nicht verbunden. Diese Pflichten bestehen bereits im Rahmen der Heilmittelversorgung nach § 125. Deshalb ist eine gesonderte Vergütung, die über die Abbildung der Analyse des therapeutischen Bedarfs beziehungsweise der therapeutischen Diagnostik hinausgeht, unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit und des im Rahmen des § 125a geltenden Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nicht gerechtfertigt.

Sieht ein Vertrag nach § 125a für die vorgenannte Tätigkeiten – zusätzlich zur Vergütung des therapeutischen Bedarfs beziehungsweise der therapeutischen Diagnostik – bereits eine gesonderte Pauschale (je Verordnung oder Behandlung) vor, wird diese nur dann von den Krankenkassen vergütet, wenn die entsprechende Heilmittelversorgung z. B. durch Vereinbarung eines konkreten Behandlungstermins bereits vor Inkrafttretens dieses Gesetzes begonnen hat.

Zu Nummer 46 (§ 127)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung dient der Stabilisierung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung und der Stärkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei der Vergütung von Hilfsmitteln.

Nach geltendem Recht werden die Einzelheiten der Hilfsmittelversorgung der Versicherten zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern dezentral im Wege von Vertragsverhandlungen getroffen. Zwar gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 bereits jetzt für diese Vereinbarungen. Er entfaltet im Bereich der Hilfsmittelversorgung jedoch bislang überwiegend die Funktion eines allgemeinen Verhandlungsprinzips. Eine ausdrückliche Bezugnahme auf die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 als maßgeblicher Orientierungsgröße enthält § 127 bislang nicht.

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass die Vertragsparteien bei der Vereinbarung der Vergütung die Einnahmenentwicklungen der GKV aktiv zu berücksichtigen haben. Aufgrund der Streichung des § 71 Absatz 2 Satz 2 dürfen die vereinbarten Vergütungen die nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate nicht überschreiten. Das gilt ausdrücklich auch im Hilfsmittelbereich. Die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 ist die maßgebliche Referenzgröße für die finanzielle Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und stellt somit einen sachgerechten Orientierungsmaßstab für die Entwicklungen der Ausgaben im Hilfsmittelbereich dar.

Das Verhandlungsprinzip im Hilfsmittelbereich bleibt erhalten, soweit es die Ausgestaltung der Versorgung und die Festlegung der konkreten Vertragsbedingungen betrifft. Die Vergütungen selbst unterliegen jedoch der gesetzlich vorgegebenen Obergrenze.

Eine Einschränkung des Anspruchs der Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 ist mit der Regelung nicht verbunden.

Zu Buchstabe b

Mit dem befristeten Sicherungsabschlag wird ein moderater und zeitlich begrenzter Beitrag der Hilfsmittelversorgung zur Stabilisierung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet. Die Maßnahme dient dem Erhalt der Leistungsfähigkeit und Stabilität eines zentralen Systems der sozialen Sicherung und liegt damit im Gemeinwohlinteresse. Sie betrifft ausschließlich Versorgungen, die erst nach einem zukünftigen Stichtag beginnen, sodass bereits begonnene Versorgungen unberührt bleiben und bereits getroffene wirtschaftliche Dispositionen weitgehend geschützt werden. Als begonnen im Sinne des Satzes 1 soll eine Versorgung dann gelten, sobald der Leistungserbringer nach Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen mit der konkreten Versorgungstätigkeit begonnen hat. Hierzu zählen insbesondere individuelle Anpassungs- und Vermessungsmaßnahmen, Erprobungen, die individuelle Anfertigung eines Hilfsmittels oder wesentlicher Teile hiervon, die verbindliche Beschaffung von Komponenten, die ausschließlich für diese Versorgung bestimmt sind und ähnliches. Eine bloße Terminvereinbarung oder allgemeine Beratung gilt hingegen nicht als Versorgungsbeginn. Durch die Begrenzung auf einen Zeitraum von zwei Jahren und die moderate Höhe des Abschlags wird sichergestellt, dass die Versorgung der Versicherten weiterhin gewährleistet bleibt und die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Leistungserbringer nicht unverhältnismäßig beeinträchtigt wird. Ziel der Regelung ist es, kurzfristig zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung beizutragen und damit ihre Fähigkeit zu erhalten, auch künftig eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

Zu Buchstabe c

Für mehr Flexibilität in den Vertragsverhandlungen gelten die Festbeträge nach der neuen Konzeption nicht mehr als Höchstbeträge der zu vereinbarenden Preise, sondern sind als Ausgangspunkt der Vertragsverhandlungen und Schiedsverfahren diesen verbindlich zugrunde zu legen. Es gilt der im Zeitpunkt des erstmaligen Verhandlungsbeginns jeweils geltende Festbetrag. Um Besonderheiten der Versorgung im Einzelfall abbilden zu können, sind in begründeten Fällen Abweichungen in einem Korridor von zehn Prozent ober- und unterhalb des geltenden Festbetrags möglich. In den Verhandlungen trägt die jeweils fordernde Partei die Beweislast für die Erforderlichkeit und Begründung der Abweichung. Da die Verfahrensordnung nach § 36 Absatz 3 unterschiedliche Zeitpunkte der Überprüfung der einzelnen Festbetragsgruppen vorsehen kann, wird den Vertragsparteien für den Zeitraum zwischen der Genehmigung der Verfahrensordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit bis zur erstmaligen Festsetzung für die entsprechende Festbetragsgruppe ein erweiterter Verhandlungskorridor von bis zu 15 Prozent über- oder unterhalb des bisher geltenden Festbetrags eingeräumt. Mit diesem Korridor sollen mögliche, seit der letzten Festsetzung eingetretene, wirtschaftliche und versorgungsrelevante Veränderungen in den Vertragspreisen abgebildet werden können.

Zu Nummer 47 (§ 130)

Zu Buchstabe a

Zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind Einsparungen in allen Leistungsbereichen erforderlich. Die Erhöhung des Abschlags von 1,77 Euro auf 2,07 Euro zählt neben weiteren Maßnahmen zu einem Bündel an Maßnahmen zur Stabilisierung der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Bereinigung. Der zeitliche Anwendungsbereich der Regelung ist beendet.

Zu Nummer 48 (§ 130a)

Zu Buchstabe a

In Umsetzung des Grundsatzes einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik (vergleiche dazu die Ausführungen im Allgemeinen Teil der Begründung) wird ab dem Jahr 2027 ergänzend zum allgemeinen Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1 Satz 1 ein dynamischer Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1b (neu) eingeführt, dessen Höhe sich nach der Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) richtet. Der ergänzende Abschlag betrifft insbesondere hochpreisige patentgeschützte Arzneimittel. Für jedes Kalenderjahr wird ein Ausgaben-„Soll“ anhand der BPE-Entwicklung definiert und ein etwaiger Differenzbetrag zu den tatsächlichen („Ist“-)Ausgaben wird ab dem zweiten Halbjahr des Folgejahres durch entsprechende Festlegung der Abschlagshöhe ausgeglichen.

Die Maßnahme ist erforderlich, um den Anstieg der Arzneimittelausgaben zu dämpfen und so für diesen Leistungsbereich einen adäquaten Beitrag zum übergreifenden Ziel der Beitragssatzstabilisierung zu leisten. Die Arzneimittelausgaben haben als zweitgrößter Ausgabenbereich der GKV hinter den Krankenhausbehandlungen erhebliche Bedeutung für das Aufwachsen der strukturellen Deckungslücke in der GKV und damit auch für die finanzielle Stabilität der GKV sowie die Entwicklung der Zusatzbeitragssätze. In den letzten fünf Jahren seit 2020 sind die Ausgaben für Arzneimittel um durchschnittlich rund 6,2 Prozent pro Jahr angestiegen, der durchschnittliche Anstieg der BPE betrug im selben Zeitraum lediglich rund 4,8 Prozent. Auch für die folgenden Jahre ist ohne Gegenmaßnahmen nicht von einer signifikanten Verlangsamung der Ausgabendynamik auszugehen. Die Kostensteigerungen der letzten Jahre gehen im Wesentlichen auf das überproportionale Ausgabenwachstum im Marktsegment der patentgeschützten Arzneimittel zurück, während die Zahl der ärztlichen Verordnungen in diesem Segment stabil auf einem im Verhältnis zum Umsatz geringen Anteil an der Gesamtverordnungszahl geblieben ist. Für das Marktsegment der Nicht-Patentarzneimittel beziehungsweise Generika, welches für einen Großteil der ärztlichen Verordnungen in der GKV steht, werden hingegen deutlich niedrigere Ausgabensteigerungen beobachtet. Die Einführung eines ergänzenden dynamischen Herstellerabschlags, der insbesondere patentgeschützte Arzneimittel betrifft, ist vor diesem Hintergrund als bürokratiearm umsetzbare und zeitnah wirksame Maßnahme zur dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze sachgerecht.

Im Vergleich zu einer lediglich befristeten, fixen Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlags, wie sie etwa mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) vorgenommen wurde, ist die Einführung eines dynamischen Herstellerabschlags, der dauerhaft die Finanzentwicklung der GKV berücksichtigt, das nachhaltigere Mittel zur Erreichung des Ziels der Beitragssatzstabilisierung. Verglichen mit einer dauerhaften, fixen Erhöhung des Abschlags bietet sie den Vorteil, zielgenauer auf die Entwicklung von Ausgaben und Einnahmen reagieren zu können und den pharmazeutischen Unternehmern die finanziellen Spielräume, die durch steigende Einnahmen eröffnet werden, zugutekommen zu lassen, was zur Verhältnismäßigkeit der Maßnahme beiträgt. Eine fixe Erhöhung könnte demgegenüber je nach Ausgabenentwicklung überschießende Wirkung entfalten und im Ergebnis zu einer Querfinanzierung von Defiziten in anderen Leistungsbereichen führen, was durch die dynamische, auf das Marktsegment der Arzneimittel begrenzte Berechnung des Abschlags vermieden wird.

§ 130a Absatz 1b Satz 1 regelt den grundsätzlichen Anspruch der Krankenkassen auf den neuen dynamischen Herstellerabschlag und bestimmt zugleich dessen zeitlichen Geltungs-

bereich (Abgaben ab dem 1. Januar 2027). Einen entsprechenden Anspruch haben auch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften nach § 1 Satz 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel, der auf § 130b Absatz 1b SGB V verweist.

In Satz 2 wird der Anwendungsbereich des Abschlags in sachlicher Hinsicht näher definiert. Dieser ist grundsätzlich angelehnt an den Anwendungsbereich des allgemeinen Herstellerabschlags nach Absatz 1 Satz 1, der in Absatz 1 Satz 6 festgelegt wird und auf den Absatz 1b Satz 2 verweist. Der dynamische Herstellerabschlag gilt demnach für Fertigarzneimittel, deren Apothekenabgabepreise aufgrund der Preisvorschriften nach dem Arzneimittelgesetz oder aufgrund des § 129 Absatz 3 Satz 3 oder Absatz 5a bestimmt sind, sowie für Arzneimittel, die nach § 129a abgegeben werden. Ausgenommen von der Abschlagspflicht sind ebenso wie beim allgemeinen Herstellerabschlag patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel nach Absatz 3b Satz 1 (Nummer 1) sowie Festbetragsarzneimittel nach § 35 (Nummer 3). Ebenfalls nicht erfasst sind Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i, die der eigenständigen Abschlagspflicht nach Absatz 2 Satz 1 unterliegen. Anders als der allgemeine Herstellerabschlag soll der dynamische Herstellerabschlag darüber hinaus keine Anwendung auf im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel (sogenannte Biosimilars) finden. Bei den ausgenommenen Arzneimitteln bedarf es keines ergänzenden Abschlags, da eine ausreichende Kostendämpfung bereits durch marktwirtschaftliche Mechanismen (Preiskonkurrenz) beziehungsweise durch das Festbetragssystem sichergestellt ist. Abschlagspflichtig sind somit vor allem patentgeschützte Arzneimittel, deren Marktsegment bisher im Wesentlichen ursächlich für die Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich war, sowie ergänzend patentfreie Arzneimittel ohne generische Konkurrenz, die zwar keine vergleichbare Ausgabendynamik verzeichnen, deren Forschungs- und Entwicklungskosten jedoch typischerweise bereits amortisiert sind.

Satz 3 regelt, dass die Vorschriften zur Abwicklung des allgemeinen Herstellerabschlags nach Absatz 1 Satz 3 bis 5, 7 und 8 für den dynamischen Herstellerabschlag entsprechende Anwendung finden. Die weiteren Abwicklungsregelungen in Absatz 5 bis 7 gelten unmittelbar.

Satz 4 legt für die Zeit vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2027 einmalig übergangsweise die Höhe des ergänzenden Herstellerabschlags „statisch“ auf 3,5 Prozent fest, da eine „dynamische“ Ermittlung erstmals anhand der Daten für das Jahr 2026 erfolgen kann, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorliegen. Zugleich bedarf es jedoch einer kurzfristig wirksamen Begrenzung der Arzneimittelausgaben zur Beitragssatzstabilisierung für das Jahr 2027. Der Wert von 3,5 Prozent entspricht einer Prognose für die Abschlagshöhe ab 1. Juli 2027 bei Annahme einer Steigerung der BPE um rund 4,1 Prozent und der Arzneimittelausgaben um rund 6,2 Prozent von 2025 auf 2026, geschätzten Ist-Ausgaben für alle Arzneimittel von circa 50 Milliarden Euro in 2025 und einem angenommenen Umsatz der abschlagspflichtigen Arzneimittel in 2026 von circa 30 Milliarden Euro (vergleiche die nachfolgenden Ausführungen zur Berechnungsmethode). Wie jede Prognose ist diese mit Unsicherheiten behaftet, die jedoch im Interesse einer kurzfristigen Finanzstabilisierung in Kauf zu nehmen sind.

Satz 5 bis 9 regeln die „dynamische“ Ermittlung der Abschlagshöhe ab dem 1. Juli 2027. Diese wird nach Satz 5 anhand der Auswertung von Daten des vorangegangenen Kalenderjahres berechnet und gilt jeweils für die Dauer eines Jahres, also vom 1. Juli bis zum 30. Juni des Folgejahres. Grundgedanke der Ermittlung ist, dass zur Erreichung des Ziels der Beitragssatzstabilität die Arzneimittelausgaben ab dem Jahr 2026 nur insoweit steigen sollten, wie dies durch den gleichzeitigen Anstieg der BPE finanziert werden kann (Soll-Ausgaben). Steigen die tatsächlichen Ausgaben (Ist-Ausgaben) stärker als die Einnahmen, muss das hierdurch entstehende Defizit in der Folge durch den ergänzenden Herstellerabschlag kompensiert werden. Dazu wird nicht der ebenfalls denkbare Weg einer nachträglichen Rabattierung bereits abgegebener Arzneimittel gewählt, vielmehr erfolgt die Kompensation über Preisabschläge bei späteren Arzneimittelabgaben. Dies hat den Vorteil, dass

sich Unternehmen nicht mit im Voraus schwer zu kalkulierenden und in der Abwicklung mit höherem Bürokratieaufwand verbundenen Nachforderungen konfrontiert sehen. Dass dabei kein exakter Ausgleich des früheren Defizits erreicht werden kann, sondern je nach Umsatzentwicklung eine gewisse Unter- oder Überkompensation eintreten kann, ist vor diesem Hintergrund – auch mit Blick auf das Interesse der Industrie an einer einfachen, bürokratiearmen Umsetzung – in Kauf zu nehmen.

Nach Satz 5 wird zur Berechnung der Abschlagshöhe der Differenzbetrag aus Ist- und Soll-Ausgaben für alle Arzneimittel des vorangegangenen Kalenderjahres durch den Gesamtumsatz aller abschlagspflichtigen Arzneimittel im Sinne des Satzes 2 im selben Kalenderjahr geteilt. Der Warenkorb für die Ermittlung des Differenzbetrags mittels Soll-Ist-Vergleichs ist dabei weiter gefasst als derjenige für den Anwendungsbereich des Abschlags, da er auch die nach Satz 2 Nummer 1 bis 3 ausgenommenen Arzneimittel umfasst. Durch die Betrachtung des gesamten Arzneimittelmarkts können starke Ausgabensteigerungen in einem Marktsegment (beispielsweise im Patentmarkt) durch Ausgabenrückgänge oder moderatere Steigerungen unterhalb der BPE-Rate in einem anderen Marktsegment (beispielsweise dem Generikamarkt) abgefedert werden.

Satz 6 bis 8 regeln die genaue Durchführung des in Satz 5 Nummer 1 vorgesehenen Soll-Ist-Vergleichs. Satz 6 bestimmt, dass die Ist-Ausgaben (Satz 5 Nummer 1 Buchstabe a) ermittelt werden, indem von dem Umsatz aller in dem betreffenden Kalenderjahr zu Lasten der Krankenkassen abgegebenen Arzneimittel (Nummer 1) die Summe aller in dem Jahr von den Krankenkassen zu Lasten der pharmazeutischen Unternehmer vereinnahmten Rabatte, Abschläge und Ausgleichszahlungen (Nummer 2) abgezogen wird. Der Gesamtumsatz wird berechnet auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer, so dass Zuschläge des Großhandels und der Apotheken sowie die Umsatzsteuer außer Betracht bleiben. Auf diese Weise soll im Interesse der Verhältnismäßigkeit vermieden werden, pharmazeutische Unternehmer zur Kompensation von Kostensteigerungen heranzuziehen, die ihnen nicht zurechenbar sind, etwa bei einer Erhöhung von Apothekenzuschlägen. Von den Umsätzen zu subtrahieren sind alle Einnahmen der Krankenkassen, die diesen im Zusammenhang mit der Erstattung von Arzneimitteln in dem betreffenden Kalenderjahr zufließen. Auch hierdurch soll sichergestellt werden, dass die pharmazeutischen Unternehmer nicht über Gebühr belastet werden. Werden etwa neue gesetzliche Rabatte eingeführt, bestehende erhöht oder auf freiwilliger Basis in Selektivverträgen höhere Rabatte vereinbart, soll sich dadurch der auszugleichende Differenzbetrag mindern. So bleiben zugleich ausreichende Anreize für vertragliche Rabatte bestehen und eine Doppelbelastung wird vermieden. Abzuziehen sind sämtliche gesetzlichen und vertraglichen Rabatte, Abschläge und Ausgleichszahlungen, die den Krankenkassen zugutekommen und die pharmazeutischen Unternehmer finanziell belasten, ohne dass es hierbei auf die gesetzliche oder vertragliche Bezeichnung ankäme. Hierzu zählen insbesondere die gesetzlichen Abschläge nach § 130a Absatz 1 Satz 1, Absatz 3a Satz 1 bis 6, Absatz 3b Satz 1, auch wenn diese unmittelbar durch die Apotheken gewährt werden, mit Blick auf die Refinanzierung durch die pharmazeutischen Unternehmer (vergleiche § 130a Absatz 1 Satz 3). Ebenso zu berücksichtigen sind Rabatte aus Selektivverträgen nach § 130a Absatz 8 oder § 130c Absatz 1, Ausgleichszahlungen im Zusammenhang mit Erstattungsbetragsvereinbarungen beispielsweise nach § 130b Absatz 3a Satz 9, Absatz 4 Satz 3 oder Absatz 4a Satz 1 sowie Kombinationsabschläge nach § 130e Absatz 1 Satz 1. Ausgenommen ist der dynamische Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1b, um selbstreferenzielle Wirkungen bei dessen Berechnung zu vermeiden. Nicht erfasst sind außerdem Rabatte nach § 130, welche die Krankenkassen von den Apotheken ohne Rückbelastung der pharmazeutischen Unternehmer erhalten. Hinsichtlich der Zuordnung zum Referenzjahr ist zu beachten, dass auf die im betreffenden Kalenderjahr beziehungsweise Geschäftsjahr von den Krankenkassen geleisteten Zahlungen und die in demselben Jahr von diesen erhaltenen Rabatte, Abschläge und Ausgleichszahlungen abgestellt wird („Ist-Prinzip“ der Rechnungslegung). Aufgrund des teilweise erheblichen Zeitverzugs bis zur Auszahlung von Rabatten ist eine exakte Kongruenz zwischen den Arzneimittelabgaben, die in die Umsatzermittlung einfließen, und den-

jenigen, für die die Rabatte gewährt werden, nicht realisierbar. Die ausgabenmindernde und damit abschlagsreduzierende Wirkung der Rabatte tritt somit später ein, ihre vollständige Berücksichtigung bleibt dabei jedoch sichergestellt.

Satz 7 legt fest, wie die zur Berechnung des auszugleichenden Differenzbetrags herangezogenen Soll-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe b ermittelt werden. Die Soll-Ausgaben berücksichtigen die Entwicklung der BPE. Für das Jahr 2026 (Nummer 1), das für die Berechnung der Abschlagshöhe ab dem 1. Juli 2027 maßgeblich ist, sind die Soll-Ausgaben anhand der Ist-Ausgaben des Jahres 2025 zu bestimmen, die wiederum analog zu den Vorgaben in Satz 6 berechnet und anschließend um die Veränderungsrate der BPE von 2025 auf 2026 erhöht werden. Für die Jahre ab 2027 (Nummer 2) basieren die Soll-Ausgaben dann jeweils auf den Soll-Ausgaben des Vorjahres, angepasst an die BPE-Rate. Nur auf diese Weise kann das Ziel der Finanzstabilisierung effektiv verfolgt werden, da die Ist-Ausgaben mit den jeweils unter Berücksichtigung der Einnahmensituation zur Verfügung stehenden Finanzmitteln verglichen werden.

Satz 8 stellt klar, dass in dem Fall, in dem die Ist-Ausgaben mit den Soll-Ausgaben identisch sind oder diese unterschreiten, kein Abschlag nach Satz 1 zu gewähren ist, da es dann kein zu kompensierendes Defizit gibt.

Satz 9 regelt, dass der nach Satz 5 ermittelte Wert für die Abschlagshöhe, also das Ergebnis der dort vorgesehenen Division, als Prozentsatz auszuweisen und kaufmännisch auf die erste Nachkommastelle auf- oder abzurunden ist. Dies dient der Vereinfachung des Instruments und erscheint insofern ausreichend, als ohnehin keine exakte, sondern nur eine näherungsweise Kompensation des ermittelten Defizitbetrags bezweckt wird. Für den Fall, dass der berechnete Wert weniger als 0,05 Prozent beträgt, entfällt der zusätzliche Abschlag wegen der vorgesehenen Abrundung gänzlich.

Satz 10, 11 und 12 betreffen das Verfahren für die Ermittlung der Datengrundlage, die Berechnung und Bekanntgabe der Höhe des ab 1. Juli 2027 und für die späteren Jahreszeiträume geltenden dynamischen Herstellerabschlags. Zuständig für die Berechnung ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das für die Berechnungsgrundlagen auf Daten der Krankenkassen angewiesen ist, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) zusammengeführt werden.

Nach Satz 10 übermittelt der GKV-SV dem BMG jedes Jahr bis spätestens zum 15. Mai die zur Abschlagsberechnung erforderlichen Daten. Dies sind stets die Daten nach Satz 5 Nummer 2 (Gesamtumsatz der Arzneimittel, die prinzipiell dem Anwendungsbereich des Abschlags unterfallen), Satz 6 Nummer 1 (Gesamtumsatz aller Arzneimittel) und Nummer 2 (Summe der Rabatte, Abschläge und Ausgleichszahlungen) für das vergangene Kalenderjahr (Halbsatz 1). Bei der erstmaligen Datenlieferung (Halbsatz 2) sind zur Ermittlung der Soll-Ausgaben für 2026 im Rahmen der Berechnung der Abschlagshöhe ab 1. Juli 2027 zusätzlich noch die zur Feststellung der Ist-Ausgaben für das Jahr 2025 (Satz 7 Nummer 1) benötigten Umsätze und Rabatte (entsprechend Satz 6 Nummer 1 und 2) zu übermitteln. In den Folgejahren kann das BMG dann in Anwendung von Satz 7 Nummer 2 auf die bereits zuvor übermittelten Daten zurückgreifen.

Satz 11 berechtigt den GKV-SV, selbst zu bestimmen, welche Informationen ihm seine Mitgliedskassen in welcher Form zu übermitteln haben, damit er seine Datenlieferungsverpflichtung gegenüber dem BMG erfüllen kann.

Nach Satz 12 liegt die Zuständigkeit für die Berechnung der Abschlagshöhe beim BMG. Dieses nimmt keine inhaltliche Überprüfung der vom GKV-SV übermittelten Daten vor, da es selbst keinen umfassenden Zugriff auf die notwendigen Informationsquellen hat. Da die erforderlichen Rechenschritte gesetzlich vorgeschrieben sind, verfügt das BMG auch über keinen eigenen Spielraum bei der Festlegung der Abschlagshöhe, sondern hat lediglich die Funktion, das Ergebnis der Rechenoperation zur Information aller Beteiligten publik zu ma-

chen. Hierzu veranlasst das BMG eine Bekanntgabe des Wertes im Bundesanzeiger, die jeweils bis zum 1. Juni eines jeden Jahres erfolgen soll. Durch diese Zeitvorgabe sollen die pharmazeutischen Unternehmer in die Lage versetzt werden, ihrer Meldeverpflichtung nach § 131 Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 rechtzeitig nachzukommen. Zusammen mit der Bekanntgabe der Abschlagshöhe werden zu Transparenzzwecken auch die vom BMG verwendeten Berechnungsgrundlagen offengelegt.

Zu Buchstabe b

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Impfstoffe sind in den vergangenen Jahren erheblich gestiegen. Es wird geregelt, dass zusätzlich zum Referenzabschlag nach Satz 1 für zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebene Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i, die einen Patent- oder Unterlagenschutz haben, ein Abschlag in Höhe von 7 Prozent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers anfällt. Der Abschlag in Höhe von 7 Prozent gilt für Impfstoffe unter Patent und Unterlagenschutz auch, wenn aufgrund der Tatsache, dass der Listenpreis in Deutschland unter oder auf dem Referenzpreis nach Satz 2 liegt, kein Abschlag nach Satz 1 anfällt. Durch den Referenzabschlag nach Satz 1 in Kombination mit dem erhöhten Abschlag nach Satz 3 können wichtige Einspareffekte erzielt werden. Für Impfstoffe, für die ein Patent- oder Unterlagenschutz besteht und für die ein Referenzabschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden kann, gilt gemäß Satz 5 zuzüglich zum Abschlag nach Absatz 1 Satz 1 künftig ein zusätzlicher Abschlag in Höhe von 7 Prozent.

Diese Maßnahmen tragen neben weiteren Maßnahmen zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung bei.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird der Abschlag nach Absatz 3a, das sogenannte Preismoratorium, um weitere vier Jahre bis zum 31. Dezember 2030 verlängert. Das Preismoratorium hat sich als effektives Mittel zur Ausgabenbegrenzung im Bereich der Arzneimittelversorgung bewährt.

Es ist auch weiterhin mit einem Anstieg der Arzneimittelausgaben zu rechnen. Den steigenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen stehen bereits aktuell schwächer steigende Einnahmen gegenüber. Auch aufgrund des demografischen Wandels ist eine zunehmend ungünstige Entwicklung von Ausgaben und Einnahmen zu erwarten. Das Preismoratorium verhindert damit weiterhin Mehrausgaben mit einem jährlichen Volumen im unteren einstelligen Milliarden-Euro-Bereich. Die nahtlose Fortgeltung des Preismoratoriums ist daher weiterhin geboten.

Mit Beschluss vom 7. Mai 2025 hat das Bundesverfassungsgericht die Verfassungsmäßigkeit und insbesondere die Verhältnismäßigkeit des Preismoratoriums erst jüngst erneut bestätigt. Das Preismoratorium dient der Sicherung der finanziellen Stabilität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung und damit einem überragend wichtigen Zweck des Gemeinwohls. Zur Förderung dieses Zwecks ist das Preismoratorium auch geeignet, denn der Mechanismus verhindert in seinem Anwendungsbereich, dass Preiserhöhungen zulasten der Krankenkassen wirksam werden. Die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung wird dadurch erheblich gefördert. Das Preismoratorium ist auch erforderlich. Ohne das Instrument kann nach der derzeitigen Lage eine effektive Ausgabenbegrenzung im Bereich nicht-festbetragsgeregelter Arzneimittel nicht mit gleicher Wirksamkeit gewährleistet werden. Die Erforderlichkeit unter anderem des Preismoratoriums wird außerdem nach § 130a Absatz 4 in Verbindung mit Artikel 4 der Richtlinie des Rates 89/105/EWG jährlich unter Berücksichtigung der aktuellen gesamtwirtschaftlichen Lage überprüft.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die bisherigen Regelungen des § 130a Absatz 3a Sätze 4 und 5 knüpfen die Anwendbarkeit des erweiterten Preismoratoriums daran, dass derselbe pharmazeutische Unternehmer bereits ein wirkstoffgleiches Arzneimittel mit vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat oder ein Fall des Mitvertriebs vorliegt.

Künftig soll allein maßgeblich sein, ob bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform im Verkehr ist. Dadurch werden Umgehungsmöglichkeiten durch Anbieterwechsel oder konzerninterne Umstrukturierungen ausgeschlossen. Neben der Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Änderung auch kartellrechtlich geboten. Die Änderung führt das erweiterte Preismoratorium von einer unternehmensbezogenen zu einer wirkstoffbezogenen Anknüpfung fort und stärkt die Kostendämpfungsfunktion des Preismoratoriums insgesamt.

Zu Buchstabe d

Der Markt und die Preisentwicklung für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung ist bislang weitestgehend unreguliert. Um die steigenden Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung zu senken, wird vergleichbar zum Abschlag nach Absatz 3a ein sogenanntes Preismoratorium für die entsprechenden Produkte eingeführt. Mit dem Preismoratorium, der neuen Legaldefinition für Verbandmittel in § 31 Absatz 1a und der Möglichkeit für die Hersteller, einen Inflationsausgleich auf die Preise ab dem Jahr 2028 geltend machen zu können, ist eine wirtschaftliche und stabile Versorgung gewährleistet.

Entsprechend der Regelung in Absatz 3a gilt für zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundbehandlung ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 ein Preismoratorium. Eine unzumutbare Belastung der Hersteller wird durch die zeitliche Befristung der Maßnahme ausgeschlossen. Maßgeblich ist der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers oder sonstigen Herstellers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. Januar 2026. Für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung, die erstmalig nach dem 1. Januar 2026 in den Markt eingeführt werden, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstmalig bis zum 30. November 2026 in entsprechenden Leitfäden. Die Absätze 5, 6 und 7 gelten entsprechend.

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

Zu Nummer 49 (§ 130b)

Die Vereinbarung von Anforderungen an die Verordnungen von Arzneimitteln mit Zusatznutzen und die entsprechende Berücksichtigung bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen haben in der praktischen Umsetzung wenig Auswirkung. Die Regelung wird daher gestrichen. Stattdessen sind rabattierte patentgeschützte Arzneimittel von Krankenkassen oder ihren Verbänden nach § 130e – neu - bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Damit wird der Wettbewerb zwischen therapeutisch vergleichbaren patentgeschützten Arzneimitteln gestärkt.

Zu Buchstabe a (Absatz 1a)

Zur Sicherstellung der Partizipation der gesetzlichen Krankenversicherung und anderer Kostenträger an den Skaleneffekten, von denen pharmazeutische Unternehmen profitieren, sieht der Gesetzentwurf für den Fall, dass zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und dem pharmazeutischen Unternehmer keine Einigung erzielt wird, eine gesetzliche Auffanglösung zur konkreten Ausgestaltung der Preis-Mengen-Regelung vor.

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) ist die in § 130b Absatz 1a vorgesehene Vereinbarung mengenbezogener Aspekte und die Berücksichtigung des Gesamtausgabenvolumens des Arzneimittels in Erstattungsbetragsvereinbarungen für verpflichtend erklärt worden. Ziel der Vorgabe war die Dämpfung der finanziellen Belastungen der Krankenkassen bei einer allgemeinen Mengenausweitung oder Zulassung neuer Anwendungsgebiete und die Berücksichtigung potentieller Auswirkungen des Ausgabenvolumens auf die Beitragssatzstabilität (Bundestagsdrucksache 20/3448, S. 41). Auch da im Gesetz kein konkretes Rabattmodell vorgegeben wurde, konnte in der Folgezeit nicht immer Einigkeit zwischen pharmazeutischen Unternehmern und dem GKV-SV über diesen Punkt erzielt werden, so dass sich die gemeinsame Schiedsstelle nach Absatz 5 mehrfach mit der Thematik zu befassen hatte. Aus Sicht gesetzlichen Krankenversicherung führt die aktuelle Spruchpraxis der Schiedsstelle, die auch die Inhalte der freiwillig abgeschlossenen Erstattungsbetragsvereinbarungen prägt, zu Rabatten deutlich unterhalb marktüblicher Konditionen, die eine ausreichende Beteiligung der Krankenkassen an den durch Mengenausweitungen entstehenden Skaleneffekten und damit das entsprechende Einsparpotenzial nur unzureichend berücksichtigen.

Grundsätzlich erscheint es sachgerecht, den Vertragsparteien weiterhin den bisherigen Verhandlungsspielraum zu belassen, so dass die geltenden Vorgaben in § 130b Absatz 1a Satz 1 bis 3 bestehen bleiben sollen. Der GKV-SV und der pharmazeutische Unternehmer sind in der konkreten Ausgestaltung einer Preis-Mengen-Regelung unter Berücksichtigung der Sätze 1 bis 3 weiterhin frei und können so maßgeschneiderte Lösungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten des betreffenden Arzneimittels vereinbaren. Nur für den Fall, dass eine solche Vereinbarung nicht zustande kommt, greift die neue gesetzliche Auffangregelung, die sich an dem Ansatz der Spruchpraxis der gemeinsamen Schiedsstelle orientiert, diesen jedoch zur angemesseneren Erfassung der betreffenden Skaleneffekte inhaltlich weiterentwickelt.

Nach dem neuen Satz 4 Halbsatz 1 gilt im Fall der Nichteinigung eine Anpassung des Erstattungsbetrags nach Maßgabe der nachfolgenden gesetzlichen Vorschriften als vereinbart. Halbsatz 2 stellt klar, dass insoweit eine Befassung der Schiedsstelle nach Absatz 4 Satz 1 nicht in Betracht kommt, da die gesetzliche Auffangregelung Anwendung findet. Auch wenn ein Schiedsverfahren aus anderem Grund eingeleitet wird, ist die Schiedsstelle nicht befugt, gegen den Willen einer Partei eine abweichende Preis-Mengen-Regelung festzusetzen.

Satz 5 regelt den Zeitpunkt der Anpassung des Erstattungsbetrags. Diese erfolgt jedes Jahr zum 1. Juni, erstmalig zum 1. Juni des dritten Kalenderjahres nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Durch eine rabattfreie Startphase vom Markteintritt bis zum 31. Mai des dritten auf den Markteintritt folgenden Kalenderjahres sollen die pharmazeutischen Unternehmer zu Beginn des Produktionslebenszyklus entlastet werden. Die Anpassung zum 1. Juni ist dadurch bedingt, dass ein hinreichender Vorlauf für die Ermittlung des Ausgabenvolumens des Vorjahres benötigt wird.

Satz 6 bestimmt, dass die Anpassung durch Reduktion des zu dem jeweiligen Zeitpunkt geltenden vereinbarten oder festgesetzten Erstattungsbetrags um einen gesetzlich definierten Rabattsatz vorgenommen wird.

Die Berechnung dieses Rabattsatzes regelt Satz 7 in Anlehnung an die geltende Spruchpraxis der Schiedsstelle. Der Rabattsatz wird in Prozent ausgedrückt und besteht aus zwei Komponenten, die addiert werden. Er richtet sich jeweils nach dem Gesamtausgabenvolumen des vorangegangenen Kalenderjahres, das unter zwei verschiedenen Gesichtspunkten Berücksichtigung findet. Die erste Komponente (Nummer 1) trägt dem (relativen) Umsatzwachstum im Vergleich zu einem Referenzjahr Rechnung. Sie wird ermittelt, indem zunächst die Differenz gebildet wird zwischen dem Gesamtausgabenvolumen des vorangegangenen Kalenderjahres und des Gesamtausgabenvolumen des Referenzjahres. Das Ergebnis dieser Subtraktion wird dividiert durch das Gesamtausgabenvolumen des Vorjahres und – der Schiedsstellenpraxis entsprechen – multipliziert mit einem Rabattsatz von 1,7 Prozent. Die zweite Komponente (Nummer 2) stellt demgegenüber im Einklang mit dem Gedanken des Satzes 2 auf das (absolute) Ausgabenvolumen des Vorjahres ab und beeinflusst die Rabatthöhe in Abhängigkeit von der Überschreitung von Umsatzschwellen von je 100 Millionen Euro. Diese Komponente ist in der Spruchpraxis der Schiedsstelle ebenfalls vorhanden, soll jedoch zur Annäherung an handelsübliche Mengenstaffeln in der gesetzlichen Auffanglösung wesentlich stärker gewichtet werden und wird daher mit dem Faktor 1 Prozent (statt 0,1 Prozent) multipliziert.

Nach Satz 8 ist bei einem negativen Ergebnis der Berechnung nach Satz 7, die sich bei einem Rückgang des Gesamtausgabenvolumens gegenüber dem Referenzjahr aus der ersten Komponente ergeben kann, der vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag unverändert anzuwenden. Eine spiegelbildliche Erhöhung des Erstattungsbetrags kommt nicht in Betracht, da es nicht Aufgabe der GKV sein kann, pharmazeutische Unternehmer gegen die wirtschaftlichen Risiken von Umsatzrückgängen abzusichern.

Satz 9 bestimmt als Referenzjahr für den Vergleich der Gesamtausgabenvolumina nach Satz 7 Nummer 1 das erste Jahr nach dem Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Bei der Ermittlung des Rabattsatzes für die erstmalige Anpassung des Erstattungsbetrags im dritten Kalenderjahr nach Inverkehrbringen wird also das erste mit dem zweiten Kalenderjahr verglichen. Anders als nach der ursprünglichen Spruchpraxis der Schiedsstelle, die einen „dynamischen“ Vergleich jeweils des Vorjahres mit dem Vorvorjahr vornehmen wollte, wird der aktuellen Schiedspraxis entsprechend ein festes Referenzjahr definiert. So wird vermieden, dass der Rabattsatz (beziehungsweise dessen wachstumsbezogene Komponente) trotz weiterhin steigender Umsätze bereits dann sinkt, wenn nur das Umsatzwachstum zurückgeht und bei Erreichen eines „Umsatzplateau“ sogar ganz wegfällt. Die Schiedsstelle hat im Fall der Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets das Jahr vor der Zulassungserweiterung als Referenzjahr festgelegt. Für die gesetzliche Auffangregelung, die nicht allein bei der Zulassung neuer Anwendungsgebiete gelten soll, da Skaleneffekte bei jeder Form der Mengenausweitung unabhängig von der Ursache entstehen, wird demgegenüber das erste Jahr nach dem Inverkehrbringen als Referenzjahr gewählt. Sofern die Vertragsparteien dies im Einzelfall nicht für sachgerecht halten, steht es ihnen frei, eine abweichende Vereinbarung gegebenenfalls auch entsprechend der bisherigen Schiedspraxis zu treffen.

Satz 10 regelt näher, wie das für beide Komponenten der Rabattsatz-Berechnung maßgebliche Gesamtausgabenvolumen eines Kalenderjahres ermittelt wird. Dazu wird die Anzahl der von Apotheken zu Lasten der Krankenkassen in dem Kalenderjahr abgerechneten Bezugsgrößen des Arzneimittels multipliziert mit dem jeweils geltenden Erstattungsbetrag pro Bezugsgröße. Handelszuschläge und Umsatzsteuer bleiben dabei außer Betracht.

Satz 11 verpflichtet im Rahmen der Auffangregelung den GKV-SV, dem pharmazeutischen Unternehmer die für die Berechnung des Rabattsatzes erforderlichen Datengrundlagen zur Verfügung zu stellen. Dies ist erforderlich, da der pharmazeutische Unternehmer selbst keine Kenntnis davon hat, welche der von ihm abgebebenen Arzneimittelpackungen tatsächlich zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet wurden. Grundlage für die Ermittlung des Gesamtausgabenvolumens sind die Abrechnungsdaten der Krankenkassen nach § 84 Absatz 5. Diese hat der GKV-SV dem pharmazeutischen Unternehmer für alle abrech-

nungsrelevanten Kalenderjahre jeweils bis zum 30. April des Folgejahres mitzuteilen, erstmals also bis zum 30. April des zweiten Kalenderjahres nach dem Inverkehrbringen bezogen auf die Daten des ersten Kalenderjahres als Referenzjahr. Zur Erhöhung der Transparenz sind die Daten monatsbezogen aufzubereiten. Auf der Grundlage dieser Angaben kann der pharmazeutische Unternehmer den angepassten Erstattungsbetrag berechnen und so rechtzeitig seinen Abgabepreis anpassen sowie seine Meldepflicht nach § 131 Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 und 2 erfüllen.

Satz 12 entspricht dem bisherigen Satz 4 und regelt die Befugnis des GKV-SV, das Nähere zur Abwicklung von Preis-Mengen-Vereinbarungen im Verhältnis zu den Krankenkassen in seiner Satzung zu regeln. Von dieser Befugnis hat der GKV-SV bislang keinen Gebrauch gemacht, sie soll jedoch für den Bedarfsfall erhalten bleiben und auch auf die Fälle der Geltung der Auffangregelung nach dem neuen Satz 4 erstreckt werden. Der bisher sehr weit gefasste Wortlaut wird angepasst, um klarzustellen, dass die Satzungsregelungen nur das Innenverhältnis zwischen dem GKV-SV und seinen Mitgliedern, insbesondere deren Mitwirkungspflichten, betreffen können. Im Verhältnis zum pharmazeutischen Unternehmer kommt eine einseitige Regelungsbefugnis des GKV-SV hingegen nicht in Betracht; hier gelten ausschließlich die vertraglichen oder gesetzlichen Vorgaben.

Zu Buchstabe b

Die Vereinbarung von Anforderungen an die Verordnungen von Arzneimitteln mit Zusatznutzen und die entsprechende Berücksichtigung bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen haben in der praktischen Umsetzung wenig Auswirkung. Die Regelung wird daher gestrichen. Stattdessen sind rabattierte patentgeschützte Arzneimittel von Krankenkassen oder ihren Verbänden nach § 130e bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Damit wird der Wettbewerb zwischen therapeutisch vergleichbaren patentgeschützten Arzneimitteln gestärkt.

Zu Buchstabe c

Durch die Änderungen in Absatz 3 werden die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) eingeführten „Leitplanken“ für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen abgeschafft. § 130b Absatz 3 Satz 2 und 5 sieht seitdem eine Deckelung des Erstattungsbetrags in Abhängigkeit von den Kosten der patent- oder unterlagengeschützten zweckmäßigen Vergleichstherapie bei nicht nachgewiesenem, geringem oder nicht quantifizierbarem Zusatznutzen vor. Mit der Regelung wurde bezweckt, zur Sicherstellung der finanziellen Stabilität der GKV eine fortwährende Steigerung des Preisniveaus („Preisspirale“) im Bereich der patentgeschützten Arzneimittel ohne korrespondierende Versorgungsvorteile zu vermeiden. Zudem sollten Anreize geschaffen werden, für die Nutzenbewertung geeignete Studien mit Schwerpunkt auf versorgungs- und patientenrelevanten Fragestellungen durchzuführen (vergleiche Bundestagsdrucksache 20/3448, S. 42 f.). Inwieweit die Regelung tatsächlich einen Beitrag zur Erreichung dieser Ziele leisten konnte, ließ sich bislang nicht zweifelsfrei feststellen (vergleiche Höer/Maag/Barton/Gerbsch/Albrecht, AMNOG-Evaluation, Dezember 2024, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/amnog-evaluation.html, S. 41). Seitens der pharmazeutischen Industrie wird insbesondere kritisiert, dass die Begrenzung des Erstattungsbetrags bei geringem und nicht quantifizierbarem Zusatznutzen auf die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie eine Abkehr vom Prinzip der nutzenbasierten Preisbildung darstelle und Schrittinnovationen desincentiviere, obwohl solche Schrittinnovationen ein wesentlicher Motor für den Fortschritt in der Arzneimittelentwicklung seien. Darüber hinaus wendet sich die Industrie gegen den unflexiblen Charakter der gesetzlichen Obergrenzen, die keine Verhandlungsspielräume zur Berücksichtigung der Versorgungssituation in besonderen Einzelfällen ließen. Vor diesem Hintergrund sollen die „Leitplanken“ künftig entfallen und soll im Wesentlichen die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes wiederhergestellt werden. Die Vertragspartner erhalten hierdurch größere Gestaltungsfreiheit, um maßgeschneiderte Lösungen unter Be-

rücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls zu verhandeln. Die damit voraussichtlich einhergehende finanzielle Mehrbelastung der GKV muss durch andere Instrumente wie die Stärkung des Preiswettbewerbs patentgeschützter Arzneimittel im gleichen Therapiegebiet, Preis-Mengen-Regelungen und den dynamischen Herstellerabschlag kompensiert werden.

Zu Doppelbuchstabe aa

Die bisherigen Sätze 2 und 5 des Absatzes 3, welche die „Leitplanken“ enthalten, fallen ersatzlos weg. Die „Soll“-Regelung im bisherigen Satz 3, die das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz auf die Fälle beschränkt hatte, in denen die maßgebliche zweckmäßige Vergleichstherapie ein Arzneimittel ist, zu dem Patentschutz und Unterlagenschutz weggefallen sind, wird als neuer Satz 2 nun wieder für alle Arzneimittel ohne nachgewiesenen Zusatznutzen geöffnet. Es bleibt zwar im Grundsatz dabei, dass für ein Arzneimittel, für das keine therapierelevanten Vorteile in der Versorgung belegt sind, kein höherer Preis gegenüber der Standardtherapie beansprucht werden kann. Dabei muss jedoch nicht schematisch in jedem Fall ein Abschlag von mindestens 10 Prozent gewährt werden, insbesondere dann nicht, wenn es Anhaltspunkte für eine Gleichwertigkeit mit der zweckmäßigen Vergleichstherapie gibt. In begründeten Einzelfällen kann zudem eine Überschreitung der Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie in Betracht kommen. Auf die Begründung der früheren, nunmehr in der Sache wiederhergestellten Regelung aus dem GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) wird verwiesen (vergleiche Bundestagsdrucksache 18/10208, S. 36).

Der neue Satz 3 entspricht dem bisherigen Satz 4 und regelt den Sonderfall, dass der Zusatznutzen für das Arzneimittel wegen nicht rechtzeitiger oder unvollständiger Vorlage der erforderlichen Nachweise durch den pharmazeutischen Unternehmer trotz Aufforderung durch den G-BA nach § 35a Absatz 1 Satz 5 als nicht belegt gilt. Gestrichen wird der Verweis im bisherigen Halbsatz 2 auf den weggefallenen Satz 10; ein Mindestabschlag von 10 Prozent kann allerdings weiterhin als Richtgröße dienen, um hinreichende Anreize zur zeitgerechten und vollständigen Dossiereinreichung zu setzen.

Durch den Wegfall des bisherigen Satzes 5 können Arzneimittel mit geringem oder nicht quantifizierbarem Zusatznutzen wieder einen höheren Preis als die Vergleichstherapie beanspruchen, um die damit einhergehende Innovation zu honorieren. Die Höhe des Aufschlags auf die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie ist weiterhin nicht schematisch vorgeschrieben, muss allerdings die Grundsätze nach Satz 1 beachten, also auf Grundlage von Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des im Nutzenbewertungsbeschluss festgestellten Zusatznutzen vereinbart beziehungsweise festgesetzt werden. Damit wäre es etwa nicht vereinbar, regelmäßig dieselben proportionalen Aufschläge für Arzneimittel mit geringem, beträchtlichem oder erheblichem Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie zu wählen.

Der bisherige Satz 6 bleibt als neuer Satz 4 mit einer redaktionellen Folgeanpassung bestehen.

Zu Doppelbuchstabe bb

In Satz 8 (bisheriger Satz 10) erfolgt eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der geänderten Satzzahlen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die bisherigen Sätze 11 bis 15 (die bei Fortgeltung die neuen Sätze 9 bis 13 gelten würden) enthalten die mit dem Medizinforschungsgesetz eingeführte Ausnahmeregelung, die mit Abschaffung der „Leitplanken“ obsolet wird (siehe die Begründung zur Streichung von § 35a Absatz 1 Satz 3 Nummer 7), und werden daher gestrichen. Arzneimittel, die von der bisherigen Ausnahme profitiert haben, brauchen keine weiteren Nachweise zu Forschungsakti-

vitäten in Deutschland zu erbringen; das bisher vorgesehene Sonderkündigungsrecht des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (GKV-SV) nach drei Jahren entfällt.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Streichung von Absatz 2.

Zu Buchstabe e

Zur Umsetzung der im Gesetzentwurf enthaltenen Abschaffung der „Leitplanken“ und der neuen Preis-Mengen-Regelung auch bei vor Inkrafttreten der gesetzlichen Änderungen bereits vereinbarten oder festgesetzten Erstattungsbeträgen erhält jede Vertragspartei ein befristetes einmaliges Sonderkündigungsrecht. Die Parteien können selbst entscheiden, inwieweit sie hiervon Gebrauch machen oder – etwa mit Blick auf den zusätzlichen Verhandlungsaufwand und begrenzte zu erwartende wirtschaftliche Vorteile – davon Abstand nehmen. Das Kündigungsrecht ist begrenzt auf die unter der Geltung der Regelungen aus dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz abgeschlossenen Vereinbarungen und erlassenen Schiedssprüche. Es gilt auch, wenn sich das Arzneimittel in Deutschland nicht mehr im Verkehr befindet. So werden auch pharmazeutische Unternehmer, die ein Arzneimittel zwischenzeitlich aus dem Verkehr genommen haben, nicht vom Kündigungsrecht ausgeschlossen und erhalten die Möglichkeit, bei Interesse unter den neuen Bedingungen auf den Markt zurückzukehren. Zur Gewährleistung von Rechtssicherheit muss die Kündigungserklärung bis zum ersten Tag des dritten auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Kalendermonats erfolgen. Die Kündigung kann jedoch auch zu einem späteren Zeitpunkt wirksam werden. Auf diese Weise kann vermieden werden, dass eine Vielzahl von Erstattungsbetragsvereinbarungen in einem gleichen Zeitraum neu verhandelt werden müssen.

Zu Nummer 50 (§ 130e)

Durch die Streichung des § 130e alt wird der Kombinationsabschlag für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen abgeschafft (siehe auch die Streichung von § 35a Absatz 1d und Absatz 3 Satz 4 sowie die Übergangsregelungen in § 429).

Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) eingeführte und durch das Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) weiterentwickelte Regelung des Kombinationsabschlags in § 130e alt ergänzt durch § 35a Absatz 1d und 3 Satz 4 sieht vor, dass die Krankenkassen vom pharmazeutischen Unternehmer einen Abschlag in Höhe von 20 Prozent des Abgabepreises erhalten, wenn Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen in einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) anhand der arzneimittelrechtlichen Zulassung benannten Kombination eingesetzt werden. Hierdurch soll die Kostenbelastung der Solidargemeinschaft beim Einsatz von freien Kombinationstherapien reduziert werden (siehe BT-Drucksache 20/3448, S. 45 f.). Das Nähere zur Umsetzung des Abschlags, insbesondere zur Feststellung und Abgrenzung abschlagspflichtiger Kombinationseinsätze, hat das Bundesministerium für Gesundheit nach Scheitern einer einvernehmlichen Lösung zwischen Spitzenverbund Bund der Krankenkassen und Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer mit Bescheid vom 1. Oktober 2024 festgelegt (Umsetzungsregelung). Der Kombinationsabschlag hat sich als Kostendämpfungsinstrument in seiner derzeitigen Form nicht bewährt und sollte daher in Zukunft zugunsten anderer Maßnahmen wie der Einführung des dynamischen Herstellerabschlags nach § 130a Absatz 1b (neu) entfallen. Zum einen konnte die ursprünglich prognostizierte Einsparwirkung in Höhe von jährlich rund 185 Millionen Euro (BT-Drucksache 20/3448, S. 5, 30) bisher nicht realisiert werden (vergleiche Höer/Maag/Barton/Gerbsch/Albrecht, AMNOG-Evaluation, Dezember 2024, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/amnog-evaluation.html, S. 35 f.). Zum anderen hat sich die Abrechnung des Abschlags in der Praxis als bürokratieintensiv und streitanfällig erwiesen. Der gewählte Ansatz bedingt eine Vielzahl von Abrechnungsbeziehungen zwischen einzelnen Krankenkassen

und Unternehmern sowie die Dokumentation der Anspruchsvoraussetzungen für jeden einzelnen Abgabevorgang. Zudem weisen die nach § 130e Absatz 2 Satz 2 alt für die Feststellung und Abgrenzung der abschlagspflichtigen Kombinationseinsätze heranzuziehenden Abrechnungsdaten der Krankenkassen gewisse Limitationen auf, weshalb immer wieder Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der konkreten Nachweisanforderungen zu verzeichnen waren. Durch die Abschaffung entfällt künftig der entsprechende Verwaltungsaufwand beim G-BA für die Kombinationsbenennungen sowie bei den Krankenkassen für die Identifizierung der Kombinationsvorgänge und die Erstellung der Abrechnungen. Betroffene pharmazeutische Unternehmer werden entlastet durch den Wegfall von Prüfobliegenheiten und Rechnungsmanagement.

Der Anstieg der Ausgaben für Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung wird maßgeblich durch patentgeschützte Arzneimittel geprägt. Obwohl in zahlreichen Therapiegebieten mehrere therapeutisch vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel zur Verfügung stehen, kommt es regelmäßig nicht zu einem effektiven Preiswettbewerb zwischen diesen Arzneimitteln. Zwar sind gemäß § 130c SGB V für patentgeschützte Arzneimittel grundsätzlich Vereinbarungen mit pharmazeutischen Unternehmern über Rabatte möglich, allerdings werden diese Möglichkeiten nur vereinzelt genutzt, insbesondere weil in diesem Bereich nur geringe Anreize bestehen, rabattierte Arzneimittel bevorzugt zu verschreiben. Das bestehende System der frühen Nutzenbewertung und anschließenden Erstattungsbetragsverhandlung ist auf die Preisbildung einzelner Arzneimittel ausgerichtet, jedoch nicht darauf, Wettbewerb zwischen gleichzeitig verfügbaren therapeutischen Alternativen systematisch zu fördern. Ziel der Regelung im neuen § 130e ist daher die Förderung des Wettbewerbs zwischen patentgeschützten therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln. In Therapiegebieten, in denen es mehrere therapeutisch vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel gibt, sollen Anbieter in den Preiswettbewerb treten. Hierfür erhalten Krankenkassen oder ihre Verbände die Möglichkeit, Arzneimittelgruppen festzulegen, innerhalb derer der Arzt rabattierten Arzneimitteln bei der Verordnung den Vorzug zu geben hat. Damit besteht für die pharmazeutischen Unternehmen ein Anreiz zum Abschluss von Rabattverträgen. Durch den somit entstehenden Wettbewerb um Marktanteile sind Preissenkungen erwartbar, ohne dass negative Auswirkungen auf die Versorgung zu befürchten sind. Denn im medizinisch begründeten Einzelfall darf der Arzt auch nicht rabattierte Arzneimittel der Gruppe verordnen. Dies wird verknüpft mit den Regelung zu regionalen Vereinbarungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V. Diese Vereinbarungen haben sich bereits als effektives Steuerungsinstrument etabliert und ermöglichen eine an regionale Versorgungsstrukturen angepasste Ausgestaltung.

Absatz 1 des neuen § 130e schafft die Grundlage für die Bildung von Gruppen patentgeschützter Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung durch die Krankenkassen oder ihre Verbände. Die Vergleichbarkeit ist insbesondere unter Berücksichtigung von Wirkmechanismus, Anwendungsgebiet und Patientengruppen zu bestimmen. Innerhalb dieser Gruppen können Krankenkassen oder ihre Verbände Rabattverträge schließen. Sie können dafür wirkstoffübergreifende Ausschreibungen durchführen und Exklusivverträge mit einzelnen pharmazeutischen Unternehmen abschließen. Die Möglichkeit wirkstoffübergreifender Ausschreibungen trägt dem Umstand Rechnung, dass in vielen Therapiegebieten mehrere Behandlungsoptionen leitliniengerecht alternativ eingesetzt werden können. Voraussetzung ist jeweils eine medizinisch begründbare Vergleichbarkeit der Arzneimittel innerhalb der jeweiligen Therapielinie. Durch die Bündelung therapeutisch vergleichbarer Arzneimittel in Gruppen und die Durchführung von Ausschreibungen entsteht ein gezielter Preiswettbewerb zwischen den pharmazeutischen Unternehmen um den Status eines bevorzugt zu verordnenden Arzneimittels.

Absatz 2 regelt die Einbettung in die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Vertragsärzte haben bei allen Patienten, bei denen die therapeutisch vergleichbaren Arzneimittel der Gruppe geeignet sind rabattierte Arzneimittel zu verordnen. Dies ist erforderlich, um die mit den Rabattverträgen verbundenen Wirtschaftlichkeitspotenziale tatsächlich zu realisieren. Gleichzeitig bleibt die ärztliche Therapiehoheit berücksichtigt. Abweichungen sind im Einzelfall zulässig,

wenn medizinische Gründe vorliegen. Der Arzt kann im Einzelfall begründet unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Versicherten entscheiden, ein anderes als das rabattierte Arzneimittle aus der Gruppe zu verordnen. Er ist gehalten, die Begründung für seine Entscheidung ausführlich zu dokumentieren. So kann er bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung die Wirtschaftlichkeit seiner Verordnung nachweisen, auch wenn er ein nicht rabattiertes Arzneimittel der Gruppe verordnet hat.

Die Möglichkeit zur Vereinbarung rabattarzneimittelbezogener Verordnungsquoten durch die regionalen Vertragspartner dient der wirksamen Umsetzung der mit den Rabattverträgen verbundenen Wirtschaftlichkeitsziele. Quoten schaffen einen klaren, überprüfbaren Orientierungsrahmen für die heterogene Verordnungspraxis und tragen dazu bei, dass die angestrebte Verordnungssteuerung in einem relevanten Umfang tatsächlich erreicht wird. Zugleich berücksichtigen sie, dass eine vollständige Umstellung auf rabattierte Arzneimittel aus medizinischen Gründen regelmäßig nicht möglich ist, und ermöglichen insoweit eine systematische Einbeziehung medizinisch begründeter Abweichungen. Die Verlagerung der Ausgestaltung auf die regionale Ebene stellt weiterhin sicher, dass unterschiedliche Versorgungsbedingungen, insbesondere hinsichtlich Morbidität und therapeutischer Austauschbarkeit, angemessen berücksichtigt werden können. Durch die Verknüpfung der Zielerreichung mit Erleichterungen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird zudem ein ausgewogener Anreizmechanismus geschaffen, der die wirtschaftliche Verordnungsweise fördert und gleichzeitig die ärztliche Therapiehoheit wahrt. Wird die vereinbarte Verordnungsquote erreicht, hat dies zur Folge, dass Verordnungen nicht rabattierter Arzneimittel innerhalb der jeweiligen Gruppe in der Wirtschaftlichkeitsprüfung regelmäßig nicht beanstandet werden. Damit wird die Prüfungssystematik von einer einzelfallbezogenen Kontrolle hin zu einer zielorientierten Gesamtbetrachtung weiterentwickelt. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erhalten auf diese Weise Rechtssicherheit für ihre Verordnungsentscheidungen, sofern sie insgesamt eine wirtschaftliche Verordnungsweise einhalten. Zugleich wird der Prüfaufwand reduziert, da eine detaillierte Prüfung einzelner Abweichungen regelmäßig entbehrlich wird. Dies stärkt den Anreiz zur Einhaltung der vereinbarten Quoten und trägt dazu bei, die mit den Rabattverträgen verbundenen Wirtschaftlichkeitspotenziale effektiv zu realisieren, ohne die notwendige Flexibilität im Einzelfall einzuschränken.

Absatz 3 Die Regelungen des § 130e – neu – dürfen befristet bis Ende 2030 zunächst nur für bestimmte Wirkstoffgruppen umgesetzt werden. So wird sichergestellt, dass die Beteiligten zunächst Erfahrungen mit den wettbewerblichen Instrumenten im patentgeschützten Marktsegment sammeln können, bevor sie vollständig zur Anwendung kommt. Es wurden hierfür Wirkstoffgruppen ausgewählt, in denen mehrere patentgeschützte Arzneimittel mit demselben Wirkprinzip in überschneidenden Therapiegebieten eingesetzt werden können. Gleichzeitig zeichnen sich die ausgewählten Gruppen durch eine hohe Versorgungsrelevanz sowie durch hohe Ausgabenvolumina in der gesetzlichen Krankenversicherung aus, sodass die Stärkung wettbewerblicher Steuerungsinstrumente hier einen spürbaren Effekt hinsichtlich der Wirksamkeit der Regelung erwarten lässt. Die Wirkstoffgruppen der JAK-Inhibitoren, CGRP-Antagonisten, PARP-Inhibitoren, PCSK9-Hemmer sowie PD-1/PD-L1-Inhibitoren sind jeweils durch mehrere zugelassene Wirkstoffe gekennzeichnet, die innerhalb definierter Therapielinien leitliniengerecht alternativ eingesetzt werden können, da innerhalb der jeweiligen Gruppen eine hinreichende therapeutische Vergleichbarkeit hinsichtlich der angestrebten Behandlungsergebnisse besteht, sodass ein wirkstoffübergreifender Wettbewerb grundsätzlich möglich ist. Gleichzeitig handelt es sich überwiegend um innovative, patentgeschützte Arzneimittel mit hohen Jahrestherapiekosten.

Die ausgewählten Wirkstoffgruppen unterscheiden sich hinsichtlich Therapiegebieten, Versorgungsstruktur und ärztlicher Verordnungspraxis (z. B. chronische entzündliche Erkrankungen, Migräneprophylaxe, Onkologie, kardiovaskuläre Intervention). Dadurch wird eine breite empirische Grundlage für die in Absatz 4 vorgesehene Evaluation zu schaffen. Zudem sind die ausgewählten Wirkstoffgruppen bereits seit mehreren Jahren in der deutschen Versorgungslandschaft etabliert. Für die genannten Gruppen liegen somit hinreichende Er-

fahrungen aus der Versorgungspraxis sowie belastbare Erkenntnisse zu Wirksamkeit, Sicherheit und zur Einordnung in bestehende Therapiealgorithmen und Leitlinien vor. Gleichzeitig ist in allen genannten Gruppen davon auszugehen, dass ein relevanter Anteil der Patientinnen und Patienten leitliniengerecht mit einem der rabattierten Arzneimittel versorgt werden kann, während medizinisch begründete Abweichungen weiterhin möglich bleiben. Insgesamt eignen sich die ausgewählten Wirkstoffgruppen daher in besonderer Weise, um die Funktionsfähigkeit und die Auswirkungen des neuen Instruments unter realen Versorgungsbedingungen zu erproben und belastbare Erkenntnisse für die Evaluation zu gewinnen.

Absatz 4 enthält eine Evaluationsverpflichtung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Auswirkungen der Neuregelung vorzulegen. Gegenstand der Evaluation sind insbesondere die Effekte auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung, die Arzneimittelausgaben sowie die Versorgungsqualität. Die Evaluation dient als Grundlage für eine mögliche Weiterentwicklung der Regelung.

Zu Nummer 51 (§ 132)

Mit den neuen Sätzen 2 und 3 werden die Vergütungssteigerungen für den Bereich der Haushaltshilfe auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Die Regelung ist erforderlich, um die Preissteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder an die gesamtgesellschaftliche Lohnentwicklung anzupassen. Damit wird eine Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik intendiert und ein Beitrag zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet. Die Maßnahme ist als Teil des Gesamtpaketes zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlage in der GKV zu verstehen.

Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 gilt als Höchstgrenze für die Vergütungssteigerungen die um einen Prozentpunkt verminderte Grundlohnrate. Diese Maßnahme ist zur kurzfristigen Konsolidierung der GKV-Finanzen erforderlich.

Zu Nummer 52 (§ 132a)

Zu Buchstabe a

Mit Satz 7 und 8 werden die Vergütungssteigerungen für den Bereich der häuslichen Krankenpflege auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Die Regelung ist erforderlich, um die Preissteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder an die gesamtgesellschaftliche Lohnentwicklung anzupassen. Damit wird eine Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik intendiert und ein Beitrag zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet. Die Maßnahme ist als Teil des Gesamtpaketes zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlage in der GKV zu verstehen.

Zu Buchstabe b

Bei der Streichung von Satz 9 handelt es sich um eine Folgeänderung.

Die Streichung von Satz 10 erfolgt, da die Vorlageverpflichtung des Leistungserbringers über die Bezahlung der Beschäftigten nach Tarif mit Wegfall der Tarifrefinanzierung entfällt.

Zu Nummer 53 (§ 132l)

Zu Buchstabe a

Mit Satz 2 und 3 werden die Vergütungssteigerungen für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen.

Die Regelung ist erforderlich, um die Preissteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder an die gesamtgesellschaftliche Lohnentwicklung anzupassen. Damit wird eine Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik intendiert und ein Beitrag zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet. Die Maßnahme ist als Teil des Gesamtpaketes zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlage in der GKV zu verstehen

Zu Buchstabe b

Bei der Streichung von Satz 4 handelt es sich um eine Folgeänderung.

Satz 5 wird gestrichen, da die Vorlageverpflichtung des Leistungserbringers über die Bezahlung der Beschäftigten nach Tarif mit Wegfall der Tarifrefinanzierung entfällt.

Zu Nummer 54 (§ 133)

Die Anpassung von § 133 dient der rechtlichen Klarstellung und Verstärkung der Vorgaben für Entgeltverträge sowie für die Festsetzung von Festbeträgen durch die Krankenkassen.

Zu Absatz 1

Nach geltendem Recht sind die Vertragspartner bereits verpflichtet, Vergütungsvereinbarungen so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen vermieden werden. Insoweit wird nun der Wortlaut geschärft. Es wird klargestellt, dass § 71 Absatz 1 bis 3 zwingend gilt, wobei die Vertragspartner weiterhin die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung zu berücksichtigen haben. Damit wird klargestellt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht lediglich als allgemeine Leitlinie, sondern als verbindliche materielle Grenze für die Ausgestaltung von Entgelten gilt und die Vergütungen selbst der gesetzlich vorgegebenen Obergrenze (Grundlohnrate) unterliegen.

Die Berücksichtigung der Empfehlung der Konzertierten Aktion beim Abschluss von Preisvereinbarungen ist wegen Auflösung der Konzertierten Aktion obsolet und wurde deshalb gestrichen.

Zu Absatz 2

§ 133 sieht bislang vor, dass Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen Festbeträge festsetzen beziehungsweise ihre Leistungspflicht auf Festbeträge beschränken können, also eine optionale Handlungsbefugnis besteht. Diese Regelungssystematik hat in der Praxis zu Rechtsunsicherheiten geführt. Die bisherige Formulierung, nach der Krankenkassen Festbeträge lediglich festlegen können, wird durch eine verbindliche Pflicht zur Festsetzung ersetzt. Dadurch wird sichergestellt, dass in den gesetzlich definierten Fallgruppen eine einheitliche und nachvollziehbare Rechtsfolge eintritt. Die Festsetzung von Festbeträgen ist dann nicht mehr eine bloße Option, sondern zwingende Folge der gesetzlichen Voraussetzungen.

Außerdem wird der Anwendungsbereich der Festbetragsregelung erweitert. Insbesondere ist die Festsetzung von Festbeträgen künftig auch dann vorzunehmen, wenn den Kranken-

kassen keine vollständige Entgeltkalkulation vorgelegt wurde oder wenn bei der hoheitlichen Festsetzung des Entgelts die Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 nicht entsprechend eingehalten wurden. In diesen Fällen fehlt es an einer hinreichend belastbaren und rechtlich tragfähigen Grundlage für die Entgeltbildung. Eine vollständige Kalkulation ist Voraussetzung dafür, dass Wirtschaftlichkeit, Plausibilität und Beitragsstabilität sachgerecht geprüft werden können. Wird diese Grundlage nicht vorgelegt oder werden die bindenden Vorgaben des § 71 in entsprechender Anwendung verletzt, ist die Festsetzung eines Festbetrags erforderlich, um eine sachgerechte, transparente und rechtskonforme Kostenbegrenzung sicherzustellen.

Zu Absatz 3

An der Rechtslage, dass auch zu Fahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes Vergütungsverträge abzuschließen sind, ändert sich nichts.

Zu Nummer 55 (§ 134)

Zu Buchstabe a

Digitale Gesundheitsanwendungen sind digitale Güter, bei denen grundsätzlich hohe Fixkosten für die initiale Entwicklung eher niedrigen variablen Kosten für Vervielfältigung und Vertrieb gegenüberstehen. Es wird vorgegeben, dass die insofern niedrigen Grenzkosten bei hohen Abgabezahlen bei der Festlegung der Vergütungsbeträge mit standardisierten Abschlägen berücksichtigt werden. Die konkrete Höhe der Vergütungsabschläge ist von den Partnern der Rahmenvereinbarung nach § 134 Absatz 4 und 5 im gesetzlich normierten Rahmen festzulegen. Dabei sollen sich die Vereinbarungspartner an folgender Abstaffelung orientieren:

- ab 3001 bis unter 10.000 eine Abstaffelung von zwei Prozent,

- ab 10.000 bis unter 20.000 eine Abstaffelung von drei Prozent,

- ab 20.000 bis unter 30.000 eine Abstaffelung von fünf Prozent,

- ab 30.000 bis unter 50.000 eine Abstaffelung von zehn Prozent,

- ab 50.000 bis unter 100.000 eine Abstaffelung von zwanzig Prozent,

- ab 100.000 eine Abstaffelung von dreißig Prozent.

Zu Buchstabe b

Die Festlegung von Schwellenwerten und Höchstbeträgen durch die Partner der Rahmenvereinbarung nach § 134 Absatz 4 hat sich als gut umsetzbar erwiesen und etabliert und wird daher verpflichtend vorgegeben. Mit dem Ziel einer stärkeren Homogenisierung der Vergütung für digitale Gesundheitsanwendungen im ersten Jahr der Erstattung wird neu eingeführt die Festsetzung eines Auffangwertes als einheitlicher Höchstbetrag für alle jenen digitalen Gesundheitsanwendungen, die keiner Höchstbetragsgruppe zuzuordnen sind. Dieser Auffangwert ist als Mittelwert aus den jeweils geltenden Höchstbeträgen, gewichtet nach der Anzahl der Abgaben, zu bilden. Die Änderungen der Rahmenvereinbarung sind unverzüglich durch die Verbände herbeizuführen. Für den Fall, dass die Verhandlungen ergebnislos oder schleppend durchgeführt werden, gelten die Regelungen zur Befassung der Schiedsstelle nach Absatz 4 Satz 3 bis 5 entsprechend.

Zu Nummer 56 (§ 134a)

Zu Buchstabe a

Die bisherige Regelung, dass die Vertragspartner nach § 134a den Grundsatz der Beitragsstabilität lediglich zu berücksichtigen haben, wird gestrichen.

Zu Buchstabe b

Mit der Anpassung wird geregelt, dass die gesetzlichen Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 auch für Verträge gem. § 134a uneingeschränkt gelten. Damit wird die ausnahmslose Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in den Verträgen nach § 134a klargestellt und vorgeschrieben.

Zu Nummer 57 (§ 140a)

Mit der Anpassung wird geregelt, dass die gesetzlichen Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 auch für Verträge gem. § 140a gelten. Damit wird die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in den Verträgen nach § 140a vorgeschrieben.

Zu Nummer 58 (§ 175)

Zu Buchstabe a

Die Regelung enthält einer redaktionelle Korrektur.

Zu Buchstabe b

Bislang 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 ist oder ob strengere Voraussetzungen gelten und insbesondere eine Ersetzung der Schriftform durch elektronische Formen nach § 36a des Ersten Buches (SGB I) unzulässig sein sollte. Die Zweifel an der Anordnung einer gewöhnlichen Schriftform gründeten sich im Wesentlichen auf die 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 SGB I 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 aktiven Abrufs elektronischer Dokumente durch ein Mitglied. Viele Krankenkassen bieten ihren Mitgliedern die geschäftliche Kommunikation über Online-Portale an, über die Nachrichten oder Bescheide abgerufen werden können. Nimmt ein Mitglied an dieser Form der elektronischen Kommunikation teil, erhält es im Einzelfall eine einfache elektronische Benachrichtigung (i. d. R. 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 Informations-

schreibens in den für den Zugang elektronischer Bescheide normierten Formen des § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches zu ermöglichen.

Zu Buchstabe c

Die im bisherigen Absatz 4a enthaltene Sonderregelung für Erhöhungen des Zusatzbeitragssatzes im ersten Halbjahr 2023 ist wegen Zeitablaufs gegenstandslos und wird daher gestrichen.

Zu Nummer 59 (§ 217b)

Mit der Einfügung der neuen Sätze 4 bis 9 in § 35a Absatz 6a SGB IV (Artikel 2 Nummer 2)entfällt der Bedarf für die bisherigen Regelungen in den Sätzen 7 bis 11 des § 217b. Die Vorgaben gelten jetzt entsprechend über den Verweis in § 217b Absatz 2 Satz 6 auf § 35a Absatz 6a SGB IV.

Für die Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ändert sich hierdurch allerdings der Maßstab für die zu Beginn einer neuen Amtszeit möglichen Vergütungserhöhungen. War bislang in Satz 9 a.F. geregelt, dass nur ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden kann, gilt jetzt über den Verweis in Absatz 2 Satz 6 auf § 35a Absatz 6a SGB IV, dass zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine über die zuletzt gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung lediglich durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 nur des laufenden Kalenderjahres vereinbart werden kann. Dadurch wird sichergestellt, dass für die Krankenkassen, ihre Landesverbände nach §°209a und den GKV-Spitzenverband ein einheitlicher Erhöhungsmaßstab gilt.

Zu Nummer 60 (§ 221)

Zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze in den Jahren 2029 bis 2033 werden für die in der Regelung bezeichneten Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds abweichende Rückzahlungstermine festgelegt.

Zu Nummer 61 (§ 223)

In einem neuen Absatz 4 Satz 1 wird geregelt, dass der sich für das Jahr 2027 nach § 6 Absatz 7 in Verbindung mit § 6 Satz 2 bis 4 ergebende Betrag der Beitragsbemessungsgrenze außerordentlich um 3 600 Euro angehoben wird. Dies entspricht einer Anhebung um 300 Euro pro Monat. Da die Beitragsbemessungsgrenze durch diese Anhebung künftig von der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 abweicht, wird sie eigenständige in § 223 Absatz 4 geregelt. Nach dem neuen Absatz 4 Satz 2 wird die Beitragsbemessungsgrenze in den Folgejahren wieder nach dem Verfahren entsprechend § 6 Absatz 6 Satz 2 und 3 fortgeschrieben. Außerdem wird die Beitragsbemessungsgrenze entsprechend § 6 Absatz 6 Satz 4 durch die Bundesregierung in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches festgesetzt.

Zu Nummer 62 (§ 242b)

In der GKV haben alle Mitglieder und Versicherte im Grundsatz denselben Leistungsanspruch unabhängig vom individuellen Einkommen und den hiervon abgeführten Krankenversicherungsbeiträgen. Das Solidarprinzip stellt dabei sicher, dass die Versicherten gemeinschaftlich für die Kosten der Krankenversorgung aufkommen, unabhängig von ihrem persönlichen Gesundheitsrisiko, ihrem Alter oder der Höhe ihres Einkommens. Zu diesem Zweck findet in der GKV ein Solidarausgleich statt zwischen jungen und alten Versicherten, zwischen Alleinstehenden, kinderlosen und kinderreichen Familien, zwischen besser und

schlechter Verdienenden sowie zwischen Gesunden und Kranken. Zentrales Element dieses Solidarprinzips ist die beitragsfreie Familienversicherung. Die durch sie gewährleistete beitragsfreie Mitversicherung von Kindern ist eine Maßnahme des sozialen Ausgleichs zur Entlastung von Familien. Damit wird dem erhöhten Unterhaltsmehraufwand Rechnung getragen, der in Familien mit Kindern aufgrund des mehrfachen Bedarfs an Krankenversicherungsschutz besteht (BVerfG, Beschluss vom 7. April 2022 – BvL 3/18 u. a., Rn. 362).

Auch die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Lebenspartnern wird derzeit als – historisch gewachsene – Ausprägung des Solidarprinzips durch die Solidargemeinschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler mitfinanziert. Die beitragsfreie Familienversicherung für Ehegatten stammt im Kern aus Zeiten, in denen in der Regel nur der Mann erwerbstätig war und den Unterhalt der Familie finanziert hat. Allerdings haben sich die gesellschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verändert. Die familiäre Aufgabenteilung ist stärker durch eine eigenständige Erwerbstätigkeit beider Partner geprägt. Insofern hat sich auch die Aufgabe der Solidargemeinschaft, ihre Mitglieder bei der Gewährung von Unterhalt unter Ehegatten und Lebenspartnern zu unterstützen, gewandelt. Es erscheint nicht mehr angemessen, dass der Krankenversicherungsschutz eines nicht erwerbstätigen Ehegatten oder Lebenspartners vollumfänglich und unabhängig vom Umfang bestehender Betreuungsverpflichtungen von den übrigen Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern mitfinanziert wird. Erwerbstätigen Ehegatten oder Lebenspartner ist es zuzumuten, sich in moderatem Umfang an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung ihrer Partner zu beteiligen.

Zu diesem Zweck wird ein Beitragszuschlag für Mitglieder eingeführt, wenn sie einen (bislang beitragsfrei) über § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartner haben. Die Regelung konkretisiert die Beitragserhebung nach § 3 Satz 4. Wie § 3 Satz 3 klarstellt, bleiben Kinder in der Familienversicherung weiterhin beitragsfrei versichert. Der Beitragszuschlag ist als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds ausgestaltet und berücksichtigt somit dessen wirtschaftliche Leistungsfähigkeit. Er ist zudem günstiger als der bei Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft des Ehegatten oder Lebenspartners zu zahlende Beitrag auf Basis der Mindestbemessungsgrundlage.

Satz 1 regelt die Erhebung des Beitragszuschlags von Mitgliedern, von denen die Familienversicherung eines Ehegatten oder Lebenspartners nach § 10 abgeleitet wird. Satz 2 bestimmt die Ausnahmen, bei deren Vorliegen für Ehegatten und Lebenspartner kein Beitragszuschlag anfällt. Die Ausnahmetatbestände bilden Konstellationen ab, in denen Ehegatten oder Lebenspartner im familiären Kontext Aufgaben wahrnehmen, die im Regelfall der Aufnahme einer Beschäftigung entgegenstehen.

Kein Beitragszuschlag wird erhoben für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner, die sich um die Betreuung eines Kindes kümmern. Bei typisierender Betrachtung liegt ein entsprechender Betreuungsbedarf vor, wenn das Kind im selben Haushalt lebt wie der mitversicherte Ehegatte oder Lebenspartner und das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet hat. In der Regel werden Kinder zwischen Vollendung des sechsten und siebten Lebensjahres schulpflichtig. Zugleich wurde mit dem Ganztagsförderungsgesetz vom 2. Oktober 2021 (BGBl. I S. 4602) ein stufenweiser Rechtsanspruch auf ganztägige Förderung für Kinder in Horten und Ganztagsgrundschulen ab dem Schuljahr 2026/2027 verankert. Spätestens ab dem Zeitpunkt der Schulpflicht reduziert sich der Betreuungsbedarf und die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit wird möglich und zumutbar. Die Ausnahmeregelung nach Satz 2 Nummer 1 greift sowohl bei zu betreuenden Kindern des Mitglieds als auch bei Kindern des Ehegatten oder des Lebenspartners sowie bei gemeinsamen Kindern des Mitglieds und des Ehegatten oder Lebenspartners, solange das Kind im Haushalt des mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner wohnt.

Satz 2 Nummer 2 begründet eine Ausnahme vom Beitragszuschlag für Ehegatten und Lebenspartner, in deren Haushalt ein Kind lebt, das als Mensch mit Behinderungen (§ 2 Absatz 1 Satz 1 Neuntes Buch) außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Die Regelung

knüpft an die Familienversicherung nach § 10 Absatz 2 Nummer 4 an und wird dem dauerhaften Betreuungsbedarf von Menschen mit Behinderungen gerecht, die außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Anders als bei der Betreuung nach Satz 2 Nummer 1 ist das Ende des besonderen Betreuungsbedarfs bei Kindern mit Behinderungen nicht planbar, weshalb die Regelung keine Altersgrenze vorsieht.

Nach Satz 2 Nummer 3 wird kein Beitragszuschlag erhoben für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner, die nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Die Voraussetzungen an den Umfang der Pflegtätigkeit orientieren sich am Leitbild der §§ 19, 44 SGB XI.

Nach der neuen Regelung in § 250 Absatz 4 ist der Beitragszuschlag allein von dem Mitglied zu tragen, von dem die Versicherung nach § 10 abgeleitet wird. Der Zuschlag wird in Form von zusätzlichen Beitragssatzpunkten auf den Beitragssatz aufgeschlagen, der für das Mitglied individuell einschlägig ist. Die einkommensabhängige Bemessung des Beitragszuschlags stellt sicher, dass die mit ihm einhergehende finanzielle Belastung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entsprechend verteilt wird. Mitglieder mit höheren Einkommen können und müssen höhere Zuschläge leisten als Mitglieder mit geringeren Einkommen.

Wie auch hinsichtlich der Voraussetzungen für die Begründung einer Familienversicherung sind die Mitglieder gegenüber ihrer Krankenkasse nach § 10 Absatz 6 melde- und nachweispflichtig für das Vorliegen der Ausnahmen vom Beitragszuschlag nach Satz 2. Nach § 242b Satz 4 berücksichtigen die Krankenkassen die Ausnahmen aber auch ohne entsprechende Meldung und Nachweis, wenn ihnen das Vorliegen der Voraussetzungen bereits anderweitig bekannt ist.

Zu Nummer 63 (§ 249b)

Der Beitragssatz für den Beitrag des Arbeitgebers von versicherungsfreien oder nicht versicherungspflichtigen GKV-Versicherten bei einer geringfügigen Beschäftigung ist seit dem 1. Juli 2006 nicht mehr geändert worden. Künftig werden die Beiträge auf Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung nach dem allgemeinen Beitragssatz zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes bemessen.

Zu Nummer 64 (§ 250)

Der nach dem neuen § 242b von den Mitgliedern erhobene Beitragszuschlag wird ist von diesen allein zu tragen.

Zu Nummer 65 (§ 271)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 92a Absatz 4.

Zu Nummer 66 (§ 275c)

Die Einführung des Prüfquotensystems war verbunden mit dem Ziel, die an der Abrechnungsprüfung Beteiligten zu entlasten, den Kassenwettbewerb in dem Bereich zu reduzieren und die Abrechnungsprüfung effektiver und effizienter auszugestalten. Gleichzeitig sollten mit dem Prüfquotensystem Anreize für Krankenhäuser gewahrt bleiben, regelkonform abzurechnen.

Die quartalsweise und jährlich veröffentlichten Daten zu den Prüfquoten zeigen, dass sich die durchschnittlich erzielte Prüfquote von circa 17 Prozent auf unter 10 Prozent reduziert hat. Jedoch hat sich seit Bestehen der Prüfquoten der durchschnittliche Anteil unbeanstan-

deter Abrechnungen nur geringfügig verbessert. Weiterhin wird circa jede zweite Rechnung beanstandet.

Um die Anreizstruktur für regelkonforme Rechnungen zu stärken, werden die Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquote und zugleich die Prüfquoten selbst angehoben. In der Folge kann ein Krankenhaus erst bei einem höheren Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eine niedrigere Prüfquote erreichen.

Mit den Änderungen in Absatz 2 Satz 4 und 6 werden die beiden vorgenannten Maßnahmen umgesetzt. Die bisher niedrigste Prüfquote von bis zu 5 Prozent wird beibehalten. Voraussetzung für die Erreichung dieser Prüfquote ist zukünftig aber ein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von 80 Prozent oder mehr und nicht wie bisher von 60 Prozent oder mehr. Die mittlere Prüfquote von bis zu 10 Prozent wird durch eine Prüfquote von bis zu 15 Prozent ersetzt. Krankenhäuser erreichen diese mittlere Prüfquote, wenn ihr Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt (anstatt bislang zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent). Die höchste Prüfquote liegt zukünftig bei bis zu 25 Prozent anstatt bislang bei bis zu 15 Prozent. Diese wird erreicht, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent liegt und nicht wie bislang unterhalb von 40 Prozent. Auch in der Regelung in Satz 6 wird eine Änderung vorgenommen: Die für ein Krankenhaus geltende Prüfquote darf zukünftig überschritten werden, wenn sein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent liegt und nicht wie bislang unterhalb von 20 Prozent. Auch weiterhin sind die Prüfquoten die Obergrenze der prüfbaren Abrechnungen, das bedeutet Krankenkassen können auch weniger Rechnungen in einem Quartal prüfen lassen.

Die erhöhten Schwellenwerte und Prüfquoten finden 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 auf Basis der neuen Schwellenwerte und Prüfquoten erfolgt.

Zu Nummer 67 (§ 282)

Mit der Einfügung der neuen Sätze 4 bis 9 in § 35a Absatz 6a SGB IV entfällt der Bedarf für die bisherigen Regelungen des Verweises auf § 217b Absatz 2 Satz 7 in Satz 4 sowie die Regelungen in den Sätzen 5 bis 9. Die Vorgaben gelten jetzt entsprechend über den Verweis in § 282 Absatz 4 Satz 4 auf § 35a Absatz 6a SGB IV.

Für die Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ändert sich hierdurch allerdings der Maßstab für die zu Beginn einer neuen Amtszeit möglichen Vergütungserhöhungen. War bislang in Satz 6 a.F. geregelt, dass nur ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden kann, gilt jetzt über den Verweis in Absatz 4 Satz 4 auf § 35a Absatz 6a Satz 6 SGB IV, dass zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine über die zuletzt gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung lediglich durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 nur des laufenden Kalenderjahres vereinbart werden kann.

Die Regelungen in den neuen Sätzen 4 bis 9 des § 35a Absatz 6a SGB IV finden über den Verweis in § 279 Absatz 7 Satz 6 auf § 35a Absatz 6a SGB IV künftig auch für die Vorstandsmitglieder der Medizinischen Dienste Anwendung. Für sie und die Vorstandsmitglieder des MD Bund gelten fortan einheitliche Maßstäbe.

Auf die Begründungen zu den Änderungen in Artikel 2 Nummer 2 (§ 35a Absatz 6a SGB IV) wird Bezug genommen.

Zu Nummer 68 (§ 295)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 44c, die vorsieht, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet sind auch die Daten einer Teilarbeitsunfähigkeit in Rahmen der elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten aufzuzeichnen und zu übermitteln haben.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung eines neuen Absatzes 3 in § 27b.

Zu Nummer 69 (§ 346)

§ 346 Absatz 3 regelt bislang eine gesonderte verpflichtende Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte. Diese ist mit dem Wechsel vom früheren Opt-In- hin zum nun geltenden Opt-Out-System nicht mehr erforderlich. Die gesonderte verpflichtende Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung sowie die gesetzliche Vorgabe, dass für den vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und für den Krankenhausbereich eine gesonderte Vergütung für die Befüllung der ePA vorzusehen ist, werden daher aufgehoben. Da die hierfür vorgesehene Vergütung beziehungsweise Zuschläge entfallen, hat Absatz 3 keinen eigenen Aussagegehalt mehr, der über den des Absatz 1 hinausgeht. Daher ist Absatz 3 zu streichen.

Auch Absatz 5, der den Auftrag enthält, eine Vereinbarung betreffend das Nähere zu den Abrechnungsvoraussetzungen und -verfahren zu schließen, ist in der Folge gegenstandslos und zu streichen.

Zu Nummer 70 (§ 410)

§ 410 wird neu gefasst. In der Überschrift wird die mit dem MDK-Reformgesetz vom 19. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) erfolgte organisatorische Veränderungen des Medizinischen Dienstes Bund nachvollzogen sowie Formulierungen geschlechtergerecht angepasst. Darüber hinaus wird Absatz 1 a.F. gestrichen, da er keinen aktuellen Regelungsinhalt mehr hat. In der verbleibenden Regelung erfolgen Verweisanpassungen. Bei der Streichung des bisherigen Satzes 2 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 35a Absatz 6a SGB IV, da zu Beginn einer neuen auf den 31. Dezember 2027 folgenden Amtszeit künftig lediglich ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 nur des laufenden Kalenderjahres zulässig ist und nicht mehr die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes ab dem 1. Januar 2028 zu berücksichtigen ist.

Zu Nummer 71 (§ 411)

Mit Satz 1 werden Vergütungsanpassungen für außertariflich bezahlte Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem GKV-Spitzenverband, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen für sechs Jahre ausgeschlossen. Betroffen hiervon sind insbesondere außertariflich bezahlte Abteilungsleiterinnen und Abteilungsleiter oder Dezernentinnen und Dezernenten dieser Körperschaften.

Mit Satz 2 wird die Vereinbarung von Vergütungserhöhungen nach Ablauf der Sperrfrist nach Satz 1 auf die Entwicklung der Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 nur des laufenden Kalenderjahres beschränkt.

Satz 3 und 4 betreffen den zeitlichen Anwendungsbereich der Neuregelungen zu den Vergütungsanpassungen. Das neu eingeführte Verbot von Vergütungserhöhungen während eines Zeitraums von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung und die Deckelung der Vergütungserhöhungen auf den Anstieg der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 nur des laufenden Kalenderjahres gelten auch für am 30. März 2026, dem Tag der Veröffentlichung der Vorschläge der Finanzkommission, gültige Verträge. Im Weiteren werden auch neu geschlossene Verträge im Zeitraum vom 31. März 2026 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Regelung erfasst. Kurzfristige Vergütungserhöhungen oder Vertragsschlüsse in Ansehung der sich abzeichnenden gesetzlichen Einschränkungen sollen hierdurch verhindert werden.

Damit gelten gleichlautend zu den Vergütungsbegrenzungen für Vorstandsmitglieder der Krankenkassen, ihrer Landesverbände und dem GKV-Spitzenverband, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Vergütungsbegrenzungen auch für die Führungsebene unterhalb des Vorstands bei diesen Körperschaften. Die Ausweitung der begrenzenden Vergütungsregelungen auf die Vorstände und die Führungsebene unterhalb der Vorstände der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen insgesamt ist erforderlich, um einen weiteren Anstieg der Vergütungen in den Spitzenpositionen zu verhindern. Dies soll zu einer dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.

Auf die Begründungen zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 35a Absatz 6a SGB IV) wird Bezug genommen.

Zu Nummer 72 (§ 429)

Der neue § 429 SGB V enthält Übergangsregelungen im Zusammenhang mit dem Wegfall des Kombinationsabschlags durch die Streichungen von § 35a Absatz 1d, 3 Satz 4 und § 130e, die am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft treten.

Satz 1 bestimmt, wie mit bereits gestellten Anträgen nach dem bisherigen § 35a Absatz 1d zu verfahren ist. Hat der G-BA nicht bis zum Tag vor dem Inkrafttreten des Gesetzes über solche Anträge durch eine entsprechende Feststellung entschieden, sind sie als unzulässig zu verwerfen. Die Feststellung dient ausschließlich dem Zweck, nach dem bisherigen § 130e Absatz 1 Satz 2 Alternative 2 eine für die Zukunft wirkende Befreiung von der Abschlagspflicht zu erreichen. Da diese Abschlagspflicht ab dem Inkrafttreten des Gesetzes entfällt, besteht kein Interesse mehr an einer entsprechenden Feststellung und somit keine Antragsbefugnis.

Satz 2 regelt, dass die bereits vorgenommenen Kombinationsbenennungen durch den G BA in den zuvor in Kraft getretenen Nutzenbewertungsbeschlüssen ihre Gültigkeit behalten und als Grundlage für die noch abzuschließenden Abrechnungen dienen. Neue Benennungen oder Aktualisierungen finden nach Inkrafttreten des Gesetzes jedoch nicht mehr statt.

In Satz 3 wird klargestellt, dass die Abschlagspflicht nach dem bisherigen § 130e für alle Abgabevorgänge bis zum Tag vor dem Inkrafttreten des Gesetzes bestehen bleibt. Danach abgegebene Arzneimittel unterliegen somit als solche nicht mehr der Abschlagspflicht, was allerdings nicht ausschließt, sie gegebenenfalls als Kombinationspartner für die Begründung der Abschlagspflicht von Abgabevorgängen vor dem Stichtag zu berücksichtigen.

Zu Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 20)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuregelung des Beitragssatzes bei geringfügiger Beschäftigung in § 249b des Fünften Buches (SGB V). Damit wird weiterhin sichergestellt, dass die Beitragsbelastung bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Übergangsbereich nicht sprunghaft ansteigt.

Zu Nummer 2 (§ 35a)

Absatz 6a wird neu gefasst. Die neuen Sätze 1 bis 3 sowie die Sätze 10 und 11 entsprechen der bisherigen Fassung.

Mit dem neuen Satz 4 wird geregelt, dass die Aufsichtsbehörde vor Erteilung der Zustimmung zum Vorstandsdienstvertrag verlangen kann, dass die Krankenkasse ihr eine unabhängige Prüfung der finanziellen Auswirkungen des Vorstandsdienstvertrages vorlegt. Die Krankenkasse muss auf der Grundlage der vorgenommenen unabhängigen Prüfung darlegen können, dass der Vertrag mit den gesetzlichen Anforderungen übereinstimmt, das bedeutet sowohl im Hinblick auf die Vergütung als auch im Übrigen angemessen und mit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit vereinbar ist. Daraus folgt, dass nicht die Aufsichtsbehörde, die die Zustimmung versagt, darzulegen hat, dass der Vorstandsdienstvertrag im Hinblick auf die Vergütung oder im Übrigen unangemessen und mit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu nicht vereinbaren ist, sondern die Krankenkasse auf Verlangen der Aufsichtsbehörde eine unabhängige Bewertung zur Vereinbarkeit des Vertrages mit den gesetzlichen Anforderungen vorzulegen hat, damit die erforderliche Zustimmung auf dieser Grundlage geprüft und gegebenenfalls erteilt werden kann.

Mit dem neuen Satz 5 werden Vergütungsanpassungen während einer Amtsperiode ausgeschlossen. Automatische Vergütungsanpassungen oder auch die vertragliche Möglichkeit, eine Anpassung in gewissen zeitlichen Abständen zu verhandeln, haben in der Vergangenheit zu einer stetigen Erhöhung der Vergütungen geführt, ohne dass dem rechtsaufsichtlich wirksam entgegengetreten werden kann. Die in Anlage 1a der „Allgemeinen Verwaltungsvorschrift der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder über die Sozialversicherungsträger für Vorstandsdienstverträge im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 35a Absätze 6 und 6a SGB IV“ enthaltenen Trendlinien dienen zwar als Orientierungshilfe für eine marktübliche Gesamtvergütung der Vorstandsvorsitzenden der landes- und bundesunmittelbaren Krankenkassen, verhindern jedoch nicht stetige Vergütungsanstiege. In Anbetracht der aktuellen Finanzsituation in der gesetzlichen Krankenversicherung und des erreichten hohen Niveaus der Vergütungen erscheint es zumutbar, innerhalb der auf sechs Jahre befristeten Laufzeit der Verträge auf Anpassungen zu verzichten.

Die derzeit vereinbarten Vergütungen haben sich im Rahmen der Vertragsverhandlungen und bisherigen Genehmigungsverfahren als ausreichend erwiesen, um geeignetes Personal für die Aufgaben zu gewinnen und sind damit angemessen. Die Vergütungen, die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 gebilligt wurden, werden daher als Grundlage für eine zustimmungsfähige Vergütung festgeschrieben.

Mit dem neuen Satz 6 wird die Vereinbarung von Vergütungserhöhungen zu Beginn einer neuen Amtszeit auf die Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V nur des laufenden Kalenderjahres beschränkt. Eine Erhöhung der Grundvergütung ist ausschließlich nach Maßgabe der Grundlohnrate, die für das Kalenderjahr gilt, in dem der Vertrag neu abgeschlossen wird, zulässig. Es findet insbesondere keine Aufsummierung der Grundlohnraten der Kalenderjahre seit der letzten Vergütungserhöhung statt. Eine darüberhinausgehende Erhöhung der Grundvergütung ist nicht zustimmungsfähig, ebenso wenig wie eine Erhöhung der sonstigen Vergütungsbestandteile.

Die neuen Sätze 7 und 8 betreffen den zeitlichen Anwendungsbereich der Neureglungen zu den Vergütungsanpassungen. Das neu eingeführte Verbot von Vergütungserhöhungen während eines Zeitraums von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung und die Deckelung der Vergütungserhöhungen auf den Anstieg der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 nur des laufenden Kalenderjahres gelten auch für Vorstandsdienstverträge, denen die Aufsichtsbehörde bis zum 30. März 2026, dem Tag der Veröffentlichung der Vorschläge der Finanzkommission, bereits zugestimmt hat. Im Weiteren werden auch im Zeitraum vom 31. März 2026 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes neu geschlossene Verträge von der Regelung erfasst. Kurzfristige Vergütungserhöhungen oder Vertragsschlüsse in Ansehung der sich abzeichnenden gesetzlichen Einschränkungen sollen hierdurch verhindert werden. Die Gründe, die für die Beschränkungen sprechen, rechtfertigen die Erstreckung auch auf laufende Verträge. Vertrauensschutz bestünde nur, wenn die Verträge bereits einen Anspruch auf eine konkrete Erhöhung vorsehen würden. Überprüfungs- und Nachverhandlungsklauseln, die lediglich die Möglichkeit auf eine Vergütungsanpassung gewähren, unterfallen nicht dem Vertrauensschutz.

Zudem wird der Aufsichtsbehörde mit dem neuen Satz 9 die Möglichkeit eingeräumt, auch eine Absenkung der Vergütung anzuordnen. Dies kann insbesondere in Fällen eines Amtswechsels angebracht sein, um die unterschiedlichen Erfahrungswerte des alten beziehungsweise neuen Vorstandsmitglieds angemessen in der Vergütung abbilden zu können.

Bereits bisher galten für die Vorstände des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, des Medizinischen Dienstes Bund und die Unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses begrenzende Vorgaben für die Vergütung. Mit dem Verweis auf § 35a Absatz 6a wird zukünftig jeweils die Bezugsgröße für die zulässige Erhöhung der Grundvergütung gewechselt. Zukünftig ist die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V des laufenden Kalenderjahres maßgeblich. Auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 59 (§ 217b SGB V) wird verwiesen.

Durch die Einfügung entsprechender Regelungen in § 35a Absatz 6a in den neuen Sätzen 4 bis 9 gelten die Regelungen zu den Vorstandsvergütungen zukünftig auch unmittelbar für die Vorstände der gesetzlichen Krankenkassen und über die bereits bestehenden Geltungsanordnungen in § 79 Absatz 6 Satz 1, § 209a Satz 3, § 217b Absatz 2 Satz 6, § 279 Absatz 7 Satz 6, § 282 Absatz 4 Satz 4 SGB V für die Vorstände der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen, des GKV-Spitzenverbandes, der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund. Für die Unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des G-BA gelten entsprechende Regelungen ebenfalls angepasst auf die abweichende Organisationsstruktur (siehe Artikel 1 Nummer 35 (§ 91 SGB V).

Die Ausweitung der begrenzenden Vergütungsregelungen auf die Vorstände der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen insgesamt ist erforderlich, um einen Anstieg der Vergütungen in den Spitzenpositionen zu begrenzen. Dies soll zu einer dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Außerdem wird durch die Ausweitung der Regelungen verhindert, dass ein Personalwechsel hin zu solchen Körperschaften erfolgt, für die bislang keine einschlägigen Vergütungsregelungen galten.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 5)

Die Zuschläge für die Erstbefüllung der ePA sollen ab 2027 entfallen. Die entsprechenden Regelungen zu Zuschlägen für die Erstbefüllung der ePA im Krankenhausbereich sind daher zu streichen.

Die weitere regelhafte Befüllung der ePA im Behandlungskontext findet als Teil der regelhaften Dokumentation statt. Die Leistungen können delegiert werden. Zunehmend wird die

Befüllung technisch (automatisiert) unterstützt, so dass der Aufwand beim Arzt keine Zuschläge mehr begründet. Auch die Regelungen zu gesonderten Zuschlägen für Folgebefüllungen der ePA sind daher zu streichen.

Zu Nummer 2 (§ 6)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b. Es wird vorgesehen, dass die Rate für den Anstieg der Erlössumme zukünftig durch den gemäß den neuen Vorgaben des § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3 ermittelten Veränderungswert begrenzt wird.

Zu Buchstabe b

Die Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird aufgehoben.

Zu Nummer 3 (§ 6a)

Zu Buchstabe a

Die Regelung sieht vor, dass die Vorgaben des Absatzes 2 letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2026 anzuwenden sind, sofern ihre Anwendbarkeit nicht schon zu einem früheren Zeitpunkt endete. Vorgaben für die Vereinbarung des Pflegebudgets für die Jahre ab 2027 enthält der neue Absatz 2a.

Zu Buchstabe b

Ausgehend von dem für das Jahr 2026 krankenhausindividuell vereinbarten Pflegebudget ist für die Jahre ab 2027 Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets das für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Pflegebudget (Sätze 1 und 2). Wie beim Landesbasisfallwert, dem Gesamtbetrag von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und der Erlössumme von besonderen Einrichtungen wird zukünftig auch der Anstieg des Pflegebudgets grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt. Eine Überschreitung des Veränderungswerts ist jedoch möglich, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben, die sich aus Bundesgesetzen, Verordnungen, die auf Grundlage des SGB V erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben, dies erfordert (Satz 3). Dies gilt zum Beispiel für die Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL). Die Sätze 4 und 6 entsprechen der geltenden Rechtslage. Mit Satz 5 werden die bislang geltenden Regelungen für den Ausgleich zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten geändert. In Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip erfolgt bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten kein Ausgleich dieser Mehrkosten mehr. Unterschreiten die tatsächlichen Pflegepersonalkosten dagegen die vereinbarten Pflegepersonalkosten werden diese Minderkosten vollständig ausgeglichen. Hierzu sind bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr eine Berichtigung des Pflegebudgets für das Vereinbarungsjahr und ein Ausgleich für das Vereinbarungsjahr vorzunehmen. Hierdurch erlangt die Vereinbarung der Vertragsparteien wieder stärkere Bedeutung. Die Möglichkeit, Kosten für pflegeentlastende Maßnahmen zusätzlich zu den Pflegepersonalkosten im Pflegebudget zu berücksichtigen, besteht zukünftig nicht mehr. Hierdurch wird insofern eine Doppelvergütung abgeschafft, als die Kosten für pflegeentlastende Maßnahmen auch zukünftig bei der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe c

Die Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb der Grundlohnrate liegen, wird aufgehoben.

Zu Buchstabe d

Die Regelung sieht vor, dass für den Ausgleich weiterhin keine Begrenzung durch den Veränderungswert gilt, auch wenn der Anstieg des Pflegebudgets zukünftig grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt wird. Die Regelung gewährleistet, dass das Pflegebudget auch zukünftig in der vereinbarten Höhe an das Krankenhaus ausgezahlt wird. Eine basiswirksame Anhebung oder Absenkung des Pflegebudgets zum Zweck des Ausgleichs erfolgt nicht.

Zu Nummer 4 (§ 6c)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung vollzieht für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen Änderungen nach, die sich für andere Krankenhäuser durch Änderungen beim Pflegebudget nach § 6a ergeben. In Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip bei der Finanzierung von Pflegepersonalkosten wird, ausgehend von den tatsächlichen Pflegepersonalkosten der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, die in vollem Umfang in die erstmalige Vereinbarung des Gesamtvolumens eingehen, die Berücksichtigung des Anstieg der Pflegepersonalkosten in den Folgejahren auf den jeweils geltenden Veränderungswert begrenzt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung vollzieht für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen Änderungen nach, die sich für andere Krankenhäuser durch Änderungen beim Pflegebudget nach § 6a ergeben. In Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip bei der Finanzierung von Pflegepersonalkosten erfolgt bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten kein Ausgleich dieser Mehrkosten.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich zum einen um eine Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b. Es wird vorgesehen, dass der Anstieg des Gesamtvolumens zukünftig grundsätzlich durch den gemäß den neuen Vorgaben des § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3 ermittelten Veränderungswert begrenzt wird. Zum anderen handelt es sich um eine Folgeänderung zur Änderung beim Pflegebudget. Auch bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen wird die Selbstkostendeckung bei der Finanzierung der Pflegepersonalkosten aufgehoben. Der Anstieg des Gesamtvolumens darf daher zukünftig den Veränderungswert nicht mehr zum Zweck der Finanzierung von Pflegepersonalkosten überschreiten.

Zugleich wird die bislang in Satz 5 geregelte Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, aufgehoben.

Zu Nummer 5 (§ 8)

Mit der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen werden auch Vorgaben für die Berechnung der Entgelte gemacht. Mit der Regelung des neuen Absatz 5a wird in Satz 1 vorgegeben, dass die Kurzzeitfallpauschalen nicht abrechenbar sind, wenn die Leistung im Katalog für ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen (AOP-Katalog) aufgeführt ist.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung vereinbaren nach Satz 2 gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft dazu Näheres.

Zu Nummer 6 (§ 9)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, bis zum 30. Juni 2027 ihre bestehenden Abrechnungsbestimmungen in Gestalt der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung), die auch Regelungen zur Fallzusammenlegung vorsieht, kritisch zu überprüfen, inwieweit eine Erweiterung der bestehenden Regelungen möglich ist. Die FinanzKommission Gesundheit sieht in ihrem ersten Bericht vom 30. März 2026 durch eine Erweiterung der Fallzusammenführung erhebliches Einsparpotenzial (siehe Reformempfehlung Nummer 30). Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben für die Prüfung zu berücksichtigen, inwieweit Änderungen zur Verbesserung der Effizienz der Versorgung wirtschaftlich geboten und auch mit Blick auf den bürokratischen Aufwand darstellbar sind. Zugleich muss auch eine geänderte Fallzusammenführung insofern medizinisch vertretbar bleiben als die stationäre Versorgungsqualität nicht einschränkt werden darf, so dass medizinisch etablierte Versorgungsregime und insbesondere die Versorgung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten im Blick zu behalten ist. Das Ergebnis ihrer Prüfung können die Vertragsparteien in Form einer Anpassung der einschlägigen Regelungen ihrer Fallpauschalenvereinbarung mit Wirkung ab dem Jahr 2028 umsetzen.

Zu Doppelbuchstabe bb

In Folge der Aufhebung der Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, bedarf es der Vereinbarung der Erhöhungsrate für Tariferhöhungen und der anteiligen Erhöhungsrate durch die Vertragsparteien auf Bundesebene nicht mehr. Die Regelung trägt insoweit auch zum Bürokratieabbau bei.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung einer neuen Nummer 11.

Zu Doppelbuchstabe dd

Im Zusammenhang mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen haben nach § 9 Absatz 1 Nummer 11 die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Ortsebene nähere Einzelheiten für die Kurzzeitfallpauschalen zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist bis zum 30. September 2027 zu treffen, da die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen zum Jahr 2028 erfolgen soll und die örtlichen Vertragsparteien genügend Vorlauf haben sollen, sich mit den näheren Einzelheiten vertraut zu machen.

Nach Buchstabe a sind Vorgaben zu treffen, mit denen sichergestellt wird, dass das jeweilige Krankenhaus durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitung der stationären Behandlungsfälle von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen vornimmt. Damit soll gewährleistet werden, dass von Krankenhäusern ambulant zu erbringende Leistungen nicht hospitalisiert werden.

Zudem haben die Vertragsparteien auf Bundesebene nach Buchstabe b die Folgen zu vereinbaren, sofern das einzelne Krankenhaus entgegen der Vorgaben nach Buchstabe a eine

Fallzahlausweitung vorgenommen hat und die festgelegte Mengenbegrenzung nicht eingehalten wurde.

Zu Buchstabe b

Die Vorgaben für die Vereinbarung des Veränderungswerts, der die Obergrenze für den Anstieg insbesondere der Landesbasisfallwerte darstellt, werden geändert. In Satz 1 entfallen Detailregelungen, die sich nunmehr, teilweise in geänderter Ausgestaltung, in den folgenden Sätzen finden. Ist der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert höher als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V zu vereinbaren (Satz 2). Ist der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert geringer als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V, haben die Vertragsparteien den Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts zu vereinbaren (Satz 3). Auch wenn in beiden Fall kein Verhandlungsspielraum für die Vertragsparteien auf Bundesebene besteht, wird eine Vereinbarung vorgesehen, damit unabhängig von der Höhe des Orientierungswerts und der Veränderungsrate in jedem Jahr eine Vereinbarung geschlossen und insoweit Rechtsklarheit für die Rechtsanwender hinsichtlich der geltenden Obergrenze geschaffen wird. Die Rechtsanwender müssen nicht jeweils die Höhe des Orientierungswerts und der Veränderungsrate aus unterschiedlichen Veröffentlichungen heraussuchen, die Werte miteinander vergleichen und daraus den für sie geltenden Veränderungswert ableiten. In Folge des wegfallenden Verhandlungsspielraums verringert sich der Aufwand für die Vereinbarung des Veränderungswerts durch die Vertragsparteien auf Bundesebene. Die Regelung trägt insoweit zum Bürokratieabbau bei. Satz 4 entspricht dem bislang geltenden Recht.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

In Folge der Regelung zu Absatz 1 Nummer 7, mit der die Vorschrift zur Vereinbarung der Erhöhungsrate für Tariferhöhungen und der anteiligen Erhöhungsrate durch die Vertragsparteien auf Bundesebene aufgehoben wird, bedarf es keiner Schiedsstellenregelung mehr für den Fall, dass die Vereinbarung nicht getroffen wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Aufhebung des Satzes 4.

Zu Nummer 7 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b. Es wird vorgesehen, dass die Veränderung des Basisfallwerts zukünftig durch den gemäß den neuen Vorgaben des § 9 Absatz 1b Satz 2 oder 3 ermittelten Veränderungswert begrenzt wird.

Zu Buchstabe c

Die Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird aufgehoben.

Zu Buchstabe d

Die Vorgabe, dass das Statistische Bundesamt den Orientierungswert ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ermittelt, wird gestrichen (Satz 1). Auch der Anstieg des Pflegebudgets wird zukünftig durch den Veränderungswert begrenzt. Daher ist es sachgerecht, dass der Orientierungswert, der der Vereinbarung des Veränderungswerts zu Grunde liegt, sofern der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, zukünftig auch die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen umfasst. Die Änderungen in den Sätzen 2, 3 und 4 gegenüber dem bisher geltenden Recht dienen der Klarstellung und der Bestätigung der bisherigen Praxis, dass diese Vorschriften für die Weiterentwicklung des Orientierungswertes gelten. Die Sätze 5 und 6 entsprechen dem geltenden Recht. Die Inhalte der bisherigen Sätze 6 und 7 finden sich in geänderter Fassung in § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3.

Zu Nummer 8 (§ 11)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung von § 9 Absatz 1 Nummer 7.

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 17a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b KHEntgG, mit der keine inhaltliche Änderung verbunden ist: Auch zukünftig wird die Entwicklung des Ausbildungsbudgets nicht durch den Veränderungswert begrenzt.

Zu Nummer 2 (§ 17b)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird sichergestellt, dass die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auch die Vorgaben zu den Kurzzeitfallpauschalen im neuen Absatz 2a bei der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems zugrunde legen.

Zu Buchstabe b

Im internationalen Vergleich hat sich gezeigt, dass sich einige in Deutschland vorwiegend vollstationär durchgeführten Leistungen für eine regelhafte ambulante Erbringung eignen. Um Ambulantisierungspotenziale bei bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen zu heben, wurde in der vergangenen Legislaturperiode mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz, das am 29. Dezember 2022 in Kraft getreten ist, die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V eingeführt. Grundidee war eine Vergütung, deren Höhe zwischen dem ambulanten (EBM) und dem stationären Niveau (DRG) liegt, wodurch einerseits Anreize zur ambulanten Leistungserbringung gesetzt und andererseits höherer stationärer Behandlungsaufwand vermieden werden sollte. Da der Umfang des vereinbarten Leistungskatalogs für das Jahr 2025 deutlich hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurückblieb, wurden mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, das am 12. Dezember 2024 in Kraft getreten ist, klare Fallzahlvorgaben eingeführt. Bei der Erweiterung des Leistungskatalogs für das Jahr 2026, mit dem eine Million bislang vollstationär erbrachter Fälle zu erfassen waren, zeigte sich, dass bereits diese Fallzahlvorgabe nur durch die Einbeziehung von Fällen zu erreichen war, die bis zu zwei Übernachtungen im Krankenhaus aufweisen. Für die Erreichung der Fallzahlvorgaben von 1,5 Millionen vollstationärer Fälle für das Jahr 2028 und 2 Millionen Fälle für das Jahr 2030 sind zunehmend weitere stationäre Fälle, die eine Übernachtung erfordern, einzubeziehen und die sich im Grundsatz nicht mehr ohne die Versorgungsstrukturen des Krankenhauses erbringen lassen. Um weiteres Potenzial für Verweildauerverkürzungen und für eine Ambulantisierung heben zu können

und unnötige Ausgaben für die Versichertengemeinschaft zu vermeiden, wird mit dem neuen Absatz 2a den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 der Auftrag erteilt, das DRG-Vergütungssystem dahingehend weiterzuentwickeln, sogenannte Kurzzeitfallpauschalen für den Bereich von kurzen Behandlungsdauern im Krankenhaus einzuführen. Hiermit sollen stationäre Behandlungsfälle der Krankenhäuser vergütet werden, die eine Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen aufweisen. Die Kurzzeitfallpauschalen sollen die vom Gesetzgeber zur Förderung der Ambulantisierung implementierten Instrumente AOP und Hybrid-DRG ergänzen und bieten sich insbesondere für Fälle an, die sich mit den Hybrid-DRG nicht adäquat abbilden lassen.

Den Vertragsparteien wird in Satz 1 des neuen Absatz 2a der Auftrag erteilt, bis zum 30. April 2027 die Grundlagen dafür zu vereinbaren, das DRG-Vergütungssystem durch Einführung von Kurzzeitfallpauschalen weiterzuentwickeln, indem die Bewertungsrelationen nach der Behandlungsdauer differenziert zu kalkulieren und auszuweisen sind. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wird als Basis hierfür beauftragt, bis zum 31. März 2027 ein Konzept für die Erweiterung des aG-DRG-Vergütungssystems durch die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen zu erstellen, das die Vertragsparteien ihrer Vereinbarung zugrunde zu legen haben. Diese Fristen dienen dem Zweck, eine Umsetzung bereits für das Anwendungsjahr 2028 zu ermöglichen.

Die Kurzzeitfallpauschalen werden definiert als Bewertungsrelationen für Fallgruppen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen und sind gesondert zu kalkulieren.

Nach Satz 2 entfällt für die Kurzzeitfallpauschalen das in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannte Erfordernis, Regelungen zur unteren Grenzverweildauer zu vereinbaren, da die mit Kurzzeitfallpauschalen zu vergütenden stationären Fälle gemäß Satz 5 unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer vergütet werden sollen. Damit wird für die Krankenhäuser ein starker Anreiz gesetzt, Verweildauern zu reduzieren und im Zweifel auch Patientinnen und Patienten ohne eine sonst regelhaft erfolgende Übernachtung im Krankenhaus zu behandeln, wo dies im Einzelfall medizinisch möglich ist.

Satz 3 gibt vor, dass auf Grundlage der Vereinbarung nach Satz 1 die Kurzzeitfallpauschalen erstmalig im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2028, also im Jahr 2027, zu kalkulieren und im Entgeltkatalog festzulegen sind.

Bei den neuen Kurzzeitfallpauschalen handelt es sich ebenfalls um Fallpauschalen im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes, die Teil der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des aG-DRG-Vergütungssystems sind und im Entgeltkatalog auszuweisen sind. Die Zuordnung von Fällen zu den Kurzzeitfallpauschalen soll im Rahmen der bestehenden und etablierten Strukturen erfolgen. Dies gilt auch für die Kalkulation der Kurzzeitfallpauschalen, die im Rahmen der bestehenden Vorgaben und Strukturen erfolgen soll. Sofern hierfür Änderungen am Kalkulationskonzept erforderlich werden, ist dieses nach Satz 4 entsprechend anzupassen.

Ziel der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen ist es, stationäre Aufenthalte im Krankenhaus zu verkürzen und verzichtbare Übernachtungen zu vermeiden, um so sowohl Patientinnen und Patienten wie auch das Personal im Krankenhaus und gleichzeitig die Versichertengemeinschaft durch geringere Ressourcenbindung und Ausgaben zu entlasten. Dies soll durch einen anreizgesteuerten Mechanismus erfolgen, mit dem bei Behandlungsdauern im Krankenhaus von bis zu drei Kalendertagen eine einheitliche Vergütung unabhängig von der Verweildauer gezahlt wird. Satz 5 legt daher fest, dass die Vergütung mit Kurzzeitfallpauschalen innerhalb der in Satz 1 genannten Behandlungsdauer unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer erfolgen soll. Eine Leistungserbringung ist in geeigneten Fällen damit auch möglich, wenn die stationäre Aufnahme und Entlassung am gleichen Tag erfolgen. Krankenhäuser, die geeignete Fälle in kürzerer Zeit und unter Ver-

zicht auf eine sonst regelhaft erfolgende Übernachtung im Krankenhaus behandeln, erhalten so einen wirtschaftlichen Anreiz, eine mögliche Verweildauerverkürzung und Ambulantisierung vorzunehmen.

Satz 6 gibt vor, dass dadurch erzeugte Kostensenkungen im übernächsten Jahr im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des Vergütungssystems an die Versichertengemeinschaft weitergegeben werden, indem die Vergütungen für die Kurzzeitfallpauschalen entsprechend abgesenkt werden. Dieser Zeitverzug ist dem aG-DRG-Vergütungssystem durch seine empirische Kalkulation auf Basis von Kosten- und Leistungsdaten immanent und der zentrale Anreizmechanismus, Behandlungsdauern zu verkürzen, wo dies medizinisch möglich ist.

Um eine dauerhafte und nachhaltige Ambulantisierung sicherzustellen, wird den Vertragsparteien mit Satz 7 zudem aufgetragen, im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des Vergütungssystems zu prüfen, welche Leistungen überwiegend ambulant erbracht werden und ob für diese eine Überführung in den AOP-Katalog nach § 115b SGB V sachgerecht ist und umgesetzt werden sollte. Die Umsetzung selbst liegt dann bei den Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V.

Da die Kurzzeitfallpauschalen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und zwei Übernachtungen zu kalkulieren und vergüten sind, können sich Schnittmengen zu den Leistungen ergeben, die nach den Regelungen des § 115f SGB V vergütet werden. Den Vertragsparteien wird daher mit Satz 8 aufgetragen, für ihre Vereinbarung zu prüfen, ob und inwieweit mit der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen weiterhin eine Abrechnung von nach § 115f SGB V abrechenbaren Fällen für die Krankenhäuser möglich ist.

Mit Satz 9 werden die Vertragsparteien beauftragt, alle zwei Jahre, erstmalig bis zum 31. Dezember 2030, dem Bundesministerium für Gesundheit einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen auf die Versorgung vorzulegen. Hier ist insbesondere an Veränderungen der Behandlungsdauer und die Entwicklung der ambulanten Leistungserbringung der Krankenhäuser zu denken. Die dafür erforderlichen Auswertungen hat das InEK vorzunehmen.

Zu Buchstabe c

Die Kurzzeitfallpauschalen sollen erstmalig im Rahmen der Weiterentwicklung des Entgeltsystems für das Jahr 2028 kalkuliert und im Entgeltkatalog ausgewiesen werden. Hierfür ist die Vereinbarung der Grundlagen dieser Erweiterung des aG-DRG-Vergütungssystems nach Absatz 2a Satz 1 erforderlich. Um die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen für das Anwendungsjahr 2028 auch dann nicht zu gefährden, wenn sich Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 nicht fristgerecht auf die Grundlagen einigen können, wird mit dem neuen Satz 2 vorgesehen, dass in diesem Fall die Schiedsstelle auch ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Wochen nach Fristende über den Inhalt der Vereinbarung zu entscheiden hat. Dabei hat die Schiedsstelle nach Fristablauf im Zweifel von sich aus tätig zu werden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben in diesem Fall der Schiedsstelle notwendige Unterlagen, wie z. B. das Konzept des InEK, ihre Positionen zu dessen Umsetzung, zur Verfügung zu stellen sowie Auskünfte zu erteilen, um eine kurzfristige Entscheidung der Schiedsstelle zu unterstützen.

Zu Nummer 3 (§ 17c)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird verdeutlicht, dass der Medizinische Dienst abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen einer Prüfung feststellt, unabhängig vom beauftragten Prüfgegenstand bei seiner Prüfung zu berücksichtigen hat. Hierbei ist unerheblich, ob die

Prüfung im schriftlichen Verfahren oder als Vor-Ort-Prüfung durchgeführt wird. Die FinanzKommission Gesundheit sieht in ihrem ersten Bericht vom 30. März 2026 durch eine entsprechende Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes weiteres Einsparpotenzial (siehe Reformempfehlung Nummer 33).

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Rahmen ihrer Vereinbarung zum Näheren des Prüfverfahrens mit der Prüfung beauftragt, wie der nach Nummer 3 etablierte Falldialog zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern durch geeignete Maßnahmen zukünftig noch stärker als bisher zum Einsatz kommen kann. Die Vertragsparteien haben ihre Prüfung bis zum 30. Juni 2027 abzuschließen. Die FinanzKommission Gesundheit hebt in ihrem ersten Bericht vom 30. März 2026 die hohen Einigungsquoten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern positiv hervor, die laut GKV-Spitzenverband im Jahr 2022 bei 85 Prozent lagen (siehe FinanzKommission, Erster Bericht, S. 230). Durch eine Ausweitung des Falldialogs kann nach Einschätzung der FinanzKommission Gesundheit zudem der Prüfaufwand auf beiden Seiten deutlich reduziert werden.

Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung von § 9 Absatz 1 Nummer 5. Die Aufhebung führt dazu, dass zukünftig nur noch ein Veränderungswert durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart wird. Diese Vereinbarung erfolgt nach den Vorschriften des § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3 KHEntgG. Der nach diesen Vorschriften ermittelte Veränderungswert gilt zukünftig auch als Obergrenze für den Anstieg des Gesamtbetrags. Der angefügte Halbsatz ist bereits geltendes Recht und wurde lediglich wegen der Streichung des bisherigen Regelungsstandorts in § 9 Absatz 1 Nummer 5 hierher verschoben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Bisher haben die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist, wenn eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde. Diese Regelung in Satz 8 wird auf die Jahre bis einschließlich 2026 befristet. Ab dem Vereinbarungsjahr 2027 sind Mittel für vereinbarte, aber nicht besetzte Personalstellen im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen und ist eine entsprechende Absenkung des Gesamtbetrags vorzunehmen (Satz 9). Dies gilt auch für nicht zweckentsprechend eingesetzte Mittel. Diese Regelung greift erstmals für das Vereinbarungsjahr 2027. Das bedeutet, dass, wenn der bis zum 31. März 2028 vorzulegende Nachweis nach § 18 Absatz 2 für das Jahr 2027 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde oder die vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, diese Mittel im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen sind und der Gesamtbetrag in der nächsten Vereinbarung abzusenken ist.

Zu Buchstabe b

Die Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, mittels einer Berichtigung des Budgets des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums wird aufgehoben.

Zu Buchstabe c

Die Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, mittels einer unterjährigen Erhöhung des krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts wird aufgehoben.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Da der leistungsbezogene Vergleich in der Praxis bislang noch geringe Anwendung findet, wird er zur Verbesserung der Praxistauglichkeit um Kostendaten ergänzt. Damit wird dem Transparenzgedanken, der mit dem leistungsbezogenen Vergleich verbunden ist, Rechnung getragen. Die Kostendaten sind auch bereits bei der Budgetvereinbarung vor Ort vorzulegen (§ 11 Absatz 4, § 9 Absatz 1 Nummer 6). Daher können diese ohne großen Aufwand für die Krankenhäuser in den Vergleich einbezogen werden. Durch die kostenbezogene Ergänzung kann das Verhältnis zwischen den durchschnittlichen Leistungen und den durchschnittlichen Kosten in den jeweiligen Vergleichsgruppen nachvollzogen werden.

Der leistungsbezogene Vergleich soll die Vertragsparteien vor Ort dabei unterstützen, einen leistungsgerechten Gesamtbetrag, einen leistungsgerechten krankenhausindividuellen Basisentgeltwert und sonstige leistungsgerechte krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren. Durch den leistungsbezogenen Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung oder andere krankenhausindividuelle Aspekte zurückzuführen sind. Aus den Ergebnissen des leistungsbezogenen Vergleichs kann sich beispielsweise die Notwendigkeit für eine Erhöhung oder Absenkung des Gesamtbetrags und der Entgelte ergeben. Die wirtschaftliche Angemessenheit der zu vereinbarenden Budgets kann dadurch verbessert werden. Dies kann in der Folge zu einer Entlastung der Kostenträger führen.

Zu Nummer 3 (§ 5)

Die Zuschläge für die Erstbefüllung der ePA sollen ab 2027 entfallen. Die entsprechenden Regelungen zu Zuschlägen für die Erstbefüllung der ePA im Krankenhausbereich sind daher zu streichen.

Die weitere regelhafte Befüllung der ePA im Behandlungskontext findet als Teil der regelhaften Dokumentation statt. Die Leistungen können delegiert werden. Zunehmend wird die Befüllung technisch (automatisiert) unterstützt, so dass der Aufwand beim Arzt keine Zuschläge mehr begründet. Auch die Regelungen zu gesonderten Zuschlägen für Folgebefüllungen der ePA sind daher zu streichen.

Zu Nummer 4 (§ 9)

Zu Buchstabe a

Die Vorgabe zur Vereinbarung eines gesonderten Veränderungswerts für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser ist nicht mehr erforderlich und wird daher gestrichen. Zukünftig gilt für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser auch der Veränderungswert, der für somatische Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3 KHEntgG vereinbart wird. Die Einführung der Anwendung des vollen Orientierungswerts und die gleichzeitige Abschaffung der unterschiedlichen Vorgaben für die Vereinbarung der Veränderungswerte für die somatischen sowie die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz machen zusammen mit der Abschaffung der vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegebudget durch die Änderungen in § 6a KHEntgG eine Ermittlung von unterschiedlichen Veränderungswerten überflüssig. Die Regelung trägt insoweit auch zum Bürokratieabbau bei.

Zu Buchstabe b

Die Streichung der Regelungen zum Veränderungswert ist eine Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschrift zur Vereinbarung des Veränderungswerts in § 9 Absatz 1 Nummer 5.

Zu Nummer 5 (§ 15)

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Fehlers aus dem Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhausreformanpassungsgesetz.

Zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 92a Absatz 4 SGB V.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Vorbehaltlich der Regelungen in Absatz 2 und 3 tritt dieses Gesetz am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

Artikel 1 Nummer 1, Artikel 1 Nummer 6, Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe a, Artikel 1 Nummer 11, Artikel 1 Nummer 14, Artikel 1 Nummer 15, Artikel 1 Nummer 16, Artikel 1 Nummer 17, Artikel 1 Nummer 18, Artikel 1 Nummer 19, Artikel 1 Nummer 20, Artikel 1 Nummer 21, Artikel 1 Nummer 22, Artikel 1 Nummer 23, Artikel 1 Nummer 28, Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a, Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe c, Artikel 1 Nummer 37, Artikel 1 Nummer 38, Artikel 1 Nummer 65, Artikel 1 Nummer 66, Artikel 1 Nummer 68, Artikel 1 Nummer 69, Artikel 3 Nummer 1, Artikel 5 Nummer 3 und Artikel 6 treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

Zu Absatz 3

Artikel 1 Nummer 2, Artikel 1 Nummer 5, Artikel 1 Nummer 62 und Artikel 1 Nummer 64 treten am 1. Januar 2028 in Kraft. Dies ermöglicht die rechtliche und technische Anpassung der notwendigen Meldeverfahren.