

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

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 Einnahmewachse künftig abschwächen werden. Die beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV werden mittelfristig voraussichtlich nur noch entsprechend der erwarteten gesamtwirtschaftlichen Lohnwachse 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 (BMG) 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-Finzen 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 (einnahmensorientierte 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 werden 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 von Arzneimitteln und Hilfsmitteln, Krankenkassen, Beitragszahlerinnen und Beitragszahler, 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 Vertragszahnärztinnen und -ärzte, 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 insgesamt auf die jährlichen Einnahmewachse der GKV begrenzt. Die derzeitige vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen auch über die jeweils geltende maßgebliche Obergrenze hinaus muss daher eingeschränkt werden.

Eine unverändert geltende vollständige Tarifrefinanzierung würde das Prinzip der Grundlohnrate als feste Obergrenze für Vergütungsanstiege aushebeln und weiterhin zu hohen und überproportionalen Ausgabenanstiegen in den betroffenen Bereichen führen, die deutlich oberhalb der Einnahmenezuwächse der GKV liegen. 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-Finzen 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 werden zudem die Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze jeweils um monatlich 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 2,5 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 kann eine moderate Leistungsanpassung und ein Beitrag der Versicherten sowie Patientinnen und Patienten nicht vermieden werden. Vor diesem Hintergrund 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 mittel- und langfristig 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. Zudem erhöht der Bund die monatliche Beitragspauschale für die Beziehenden von Grundsicherung aufwachsend ab dem Jahr 2027. Aufgrund der notwendigen Haushaltskonsolidierung des Bundes wird

der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2027 um 2 Milliarden Euro auf 12,5 Milliarden Euro reduziert.

Darüber hinaus wird die Bundesregierung in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren beschließen, ab dem Jahr 2028 eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke einzuführen. Das geschätzte Aufkommen in Höhe von jährlich rund 450 Millionen Euro soll der gesetzlichen Krankenversicherung in geeigneter Art und Weise entlastend zugutekommen; nicht zuletzt mit Blick auf ihre Angebote zur Primärprävention – beispielsweise im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung und Setting-Ansätze – von denen über den Kreis der gesetzlich Krankenversicherten hinaus auch weitere Bevölkerungsgruppen profitieren.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

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

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

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

Gesetzliche Krankenversicherung

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

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

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

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

mäß mit Unsicherheiten verbunden, da sie beispielsweise auch von der konkreten Umsetzung der Selbstverwaltung oder den Reaktionen der betroffenen Akteure abhängen. Ein moderater Sicherheitspuffer trägt dazu bei, dass der durchschnittlich ausgabendeckende Zusatzbeitragssatz stabil bleiben kann.

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

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

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

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

Die Mitglieder werden durch die außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze um rund 1,2 Milliarden Euro in 2027 (7 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) und unter Berücksichtigung des ab 2028 wirksamen Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner mit rund 2,8 Milliarden Euro in 2030 (7 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) belastet, was wiederum zu Mehreinnahmen der GKV in 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 Rückzahlung der in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten Darlehen sowie die Erhöhung der monatlichen Beitragspauschalen für die Beziehenden

von Grundsicherung beteiligt sich auch der Bund mittel- und langfristig an der Stabilisierung der Beitragssätze.

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

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

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

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

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

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

Gesetzentwurf der Bundesregierung

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 1 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) 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 nach § 12 zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“

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

„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 Haushaltsjahr 2027 gegenüber dem vorausgegangenen Haushaltsjahr jeweils nur nach Maßgabe der Entwicklung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 je Versicherten erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik sowie für Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl entstehen.“

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 in jedem Haushaltsjahr 0,075 Prozent der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 Absatz 1 des Vierten Buches je Mitglied nicht überschreiten. Der Berechnung ist die Mitgliederzahl des betreffenden Haushaltsjahres zugrunde zu legen.“

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

„2. für Werbeausgaben für näher bestimmte Werbemaßnahmen,“.

5. § 6 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nummer 1 wird die Angabe „nach den Absätzen 6 oder 7“ durch die Angabe „nach den Absätzen 6, 7 oder 8“ ersetzt.

b) Nach Absatz 6 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die nach Satz 1 bis 3 für das Jahr 2027 ermittelte Jahresarbeitsentgeltgrenze wird im Jahr 2027 zusätzlich um 3 600 Euro erhöht. Die nach Satz 4 im Jahr 2027 erhöhte Jahresarbeitsentgeltgrenze wird in den folgenden Jahren wieder nach den Sätzen 2 und 3 verändert.“

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

„Sie verändert sich in den folgenden Jahren entsprechend der Regelung in Absatz 6 Satz 2 und 3. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches fest.“

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

„(8) Abweichend von Absatz 6 Satz 4 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2026 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2027 den Wert der nach Absatz 6 Satz 1 bis 3 für das Jahr 2027 ermittelten Jahresarbeitsentgeltgrenze ohne die zusätzliche Erhöhung nach Absatz 6 Satz 4. Sie verändert sich in den folgenden Jahren entsprechend der Regelung in Absatz 6 Satz 2 und 3. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches fest.“

6. § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

„1. wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6 Satz 2 und 3, Absatz 7 oder 8,“.

7. § 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.“

8. § 11 Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

„(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach den §§ 23, 40, der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 24d, der künstlichen Befruchtung nach § 27a, der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz nach § 28 Absatz 2, bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln nach § 34 Absatz 1 Satz 1, mit Heilmitteln nach § 32, mit Hilfsmitteln nach § 33 und mit digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a, im Bereich der häuslichen Krankenpflege nach § 37 und der Haushaltshilfe nach § 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.“

9. Nach § 25 Absatz 4 Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse die von ihm in Richtlinien nach § 92 getroffenen Regelungen über

1. die allgemeine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 im Hinblick auf Altersgrenzen, Zielgruppen, Häufigkeit der Untersuchungen, Untersuchungsinhalte, geschlechtsspezifische Besonderheiten und Zielerkrankungen, insbesondere hinsichtlich einer möglichen Eingrenzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken und Begleit- und Folgeerkrankungen als Schwerpunkt der Gesundheitsuntersuchung, und
2. Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs nach Absatz 2 unter Berücksichtigung eines möglichen risikobasierten Screenings und einer möglichen Anpassung der Häufigkeit der Untersuchungen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung dieser Richtlinien.“

10. § 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; der Gemeinsame Bundesausschuss soll jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die

Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Er legt indikations-spezifische 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, und
2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

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

1. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
2. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
3. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.

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

(3) Der Anspruch auf 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. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt erstmals bis zum 31. März 2027 mindestens einen und danach jährlich mindestens einen weiteren 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) Soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen, sind zur Erbringung einer Zweitmeinung berechtigt:

1. zugelassene Ärzte,
2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,
3. ermächtigte Ärzte und Einrichtungen,
4. zugelassene Krankenhäuser und
5. nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

(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, die von Absatz 3 Satz 2 erfasst werden, muss der Arzt den Versicherten auf die Folgen einer ausbleibenden Einholung einer Zweitmeinung hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend hat der Arzt die Informationen, die das Institut nach § 139a zum Zweck der Versicherteninformation zu dem Eingriff und Behandlungsalternativen bereitstellt und die der Gemeinsame Bundesausschuss hierfür bestimmt hat, dem Versicherten in Textform auszuhändigen. Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Arbeitstage, bei Eingriffen, die von Absatz 3 Satz 2 erfasst werden, 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.“

11. § 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, oder
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) Auf eine vor dem Ablauf des ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] bereits begonnene kieferorthopädische Behandlung ist § 28 Absatz 2 Satz 6 in der am ... [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung weiter anzuwenden.“

12. § 31 wird wie folgt geändert:

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

„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit es sich nicht um homöopathische und anthroposophische Arzneimittel handelt oder die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen.“

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

„(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Als Verbandmittel gilt auch ein Gegenstand, der ergänzend zu den in Satz 1 genannten Eigenschaften

1. Wunden feucht hält oder Wunden reinigt,
2. Wundexsudat oder Gerüche bindet,
3. ein Verkleben mit der Wunde verhindert oder 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. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2. Absatz 1 Satz 2 gilt für sonstige Produkte zur Wundbehandlung entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien. § 34 Absatz 6 gilt entsprechend. Für die Beratung sind Gebühren zu erheben. Das Nähere zur Beratung und zu den Gebühren regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.“

c) Die Absätze 6 und 7 werden durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

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

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 und
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.“

13. § 34 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.
- b) Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen.

14. § 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 wird gestrichen.

15. § 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 den Sätzen 3 bis 5 sowie zu deren Übermittlung sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln. Soweit einzelne Berechnungsparameter im Rahmen der Informationen und Auskünfte nach den Sätzen 3 bis 5 nicht gemäß den Vorgaben der Verfahrensordnung nach Absatz 3 übermittelt werden, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Parameter auf der vorliegenden Datengrundlage durch Schätzung festlegen. Für das Verfahren zur Schätzung gilt Absatz 4 Satz 1 entsprechend; Einzelheiten sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln.

(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 bedarf 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 Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutsch-

land 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 Satzes 7 vorliegen, gilt für die Dauer des Verfahrens der Überprüfung nach Satz 6 der erweiterte Verhandlungskorridor des § 127 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz für das betroffene Festbetragsgruppensystem entsprechend.

(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.“

16. § 44 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Anspruch auf Krankengeld entsteht mit Zugang der Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 bei der Krankenkasse, wenn die Versicherten erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung begründen oder unmittelbar vor Abgabe der Wahlerklärung einen Anspruch auf Krankengeld hatten, der aufgrund eines Wechsels ihres Versichertenstatus, insbesondere durch Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit, ohne Abgabe der Wahlerklärung nicht mehr besteht, und die Wahlerklärung der Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach Begründung der Mitgliedschaft oder nach Eintritt des Statuswechsels zugeht. Für andere Versicherte, die eine Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 abgeben, entsteht der Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten nach Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse. Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu oder tritt eine Arbeitsunfähigkeit während der in Satz 5 genannten Wartezeit ein, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt. Abweichend von den Sätzen 5 und 6 entsteht der Anspruch auf Krankengeld ab dem ersten Tag der Krankheit, wenn diese Krankheit, die die Versicherten während der in Satz 5 genannten Wartezeit arbeitsunfähig macht oder aufgrund derer sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, innerhalb der in Satz 5 genannten Wartezeit durch einen Unfall herbeigeführt worden ist.“

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

„(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 Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit kontaktieren. Die Kontaktaufnahme kann schriftlich, elektronisch oder telefonisch erfolgen. Die Versicherten sind bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Recht zu informieren, der weiteren Kontaktaufnahme zu widersprechen. Im Falle eines Widerspruchs ist eine weitere Kontaktaufnahme unzulässig, soweit sie nicht zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung zwingend erforderlich ist. Der Widerspruch kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Kran-

kenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“

17. 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 bleiben von den Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit unberührt.

(6) Für die elektronische Übermittlung der Daten zur festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit gelten § 5 Absatz 1a des Entgeltfortzahlungsgesetzes und die §§ 109, 109a des Vierten Buches 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 Satz 1 Nummer 2 krankheitsbedingt nicht erbrachten Arbeitszeit geleistet. § 47 gilt mit der Maßgabe, dass das Teilkrankengeld aus dem um die verbleibende Arbeitsfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 krankheitsbedingt verminderten Entgelt berechnet wird.“

18. Nach § 47 Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Endet ein Beschäftigungsverhältnis während Arbeitsunfähigkeit, beträgt das Krankengeld vom Tage nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses an abweichend von Absatz 1 60 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes. Der Betrag erhöht sich auf 67 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes, sofern der Versicherte oder der Ehe- oder Lebenspartner mindestens ein Kind im Sinne des § 32 des Einkommensteuergesetzes hat.“

19. § 49 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird durch die folgenden Nummern 1 und 2 ersetzt:

- „1. soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten,
2. solange Versicherte Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz in Anspruch nehmen,“.

b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

- „5. solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird,“.

c) Nach Nummer 8 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Satz 1 Nummer 1 gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt oder Entgelt aus einer teilweisen Ausübung der Tätigkeit nach § 44d. Satz 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder das Krankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit erzielt worden ist. Satz 1 Nummer 5 gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Absatz 1 Satz 10 erfolgt.“

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

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

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

„(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 Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 65 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt 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 wür-

den; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach den Absätzen 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung.“

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

„(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 Prozent 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 Prozent 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. Zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres erhöhen oder vermindern sich die in den Sätzen 1 bis 3 genannten Zuzahlungen entsprechend der durchschnittlichen Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt die veränderten Beträge im Bundesanzeiger bis zum 15. September eines jeden Jahres bekannt.“

24. § 63 Absatz 3 Satz 2 und 3 wird 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 wird 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 entsprechend. 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 Abschlags auf die vereinbarten Preise festzusetzen und ein Verfahren zur Anwendung des Abschlags nach Satz 3 auf die Hausärzte zu vereinbaren. Für die Feststellung eines Anstiegs der Teilnehmer an den Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung haben die Vertragspartner jedes Kalenderquartal die Teilnehmerzahl mit der Teilnehmerzahl des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres zu vergleichen.“
 - b) Der neue Satz 8 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen mit Ausnahme der Regelungen nach den Sätzen 2 bis 5 bestimmen.“
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 nach § 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 gilt § 35a Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2, 5 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches entsprechend; für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend. Die Vertreterversammlung hat bei ihrer Wahl darauf zu achten, dass die Mitglieder des Vorstandes die erforderliche fachliche Eignung für ihren jeweiligen Geschäftsbereich besitzen. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt § 35a Absatz 6a Satz 2 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass sich die Bedeutung der Körperschaft insbesondere nach der Zahl der Mitglieder bemisst.“
30. § 85 wird wie folgt geändert:

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

„(2d) Für die Veränderung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz gilt § 71 Absatz 1 bis 3; dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder 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 wird 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 zweiten Phase des Zahnwechsels,
4. Maßnahmen für die Feststellung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs.

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

- c) Absatz 2a Satz 25 und 26 wird 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 entsprechend.“

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) In Absatz 2 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende die Angabe „; § 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend“ eingefügt.

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

„Folgende Leistungen sind erstmalig für das Jahr 2027 in der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Satz 1 enthalten:

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 nach § 19a Absatz 1 Satz 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden.

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

„(3b) Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin sind von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten, soweit sie aus der für diese Leistungen festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig vergütet werden kann. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 und § 85 Absatz 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 in Satz 3 genannten Unterschreitung nach Satz 13 Ausgleichszahlungen zu leisten, so sind diese Ausgleichszahlungen mit der Unterschreitung zu verrechnen. Für die quartalsweise Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, die bis zum vierten Kalenderquartal des Kalenderjahres 2028 durchzuführen ist, 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 5 zu bestimmende prozentuale Anteil entsprechend anzupassen. Satz 6 gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend. Sofern das Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in dem dem jeweiligen 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 5 bis 8 Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die quartalsweise für die Kalenderquartale des Kalenderjahres 2027 und des Kalenderjahres 2028 bis zum ersten Tag des jeweiligen Kalenderquartals, erstmalig bis zum Beginn des auf den Beschluss des Bewertungsausschusses folgenden Kalenderquartals, und ab dem Kalenderjahr 2029 jährlich bis zum 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres zu erfolgen hat. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 10 haben insbesondere die Anpassung des nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Punktwertes und die Veränderung des 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. Sofern eine Ausgleichszahlung zu leisten ist, mindern sich die vereinbarten Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 um einen Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages der sechsten auf die Verkündung folgenden Kalenderwoche] die Höhe des Abschlags auf die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 festzusetzen. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 haben diesen Abschlag bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages der zwölften auf die Verkündung folgenden Kalenderwoche] in ihren Vereinbarungen über die Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu übernehmen. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 haben jedes Kalenderquartal die Leistungsmenge mit der Leistungsmenge des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres zu vergleichen. Ist es zu einer Mengenausweitung gekommen und sind die Krankenkassen nach Satz 13 zu Ausgleichszahlungen verpflichtet, ist der Abschlag auf die Leistungsmenge anzuwenden, die die Leistungsmenge des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres übersteigt. Dies gilt auch, wenn es zu einer Verrechnung nach Satz 4 kommt. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben sich auf ein Verfahren zu verständigen, nach dem die Kassenärztlichen Vereinigungen die Entwicklung der in Satz 1 genannten Leistungen und von deren Vergütungen gegenüber den Krankenkassen nachweisen. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen des § 87d Absatz 4 Satz 1 Nummer 4, dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz bezüglich der Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin insbesondere auf die Versorgung der Kinder und Jugendlichen, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen quartalsweise und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2025 und letztmalig bis zum 31. Dezember 2029 über die Ergebnisse. Der Bewertungsausschuss beschließt

bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben zu in Absatz 6 genannten Datenübermittlungen, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen quartalsweise die Festsetzung und die Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung des finanziellen Bedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen, eine etwaige in Satz 3 genannte Unterschreitung, die in Satz 3 genannten Zuschläge sowie die Ausgleichszahlungen nach Satz 13 nachweisen.

(3c) Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche, soweit diese Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung anerkannt wurden (hausärztlicher Leistungsbedarf), sind von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten, soweit sie aus der für diese Leistungen festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig vergütet werden kann. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 und § 85 Absatz 1 wird die auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Für die nach Satz 7 in den Kalenderjahren 2025 und 2026 jeweils zu erfolgende quartalsweise Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung haben die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 jeweils den prozentualen Anteil des Honorarvolumens, das für den hausärztlichen Leistungsbedarf einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, am Honorarvolumen, das für den Leistungsbedarf aller Arztgruppen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, zu bestimmen und diesen prozentualen Anteil mit der für das jeweilige Kalenderquartal vereinbarten und bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu multiplizieren. Soweit aufgrund von Änderungen des nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten Behandlungsbedarfs einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 vergüteten Leistungen der Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen für das jeweilige Kalenderquartal gegenüber dem diesem Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 abweicht, ist der nach Satz 3 zu bestimmende prozentuale Anteil entsprechend anzupassen. Satz 4 gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend. Sofern das Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 leistungsbezogene und nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen in der quartalsweise festzulegenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. Mai 2025 Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die quartalsweise für die Kalenderquartale des Kalenderjahres 2025 und des Kalenderjahres 2026 bis zum ersten Tag des jeweiligen Kalenderquartals, erstmalig bis zum 1. Oktober 2025, und ab dem Kalenderjahr 2027 jährlich bis zum 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres zu erfolgen hat. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 7

haben insbesondere die Anpassung des nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Punktwertes und die Veränderung des nach Absatz 3 Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen sowie die jeweils auf die Veränderung entfallenden Bereinigungen einzubeziehen. Wenn in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung die Differenz zwischen der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und dem mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 bewerteten hausärztlichen Leistungsbedarf ausschließlich der in Satz 6 genannten Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen in einem Kalenderquartal einen Wert von null unterschreitet, leisten die Krankenkassen Ausgleichszahlungen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung in Höhe ihres jeweiligen nach dem in Satz 18 genannten Verfahren ermittelten Anteil an der Differenz, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten. Sofern eine Ausgleichszahlung zu leisten ist, mindern sich die vereinbarten Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 um einen Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerung. Hierzu hat der Bewertungsausschuss bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages der sechsten auf die Verkündung folgenden Kalenderwoche] die Höhe des Abschlags auf die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 festzusetzen. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 haben diesen Abschlag bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages der zwölften auf die Verkündung folgenden Kalenderwoche] in ihren Vereinbarungen über die Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu übernehmen. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 haben jedes Kalenderquartal die Leistungsmenge mit der Leistungsmenge des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres zu vergleichen. Ist es zu einer Mengenausweitung gekommen und sind die Krankenkassen nach Satz 9 zu Ausgleichszahlungen verpflichtet, ist der Abschlag auf die Leistungsmenge anzuwenden, die die Leistungsmenge des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres übersteigt. Dies gilt auch, wenn es zu einer Verrechnung nach Satz 16 kommt. Die Ausgleichszahlungen sind mit einer Unterschreitung der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den hausärztlichen Leistungsbedarf in den vorangegangenen Kalenderquartalen zu verrechnen. Wenn der hausärztliche Leistungsbedarf die festgesetzte, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung über einen Zeitraum vom zweiten Quartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Quartal des folgenden Kalenderjahres insgesamt unterschreitet, vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum Ablauf des zweiten Kalenderquartals des letztgenannten Kalenderjahres jeweils Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, deren Auszahlungshöhe in Summe der genannten Unterschreitung entspricht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 1. Oktober 2025 Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweiligen Krankenkassen entfallenden Anteils an den in Satz 9 genannten Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil an der Ausgleichszahlung zu bemessen hat. Für die in den Sätzen 6 und 17 genannten Zuschläge sowie für die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Zuschläge gilt Satz 2 nicht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 1. Mai 2025 Vorgaben zu in Absatz 6 genannten Datenübermittlungen, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen quartalsweise die erstmalige Festsetzung und die Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung des hausärztlichen Leistungsbedarfs, eine etwaige in Satz 16 genannte Unterschreitung, die in den Sätzen 6 und 17 genannten Zuschläge sowie die Ausgleichszahlungen nach Satz 9 nachweist. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes insbesondere im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen.

sen quartalsweise und berichtet jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 30. September 2027 und letztmalig bis zum 30. September 2029 über die Ergebnisse dieser Analyse.“

d) Absatz 5 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt Empfehlungen

1. zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4 und
2. zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2.“

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

„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 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 Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhenden Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen sowie eine Gesamtvergütung für das Ausgabenvolumen für weitere vom Bewertungsausschuss beschlossene Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet werden. Die Krankenkassen entrichten auf Grund der Vereinbarungen nach Satz 1 mit befreiender Wirkung die Gesamtvergütungen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung für die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen mit den in Satz 1 genannten Leistungen. § 87a Absatz 5 Satz 7 gilt entsprechend.

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

Vorjahres um die vereinbarten Veränderungen nach § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2, um die Veränderungen der Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, sowie um die vereinbarte Anpassung des Punktwertes nach § 87a Absatz 2 Satz 1 fortzuschreiben. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.

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

(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 Bundesausschusses 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, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen.

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

(5) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 analysieren gemeinsam und einheitlich nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards die Auswirkungen der Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 auf die Versorgung der Versicherten mit den davon betroffenen vertragsärztlichen Leistungen im jeweiligen Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung jährlich bis zum 31. Dezember, erstmals bis zum 31. Dezember 2028. Jede Kassenärztliche Vereinigung veröffentlicht einmal jährlich bis zum 31. Januar in geeigneter Form die Ergebnisse, erstmals bis zum 31. Januar 2029. Das Institut des Bewertungsausschusses wertet die Veröffentlichungen aus und legt dem Bundesministerium für Gesundheit einmal jährlich, erstmals zum 30. Juni 2029 und dann jeweils bis zum 30. Juni eines jeden Jahres einen Bericht über diese Auswertungen vor.“

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

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

36. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1a Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

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

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

„Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von Arzneimitteln und zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes und Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 ist den Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer, den betroffenen pharmazeutischen Unternehmen und den Berufsvertretungen der Apotheker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

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 2026 jährlich 100 Millionen Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5

notwendigen Aufwendungen. Von der Fördersumme sollen 80 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 20 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden. Für die Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, sollen von der Fördersumme ab dem Jahr 2027 jährlich mindestens 2,5 Millionen Euro verwendet werden. Mittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden, sofern sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, im Folgejahr an den Gesundheitsfonds und der entsprechende anteilige Betrag an die landwirtschaftliche Krankenkasse 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 und der entsprechende anteilige Betrag an die landwirtschaftliche Krankenkasse 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 und regelt darin insbesondere

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 und
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 lösen 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 Verordnungsquoten für solche Arzneimittel enthalten sein, für die Rabattverträge nach § 130e Absatz 1 Satz 1 abgeschlossen werden können, bezogen auf die festgelegten Gruppen im Therapiegebiet.“

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

40. § 111 Absatz 5 Satz 2 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

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

41. § 111c Absatz 3 Satz 2 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

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

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 2 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 Satz 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 vor dem Punkt am Ende die Angabe „; § 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend“ eingefügt.

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

„Es gilt § 71 Absatz 1 bis 3 entsprechend.“

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, vor dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Absatz 1] bereits begonnen hat, wird die Vergütung der Pauschale durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen.“

46. § 127 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 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 vom ... [einsetzen: 1. Januar 2027, es sei denn, das Gesetz tritt erst danach in Kraft, dann einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Absatz 1] 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 den 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 4 Satz 6 dürfen die Über- oder Unterschreitungen bis zu 15 Prozent betragen. Die Begründungs- und Darlegungslast für Abweichungen von den Festbeträgen nach § 36 Absatz 2 in den Verhandlungen und Schiedsverfahren trägt die Vertragspartei, die hieraus objektiv einen Vorteil in Bezug auf das Verhandlungsergebnis erhält.“

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 die folgenden Absätze 1b und 1c ersetzt:

„(1b) Für ab dem 1. Januar 2027 zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel erhalten die Krankenkassen von Apotheken einen zusätzlichen Abschlag vom Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer. Satz 1 gilt für die in Absatz 1 Satz 6 und 7 genannten Arzneimittel mit Ausnahme von

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,
3. Arzneimitteln, für die ein Festbetrag auf Grund des § 35 festgesetzt ist,
4. patentfreien Arzneimitteln mit in der Liste nach § 52b Absatz 3c Satz 1 des Arzneimittelgesetzes aufgeführten versorgungskritischen Wirkstoffen,
5. in der nach § 35 Absatz 5a Satz 1 erstellten Liste aufgeführten, patentfreien Arzneimitteln,
6. Arzneimitteln, die nach Absatz 3c Satz 1 oder Satz 8 vom Abschlag nach Absatz 3a befreit sind,
7. Reserveantibiotika, hinsichtlich derer der Gemeinsame Bundesausschuss eine Freistellung nach § 35a Absatz 1c Satz 1 beschlossen hat, und
8. Arzneimitteln, die nach Absatz 1c vom Abschlag nach Satz 1 befreit sind.

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 für alle in Absatz 1 Satz 6 genannten Arzneimittel einschließlich derjenigen nach Satz 2 Nummer 1 bis 3 aus
 - a) den Ist-Ausgaben der Krankenkassen des vorangegangenen Kalenderjahres und

b) den Soll-Ausgaben der Krankenkassen für das vorangegangene Kalenderjahr und

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

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, erhöht oder vermindert um die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechend dem Rechnungsergebnis des Gesundheitsfonds für das Kalenderjahr 2026 gegenüber dem Kalenderjahr 2025, und
2. für die Kalenderjahre ab 2027 die Soll-Ausgaben des jeweils vorangegangenen Kalenderjahres, erhöht oder vermindert um die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechend dem Rechnungsergebnis des Gesundheitsfonds für das betreffende Kalenderjahr gegenüber dem vorangegangenen Kalenderjahr.

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

(1c) Für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die ab dem 1. Januar 2027 erstmalig in Verkehr gebracht werden, können pharmazeutische Unternehmer beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Befreiung vom Abschlag nach Absatz 1b Satz 1 beantragen. Die Befreiung ist zu erteilen, wenn

1. die klinischen Prüfungen mit dem Arzneimittel zu einem relevanten Anteil im Geltungsbereich dieses Gesetzes durchgeführt wurden und

2. die Produktion des Wirkstoffs im Geltungsbereich dieses Gesetzes einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lässt.

Ein relevanter Anteil klinischer Prüfungen im Sinne von Satz 2 Nummer 1 setzt voraus, dass der Anteil der Prüfungsteilnehmer an den vom pharmazeutischen Unternehmer durchgeführten oder in Auftrag gegebenen klinischen Prüfungen des Arzneimittels, die an Prüfstellen im Geltungsbereich dieses Gesetzes teilgenommen haben, an der Gesamtzahl der Prüfungsteilnehmer mindestens 5 Prozent beträgt. Ein relevanter Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung im Sinne von Satz 2 Nummer 2 setzt voraus, dass die Menge des Wirkstoffs, die im Geltungsbereich dieses Gesetzes produziert wird, voraussichtlich ausreichen wird, um eine Arzneimittelmengende herzustellen, mit der mindestens die Hälfte der Patienten im Geltungsbereich dieses Gesetzes, für die eine Behandlung mit dem Arzneimittel in Frage kommt, über einen Zeitraum von drei Jahren versorgt werden können. Der Antrag kann frühestens nach dem Antrag auf Zulassung des Arzneimittels gestellt werden. Der Antrag ist elektronisch zu übermitteln, zu begründen und ihm sind Nachweise und Belege beizufügen, aus denen hervorgeht, dass die in Satz 2 genannten Voraussetzungen vorliegen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt die Art der erforderlichen Nachweise und Belege, das Verfahren und die Formatvorlagen für die elektronische Übermittlung der Anträge im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut fest und gibt diese auf seiner Internetseite bekannt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag innerhalb von drei Monaten nach Eingang. Sofern ein Arzneimittel im Zuständigkeitsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts betroffen ist, erfolgt die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. Die Befreiung gilt ab Bekanntgabe der Entscheidung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, frühestens jedoch ab dem erstmaligen Inverkehrbringen des Arzneimittels. Sie erlischt nach drei Jahren, es sei denn, sie wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte verlängert. Eine Verlängerung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die in Satz 2 genannten Voraussetzungen vorliegen. Der Antrag kann frühestens 30 Monate und spätestens 32 Monate nach dem Geltungsbeginn der Befreiung, beziehungsweise im Fall einer weiteren Verlängerung nach dem Geltungsbeginn der vorangegangenen Verlängerung, gestellt werden. Die Sätze 6 bis 11 gelten entsprechend. Ein Vorverfahren findet bei Klagen gegen Entscheidungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte nach Satz 8, auch in Verbindung mit Satz 14, nicht statt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erteilt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Antrag Auskunft zu erteilten Befreiungen und deren Geltungszeiträumen.“

- 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, die Absätze 6 und 7 sowie § 131 Absatz 4 und 5 gelten entsprechend. Der pharmazeutische Unternehmer ermittelt die Höhe des Abschlags nach Satz 1 und den

durchschnittlichen Preis nach Satz 2 und übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage die Angaben zu der Berechnung. Kann der Abschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden, gilt Absatz 1 Satz 1 entsprechend. Für Impfstoffe 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 der Abschläge nach den Sätzen 1 und 3.“

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) Die Sätze 4 und 5 werden 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 Gesamtwirkstoffmenge am nächsten kommt; dies gilt nicht für die Neueinführung eines Immunglobulins menschlicher Herkunft, für das nach dem 31. Dezember 2018 eine Zulassung nach § 25 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes oder eine Genehmigung für das Inverkehrbringen nach Artikel 3 Absatz 1 oder 2 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 erteilt wurde, mit Ausnahme der Zulassung von anderen Stärken oder Ausbietungen.“

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 nach § 31 Absatz 1a ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung. Zur Berechnung des Abschlags nach Satz 1 ist der Preisstand vom 1. Januar 2026 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. Bei Neueinführungen eines Verbandmittels oder eines sonstigen Produktes zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a, für das ein pharmazeutischer Unternehmer oder sonstiger Hersteller bereits ein Produkt mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Wundflächeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Produkt in Bezug auf die Gesamtwundfläche am nächsten kommt. Das Nähere regelt der Spitzen-

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

e) Absatz 8 Satz 6 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Eine Vereinbarung nach Satz 1 berührt die Abschläge nach den Absätzen 1b, 3a und 3b nicht; Abschläge nach den Absätzen 1, 1a und 2 können abgelöst werden, sofern dies ausdrücklich vereinbart ist.“

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 und das Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels unter Beachtung seines Stellenwerts in der Versorgung berücksichtigt werden (Preis-Mengen-Regelung). Dies kann eine Begrenzung des packungsbezogenen Erstattungsbetrags erforderlich machen. Kommt eine Preis-Mengen-Regelung nach Satz 1 nicht zustande, gilt eine Anpassung des Erstattungsbetrags nach Maßgabe der Sätze 5 bis 11 als vereinbart; Absatz 4 Satz 1 ist insoweit nicht anzuwenden. Die Anpassung erfolgt jedes Jahr zum 1. Juni, 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 Produkt von 1,7 Prozent und dem Quotienten aus
 - a) der Differenz zwischen dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels des vorangegangenen Kalenderjahres und dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels des Referenzjahres und
 - b) dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels des vorangegangenen Kalenderjahres 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 ist die Summe der Produkte der jeweiligen Anzahl der von Apotheken zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Bezugsgrößen des Arzneimittels und dem jeweils geltenden Erstattungsbetrag pro Bezugsgröße. Zur Ermittlung des Gesamtausgabenvolumens und zur Ermittlung der Höhe des Rabattsatzes stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die im vorangegangenen Kalenderjahr abgerechneten Bezugsgrößen anhand der Daten nach § 84 Absatz 5 fest und stellt dem pharmazeutischen Unternehmer diese Bezugsgrößen monatsbezogen sowie die Höhe des Rabattsatzes jedes Jahr bis zum 30. April, erstmals bis zum 30. April des zweiten Kalenderjahres nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff 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) Im neuen Satz 8 wird die Angabe „Sätze 8 und 9“ durch die Angabe „Sätze 6 und 7“ ersetzt.

cc) Die neuen Sätze 9 bis 13 werden gestrichen.

d) Absatz 3a 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 der Verkündung] 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 den §§ 106 bis 106c ausgenommen werden, wenn eine nach § 106b Absatz 1 Satz 5 vereinbarte Ordnungsquote der Arzneimittel, für die Rabattverträge nach Absatz 1 Satz 1 abgeschlossen werden können 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. Protease Inhibitoren Subtilisin/Kexin Typ 9 (PCSK9)-Inhibitoren und
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 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

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

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 durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.“

b) Die Sätze 9 und 10 werden gestrichen.

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

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

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

b) Die Sätze 4 und 5 werden gestrichen.

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

Versorgung mit Krankentransportleistungen

(1) Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche 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 entsprechend. 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 Leistungsanspruchnahme 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 Beitragssatzstabilität“ gestrichen.
- b) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.“

57. § 140a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.“

- b) Der neue Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die nach § 11 Absatz 6 in Satzungen der Krankenkassen vorsehbaren Leistungen, Leistungen nach den §§ 20i, 25, 26, 27b, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen.“

58. § 175 wird wie folgt geändert:

- 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 Zusatz-

beitragssatz, 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 maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. § 35a Absatz 1 bis 3 und 6 bis 7 des Vierten Buches gilt entsprechend.“

60. § 221 wird wie folgt geändert:

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

„Abweichend von Satz 1 beträgt der Zuschuss des Bundes ab dem Jahr 2027 jährlich 12,5 Milliarden Euro.“

b) Nach 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 Dreihundertsechstel der Beitragsbemessungsgrenze nach Absatz 4 für den Kalendertag zu berücksichtigen. Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

(4) Die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 entspricht der um 3 600 Euro erhöhten Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 im Jahr 2027. Sie verändert sich in den folgenden Jahren entsprechend der Regelung in § 6 Absatz 6 Satz 2 und 3. Die Bundesregierung setzt die Beitragsbemessungsgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches fest.“

62. § 232a Absatz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

- „2. bei Personen, die Grundsicherungsgeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, für das Jahr 2027 das 0,2234-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2028 das 0,2312-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2029 das 0,2464-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2030 das 0,2618-fache der monatlichen Bezugsgröße und ab dem Jahr 2031 das 0,2766-fache der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.“

63. Nach § 242a wird der folgende § 242b eingefügt:

„§ 242b

Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner

(1) Die Krankenkassen erheben von Mitgliedern mit einem nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartner einen Zuschlag auf den Beitragssatz in Höhe von 2,5 Prozentpunkten. Satz 1 gilt nicht, wenn

1. das Mitglied oder der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind im Sinne des § 10 hat,
 - a) das das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und im Haushalt des nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt oder
 - b) das als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, und im Haushalt des nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt, oder
2. der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner
 - a) nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegt oder eine Freistellung von der Arbeitsleistung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nimmt,
 - b) die Regelaltersgrenze nach den §§ 35 oder 235 des Sechsten Buches erreicht hat oder
 - c) im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 des Sechsten Buches voll erwerbsgemindert ist.

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

(2) Mitglieder tragen den Beitragszuschlag nach Absatz 1 allein. Der Beitragszuschlag ist von demjenigen zu zahlen, der die Beiträge zu zahlen hat. Wird der Beitragszuschlag von einem Dritten gezahlt, hat dieser einen Anspruch gegen das Mitglied auf den von dem Mitglied zu tragenden Beitragszuschlag. Dieser Anspruch kann von dem Dritten durch Abzug von der an das Mitglied zu erbringenden Geldleistung geltend gemacht werden. Im Übrigen gelten die §§ 252 bis 254 und § 256 mit der Maßgabe, dass bei einem unterbliebenen Einbehalt des Beitragszuschlags aus laufenden Einnahmen der rückständige Betrag gleichmäßig über einen Zeitraum von zwölf Monaten verteilt einzubehalten und ein zum Ende der Mitgliedschaft verbleibender rückständiger Betrag

mit dem letzten Abrechnungszeitraum vollständig einzubehalten ist. Mit Einverständnis des Mitglieds kann die Verteilung des Einbehalts des rückständigen Betrages über einen anderen Zeitraum als zwölf Monate erfolgen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Mitglieder, von denen die Versicherung eines Ehegatten, eines Lebenspartners oder eines Elternteils nach zwischen- oder überstaatlichem Recht abgeleitet wird.

(4) Der Zuschlag nach Absatz 1 fällt bis einschließlich 30. Juni 2028 nicht auf Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 1 und auf Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Nummer 4 an.“

64. § 249b Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

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, jeweils abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugeführt.“

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 vorangegangenen 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 Medizi-

nischen 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, 4 und 5 wird gestrichen.

70. Die §§ 410 und 411 werden durch die folgenden §§ 410 und 411 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.

§ 411

Übergangsregelung zur Vergütung von Führungskräften der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

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 dem ... [einsetzen: Datum der Verkündung] nur alle 6 Jahre zulässig. Eine höhere Vergütung darf nur durch einen Zuschlag auf die zuletzt vereinbarte Grundvergütung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 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.“

71. Nach § 428 werden die folgenden §§ 429 und 430 eingefügt:

„§ 429

Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag

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

§ 430

Evaluierung

Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert spätestens bis zum 31. Dezember 2030 die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom ... [einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieses Gesetzes] getroffenen Maßnahmen daraufhin, ob sie sich als geeignet und ausreichend erwiesen haben, das Ziel stabiler Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Beibehaltung eines Niveaus der gesundheitlichen Versorgung nach § 12 Absatz 1 Satz 1 zu erreichen. Es kann die Durchführung der Evaluation ganz oder in Teilen auf einen Dritten übertragen.“

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 eine über die zuletzt nach Satz 1 gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 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 3 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 5 Absatz 3g wird gestrichen.
2. In § 6 Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1“ durch die Angabe „für das jeweilige Kalenderjahr auf der Grundlage des § 9 Absatz 1b vereinbarte Veränderungswert“ ersetzt.
3. § 6a wird wie folgt geändert:

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

„Die Sätze 1 bis 5, 9 und 10 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 abzüglich des für die in Absatz 2 Satz 10 genannten Maßnahmen zur Entlastung von Pflegepersonal vereinbarten Betrags. In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage das für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Pflegebudget. Bei der Vereinbarung des Pflegebudgets sind die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem

Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung. Das Pflegebudget darf das um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b veränderte Pflegebudget des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die auf Grund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses dies erfordert. Bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus, insbesondere von Leiharbeitnehmern im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, ist der Teil der Vergütungen, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus hinausgeht, und damit auch die Zahlung von Vermittlungsentgelten, nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen. Weichen die tatsächlichen 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 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 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Ab dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist abweichend von Satz 3 für den Rest des jeweiligen Jahres der krankenhausespezifische Pflegeentgeltwert nach Satz 3 erhöht um 50 Prozent der Erhöhungsrates anzuwenden. Dabei ist der für das restliche Kalenderjahr anzuwendende, in Satz 5 genannte krankenhausespezifische Pflegeentgeltwert infolge der unterjährigen Vereinbarung entsprechend zu erhöhen.“

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 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 zu den für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr vereinbarten Pflegepersonalkosten ein Anstieg dieser Kosten jeweils bis zur Höhe des nach § 9 Absatz 1b vereinbarten Veränderungswerts zu berücksichtigen, wobei der Anstieg den Veränderungswert überschreiten darf, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die auf Grund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses dies erfordert“ ersetzt.

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

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

„Das Gesamtvolumen für ein Kalenderjahr darf den Betrag, der sich ergibt, wenn das Gesamtvolumen des diesem Kalenderjahr vorangegangenen Kalenderjahres um den nach § 9 Absatz 1b 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 Kurzzeitpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten ist. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

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 und prüfen bis zum 30. Juni 2027, inwieweit eine Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist,“.

- bb) Nummer 7 wird durch die folgende Nummer 7 ersetzt:

„7. die Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4, eine anteilige Erhöhungsrates sowie bis zum 31. März 2019 die Einzelheiten für einen Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, und ein Verfahren, das gewährleistet, dass Krankenhäuser Mittel zurückzuzahlen haben, die sie nicht zweckentsprechend verwendet haben,“.

- cc) Nummer 10 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchstabe i wird die Angabe „Degression sowie“ durch die Angabe „Degression,“ ersetzt.

bbb) In 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 im Sinne des § 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 Begrenzung.“

- 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.“

7. § 10 wird wie folgt geändert:

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

„Eine Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die aus § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6a, aus § 17b Absatz 4b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6b, aus § 6c oder aus § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie aus § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsteht, ist im Erlösvolumen entsprechend verändernd zu berücksichtigen, so dass hieraus keine Veränderung des zu vereinbarenden Landesbasisfallwerts entsteht.“

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

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 9 Absatz 1b Satz 1“ durch die Angabe „§ 9 Absatz 1b“ ersetzt.

- bb) Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Satz 2 findet keine Anwendung im Zusammenhang mit der Einführung und Weiterentwicklung des Pflegebudgets nach § 6a, des Vorhaltebudgets nach § 6b, der Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 6c, Veränderungen gemäß § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

- d) Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind erstmals für das Jahr 2026 nach Maßgabe der folgenden Sätze Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrater berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifrater ist für

1. den Bereich des Pflegepersonals,
2. den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und
3. den ärztlichen Personalbereich

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

e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 bis 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„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.“

bb) Die Sätze 6 und 7 werden gestrichen.

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 2 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) 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“ 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) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet bis zum 31. März 2027 ein Konzept für geeignete Fallgruppen für eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen), auf dessen Grundlage die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis zum 30. April 2027 hierzu eine Vereinbarung schließen. 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. 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 nach Absatz 3 Satz 4, 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 überprüfen 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) Absatz 3 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Auf der Grundlage eines vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu entwickelnden Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis spätestens zum 31. Dezember 2016 ein praktikables Konzept für eine repräsentative Kalkulation nach Satz 3; zur Gewährleistung einer repräsentativen Kalkulation der nach Absatz 4 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Betrags für die Vorhaltevergütung hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus das Konzept anzupassen; sofern durch die Kalkulation von Kurzzeitfallpauschalen nach Absatz 2a Anpassungen am Konzept erforderlich werden, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus diese am Konzept vorzunehmen.“

- d) Nach Absatz 7 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Kommt die in Absatz 2a Satz 1 genannte Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, entscheidet abweichend von Satz 1 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 6 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

- 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 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 2 ist nur zulässig, wenn die Veränderung von Art und Menge der Leistungen durch zu-

sätzliche 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, dass die Vertragsparteien zu vereinbaren haben, 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 den Sätzen 8 oder 9 ist nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl oder der 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) In Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 5 wird jeweils die Angabe „75 Prozent“ durch die Angabe „37,5 Prozent“ ersetzt.

2. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

„4. 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 oder 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:

1. § 23 wird gestrichen.
2. Nach § 27 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Für die Ermittlung der für das Jahr 2025 aufzubringenden Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds gilt § 23 in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten des Gesetzes] geltenden Fassung.“

Artikel 7

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 11 Absatz 12 des Gesetzes vom 16. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 107) geändert worden ist wird wie folgt geändert:

1. § 13 Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) § 44 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 44a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die §§ 44d und 46 Satz 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 47 Absatz 1 Satz 6 und 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 48 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die §§ 49 bis 51 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“

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

„(5) Die Landwirtschaftliche Krankenkasse erhebt von Mitgliedern, deren Beitragsberechnung nach den §§ 43 bis 46 erfolgt und von denen die Versicherung eines Ehegatten oder Lebenspartners nach § 7 abgeleitet wird, einen Zuschlag auf den Beitragssatz in Höhe von 2,5 Prozentpunkten. § 242b Absatz 1 Satz 2 und 3 und Absatz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

3. Nach § 40 Absatz 1 Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:

„Bei der Festsetzung der Beiträge für 2028 ist sicherzustellen, dass die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nur für die höchste Beitragsklasse wirkt.“

4. § 58 wird durch den folgenden § 58 ersetzt:

„§ 58

Vergütungsregelungen für Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei der Landwirtschaftlichen Krankenkasse

§ 411 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für die Landwirtschaftliche Krankenkasse entsprechend.“

Artikel 8

Inkrafttreten

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

(2) Artikel 1 Nummer 1, 5, 8, 12 Buchstabe b, Nummer 13, 16 bis 23, 28, 31 Buchstabe a und c, Nummer 37, 38, 47, 48 Buchstabe b, Nummer 62, 64 bis 66, 68, 69, Artikel 3 Nummer 1, Artikel 5 Nummer 3 und Artikel 6 treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 2, 7, 63 und Artikel 7 Nummer 2 treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

EU-Rechtsakte:

1. Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel (ABl. L 311 vom 28.11.2001, S. 67; L 239 vom 12.8.2014, S. 81), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2023/1182 vom 14. Juni 2023 (ABl. L 157 vom 20.6.2023, S. 1) geändert worden ist.
2. Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur (ABl. L 136 vom 30.4.2004, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/5 vom 11. Dezember 2018 (ABl. L 4 vom 7.1.2019, S. 24) geändert worden ist.

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 Befugnisenerweiterung 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 Einnahmentwicklung 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 Einnahmewachse 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-Finzen 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, Herstellern von Arzneimitteln und Hilfsmitteln, 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 rund 90 Prozent des finanziellen Entlastungsvolumens 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 grundsätzliche Begrenzung von Vergütungssteigerungen auf die Kostenentwicklung mit der Grundlohnrate als Obergrenze bedeutet daher eine Anpassung der Lohnzuwächse im Gesundheitswesen an die Lohnzuwächse in der Gesamtwirtschaft. Die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen auch über die jeweils maßgebliche Obergrenze hinaus muss ebenfalls eingeschränkt werden. Eine unverändert geltende vollständige Tarifrefinanzierung würde das Prinzip der Grundlohnrate als feste Obergrenze für Vergütungsanstiege aushebeln und weiterhin zu hohen und überproportionalen Ausgabenanstiegen in den betroffenen Bereichen führen, die deutlich oberhalb der Einnahmenezuwächse der GKV liegen. Diese Maßnahmen sind 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 krankenhausesindividuellen 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 krankenhausesindividuelle 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-Finzen 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. Bei Impfstoffen unter Patent- oder Unterlagenschutz kommt ein zusätzlicher Abschlag in Höhe von 7 Prozent 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 Einnahmewachse 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 begrenzt auf eine hälftige Tarifrefinanzierung oberhalb des Veränderungswertes und im Bereich der medizinischen Behandlungspflege sowie in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen durch die Grundlohnrate als Obergrenze begrenzt. 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 Einnahmewachse der GKV liegen. Es werden zudem die Anreize gestärkt, Tarifabschlüsse zu vereinbaren, die sich an der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung – widerspiegelt 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 Kostensteigerungen 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 Bereich, den Krankenhausbereich und die Apotheken 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 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 stationärsersetzender 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 Ambulantisierungspotenzialen 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 be-

vorzuzugten 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 geregelte allgemeine Gesundheitsuntersuchung 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 medizinisch-wissenschaftlichen Wissensstands 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 Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) wird verpflichtet, das Festbetragsinstrument umfassender als bisher anzuwenden, um vor-

handene 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.

Die bisherige Rechtslage ermöglicht die strategische Abgabe einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 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.

Bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses während Arbeitsunfähigkeit 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.

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.

Die Finanzierung des Innovationsfonds wird angepasst. Ab dem Jahr 2027 wird die Finanzierung des Innovationsfonds 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 nach den anerkannten internationalen wissenschaftlichen Standards der evidenzbasierten Medizin 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 Abstufungsregelung 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 kann leider auch eine moderate Leistungsanpassung und ein Beitrag der Versicherten sowie Patientinnen und Patienten nicht vermieden werden.

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 Beschäftigungsverhältnissen geltenden Beitragssatz angeglichen.

Im Jahr 2027 werden die Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze jeweils um monatlich 300 Euro zusätzlich angehoben. 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 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Mit Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im Umfang von 11 Stunden wöchentlich fällt der GKV-Beitrag infolge der Midijob-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. Zudem erhöht der Bund die monatliche Beitragspauschale der Beziehenden von Grundsicherung aufwachsend ab dem Jahr 2027.

Aufgrund der notwendigen Haushaltskonsolidierung des Bundes wird der Bundeszuschuss für die GKV ab dem Jahr 2027 um 2 Milliarden Euro auf 12,5 Milliarden Euro reduziert.

Darüber hinaus wird die Bundesregierung in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren beschließen, ab dem Jahr 2028 eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke einzuführen. Das geschätzte Aufkommen in Höhe von jährlich rund 450 Millionen Euro soll der gesetzlichen Krankenversicherung in geeigneter Art und Weise entlastend zugutekommen; nicht zuletzt mit Blick auf ihre Angebote zur Primärprävention – beispielsweise im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung und Setting-Ansätze – von denen über den Kreis der gesetzlich Krankenversicherten hinaus auch weitere Bevölkerungsgruppen profitieren.

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 BPfIV) tragen zur Verwaltungsvereinfachung bei.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie (DNS). Die vorgeschlagenen Regelungen fördern insbesondere die Erfüllung der Nachhaltigkeitsziele/SDG 3 "Gesundheit und Wohlergehen" und 8 "Menschenwürdige Arbeit und Wirtschaftswachstum".

Mit den vorgesehenen Maßnahmen wird die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig gestärkt und damit die Grundlage für eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung aller Bürgerinnen und Bürger gesichert. Die Begrenzung der Ausgabendynamik sowie die Verbesserung der Effizienz

der Mittelverwendung tragen dazu bei, die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems auch unter den Bedingungen des demografischen Wandels zu gewährleisten. Hierdurch wird ein wesentlicher Beitrag zur Erreichung von SDG 3 geleistet.

Zugleich dient der Gesetzentwurf der Stabilisierung der Beitragssätze und damit der Begrenzung der Lohnnebenkosten. Dies zielt darauf ab, die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft zu stärken und die Sicherung von Beschäftigung zu unterstützen. Durch die Vermeidung übermäßiger Belastungen von Arbeitgebern und Beschäftigten leistet der Entwurf einen Beitrag zu nachhaltigem Wirtschaftswachstum im Sinne von SDG 8.

Insgesamt trägt der Gesetzentwurf dazu bei, die ökonomische Tragfähigkeit und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems langfristig zu sichern und damit zentrale Voraussetzungen für nachhaltige Entwicklung zu gewährleisten.

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.

Durch die höheren monatlichen Beitragspauschalen für die Beziehenden von Grundsicherung entstehen dem Bund Mehrausgaben in Höhe von 250 Millionen Euro in 2027, 500 Millionen Euro in 2028, 1 Milliarde Euro in 2029, 1,5 Milliarden Euro in 2030 und 2 Milliarden Euro ab 2031. Die Reduktion des Bundeszuschusses ab dem Jahr 2027 hat für den Bund Minderausgaben in Höhe von jährlich 2 Milliarden Euro zur Folge.

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

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

Das geschätzte Entlastungsvolumen des Maßnahmenpakets liegt in den ersten zwei Jahren oberhalb der prognostizierten Deckungslücke. Sowohl ausgaben- wie einnahmenseitig bestehen zum gegenwärtigen Zeitpunkt Risiken, dass die Deckungslücken höher ausfallen als prognostiziert. Bereits eine höhere Ausgabendynamik von nur 1 Prozentpunkt in 2026 oder 2027 gegenüber der hier zugrunde gelegten Prognose führt (bei Gesamtausgaben von rund 400 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 trägt dazu bei, dass der durchschnittlich ausgabendeckende Zusatzbeitragssatz stabil bleiben kann.

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

Durch den Gesetzentwurf wird die GKV durch Mehreinnahmen und Minderausgaben in Höhe von insgesamt rund 16 Milliarden Euro im Jahr 2027 aufwachsend auf bis zu rund 38 Milliarden Euro im Jahr 2030 entlastet, die sich wie folgt 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	16,3	23,1	31,1	38,1
davon:				
Minderausgaben	13,7	18,8	25,1	31,5
<i>davon:</i>				
Leistungserbringer, Hersteller, Krankenkassen	11,2	16,2	22,4	28,7
<i>darunter:</i>				
Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik	4,4	8,7	14,1	18,8
Streichung Sondervergütungen	3,5	3,8	4,0	4,3
Sonstige Maßnahmen	3,4	3,7	4,2	5,6
Patientinnen und Patienten	2,5	2,6	2,7	2,8
<i>darunter:</i>				
Leistungsanpassungen	0,6	0,6	0,6	0,6
Zuzahlungen	1,9	2,0	2,1	2,2
Mehreinnahmen	4,3	5,9	6,0	6,1
<i>davon:</i>				
Arbeitgeber	3,1	3,2	3,3	3,3
<i>darunter:</i>				
Beitrag für geringfügig Beschäftigte	1,9	1,9	1,9	1,9
Anhebung Bemessungsgrenzen	1,3	1,3	1,3	1,4
Mitglieder	1,2	2,7	2,8	2,8
<i>darunter:</i>				
Anhebung Bemessungsgrenzen	1,2	1,2	1,2	1,3
Anpassung beitragsfreie Mitversicherung	-	1,5	1,5	1,5
Bund	-1,8	-1,5	0,0	0,5
<i>darunter:</i>				
Verschiebung Rückzahlung Darlehen	0,0	0,0	1,0	1,0
Beiträge für Grundsicherungsempfänger	0,3	0,5	1,0	1,5
Absenkung Bundeszuschuss	-2,0	-2,0	-2,0	-2,0
Nachrichtlich				
Abgabe auf zuckergesüßte Getränke*	-	0,5	0,5	0,5

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

Der größte Teil des Entlastungsvolumens dieses Gesetzes wird mit 11 Milliarden Euro (rund 69 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) im Jahr 2027 aufwachsend auf 29 Milliarden Euro in 2030 (75 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) durch Vergütungsbegrenzen und Einsparungen im Bereich der Leistungserbringer erbracht. Der Beitrag der Patientinnen und Patienten aufgrund einer moderaten Leistungsanpassung und einer nachholenden Anhebung der Zuzahlungen beträgt rund 2,5 Milliarden Euro in 2027 (15 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) und rund 2,8 Milliarden Euro in 2030 (7 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen).

Die Arbeitgeber tragen aufgrund der Anhebung des pauschalen Arbeitgeber-Beitragsatzes für geringfügig Beschäftigte und der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze moderate Belastungen in 2027 von rund 3,1 Milliarden Euro (19 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) und rund 3,3 Milliarden Euro in 2030 (9 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Belastungen der Arbeitgeber durch die paritätische Tragung der höheren Zusatzbeiträge 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 zusätzlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze in 2027 um rund 1,2 Milliarden Euro (7 Prozent vom Gesamt-Entlastungsvolumen) und unter Berücksichtigung der ab 2028 wirksamen Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung um rund 2,8 Milliarden Euro in 2030 (7 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 sowie den höheren Beitragspauschalen für die Beziehenden von Grundsicherung beteiligt sich auch der Bund mittel- und langfristig an der Stabilisierung der Beitragsätze.

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

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 4,4 Milliarden Euro aufwachsend auf bis zu knapp 19 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 in Höhe der Grundlohnrate als Obergrenze mitsamt der durch dieses Gesetz geregelten Absenkung der Grundlohnrate in den Jahren 2027 bis 2029 als Obergrenze. Auch die Anstiege beim Pflegebudget werden durch die maßgebliche Obergrenze begrenzt, wobei einer Überschreitung derselbigen nur bei notwendigem Personalaufbau zur Einhaltung von Personalvorgaben möglich ist. Die derzeitige vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen auch über die maßgebliche Obergrenze hinaus muss für Krankenhäuser auf eine hälftige Refinanzierung zurückgeführt werden. Durch diese Maßnahmen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027 erhebliche Minderausgaben. Deren Höhe hängt neben der noch nicht bekannten Entwick-

lung 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 2,0 Milliarden Euro auszugehen. Da die geringeren Anstiege für die Folgejahre basiswirksam sind, erhöhen sich die geschätzten Minderausgaben bis zum Jahr 2030 auf geschätzt 6 bis 7 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 150 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, welche bis 2030 auf rund 140 Millionen Euro ansteigen.

Durch die Begrenzung der Vergütungssteigerungen in Höhe der Grundlohnrate und die damit verbundene Abschaffung der vollständigen Tarifierfinanzierung 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 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 100 Millionen Euro im Jahr 2027 ein, der sich bis zum Jahr 2030 auf rund 480 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 Tarifierfinanzierung im Bereich der Haushaltshilfe nach § 132 SGB V und der medizinischen Behandlungspflege nach §§ 132a, 132i 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 Patienten 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 unter Annahme einer erstmals im zweiten Halbjahr 2027 wirksamen Verpflichtung zum Vorliegen einer Zweitmeinung als Voraussetzung für die Erstattung durch die Krankenkassen. Bis 2030 steigen die geschätzten saldierten Minderausgaben durch die zusätzliche Verpflichtung zur Zweitmeinung für weitere Eingriffe auf geschätzt insgesamt rund 0,4 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 GKV-Spitzenverband 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 Nutznachweis 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, aufwachsend auf 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 nichtärztlichen 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 GKV-Spitzenverband 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 und 3 SGB V dient vornehmlich zur Schließung einer Missbrauchslücke, kann aber auch zu einer finanziellen Entlastung von jährlich rund 10 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).

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 gesetzlichen 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 und der entsprechende anteilige Betrag an die landwirtschaftliche Krankenkasse 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 und der entsprechende anteilige Betrag an die landwirtschaftliche Krankenkasse 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 Abstufung 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 (Leistungsanpassung 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.

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

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 außerordentlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze um monatlich jeweils 300 Euro erhält der Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2027 jährliche Mehreinnahmen von rund 1,3 Milliarden Euro (Arbeitgeberanteil).

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 1,9 Milliarden Euro.

ii. Mitglieder

Durch die außerordentlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze um monatlich jeweils 300 Euro entstehen für den Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2027 jährliche Mehreinnahmen von zunächst rund 1,2 Milliarden Euro (Arbeitnehmeranteil).

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 1,5 Milliarden Euro zu rechnen.

iii. Bund

Höhere Beitragspauschalen für die Beziehenden von Grundsicherung führen zu Mehreinnahmen der GKV in Höhe von 250 Millionen Euro in 2027, 500 Millionen Euro in 2028, 1 Milliarde Euro in 2029, 1,5 Milliarden Euro in 2030 und 2 Milliarden Euro ab 2031.

Aufgrund der notwendigen Haushaltskonsolidierung des Bundes ist eine Reduktion des Bundeszuschusses für die GKV erforderlich, was zu Mindereinnahmen der GKV in Höhe von 2 Milliarden Euro jährlich ab 2027 führt.

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 Reglementsentswurf; 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;		keiner	keiner	keiner	Ca. 250 ITSG-geprüfte	18 Std. * 64,20 Euro/h	288

lfd. Nr.	Artikel Regelungenentwurf; 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)
	Einführung Beitragszuschlag Familienversicherung					Entgeltabrechnungsprogramme (einschließlich Zahlstellen)	(Wirtschaftsabschnitt M – Hoch) = 1.155,60 Euro	
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 Prüfungsteilnehmer				geringfügig (geringe Fallzahl)			
1.4.	§ 36 Abs. 2 SGB V; erweiterte Informationspflichten		9.000 (ONDEA: ID 200906110 9410201_4 0X)	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)

lfd. Nr.	Artikel Regelungenentwurf; 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)
1.7	§ 130a Abs. 1c SGB V; Antrag Befreiung				geringfügig (geringe Fallzahl)			
1.8	§ 130b Abs. 1a SGB V; Preis-Mengen-Regelung				geringfügig (geringer Zeitaufwand)			
1.9	§ 130b Abs. 7a SGB V; Sonderkündigungsrecht					10 Neuverhandlungen	59 800 Euro = (60 000 / 60) h x 59,80 Euro/h (WZ: C21)	598
1.10	§ 130e SGB V; Wegfall Rechnungsprüfung Kombinationsabschlag		1 000 000 Kombinationsfälle	4,98 Euro = (5 / 60) h x 59,80 Euro/h (WZ: C21)	- 4 983			
1.11	§ 130f Abs. 1 SGB V; Teilnahme an Ausschreibungsverfahren sowie Rabattvereinbarungen				geringfügig (geringe Fallzahl)			
1.12	§ 249b SGB V; Anpassung KV-Beitragsatz für Minijobs					Ca. 250 ITSG-geprüfte Entgeltabrechnungsprogramme	7 h * 64,20 Euro/h (Wirtschaftsabschnitt M – Hoch) = 449,40 Euro (Anpassung Prozentsatz)	112
1.13	§ 20 Abs. 2a S. 2 SGB IV Folgeänderung Anpass-					Ca. 250 ITSG-geprüfte Entgeltabrechnungs-	10 h * 64,20 Euro/h (Wirtschaftsabschnitt M –	161

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)
	sung Formel für Faktor F					programme	Hoch) = 642 Euro (IT-technische Einpflege Prozentwertes bei Übergangsbe-rechnung)	
1.14	§ 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG; Prüfauftrag Fallzusammenführung, DKG					1	1.200 Min., 62,00 Euro (Wirtschaftsabschnitt Q hoch)	1,2
1.15	§ 17b KHG; Vereinbarung der Grundlagen der Kalkulation von Kurzzeitfallpauschalen, DKG		1	1.470 Min., 62,00 Euro/h (Wirtschaftsabschnitt Q hoch)	1,5			
1.16	§ 17c Abs. 2 KHG; Prüfauftrag Stärkung Falldialog, DKG					1	1.200 Min., 62,00 Euro (Wirtschaftsabschnitt Q hoch)	1,2
1.17	§ 3 Abs. 3 BPfIV; Rückzahlungsverpflichtung für vereinbarte, aber nicht besetzte Personalstellen		800	77,50 Euro (75 Min., 62,00 Euro/h, Wirtschaftsabschnitt Q hoch)	- 62			
1.18	§ 4 BPfIV; Erweiterung des leistungsbezogenen Vergleichs		800	2,85 Euro (5 Min., 34,20 Euro/h, Wirtschaftsabschnitt Q mittel)	2,3			

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)
Summe (in Tsd. Euro)					160,8			1 161,4
davon aus Informationspflichten (IP)					5 150			

Ergänzende Erläuterungen:

Zu 1.1: § 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 1.10: § 130e SGB V – Wegfall Kombinationsabschlag

Die Abwicklung des Kombinationsabschlages bedingt eine Vielzahl von Abrechnungsbeziehungen von einzelnen Krankenkassen mit Unternehmen sowie die Dokumentation der Anspruchsvoraussetzungen für jeden einzelnen Abgabevorgang, womit sich durch den Wegfall des Kombinationsabschlages jährliche Entlastungen bei 1 Millionen Fällen für die Wirtschaft ergeben. Diese sind anhand des Aufwandes pro Fall mit den maßgeblichen Lohnkosten quantifiziert.

Zu 1.4 § 36 SGB V - 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.

Zu 1.5: § 44c und 44d SGB V - Teilarbeitsunfähigkeit

Die Regelung zur Teilarbeitsunfähigkeit und zum Teilkrankengeld erfordert arbeitsgeberseitig die Anpassung der Melde- und Beitragsverfahren. In diesem Zusammenhang sind auch Entgeltabrechnungsprogramme anzupassen. Ferner bedarf es der Prüfung, ob ein Arbeitsplatz für die Ausübung einer teilweisen Tätigkeit während einer Arbeitsunfähigkeit in Frage kommt. Dieser kurzfristige Erfüllungsaufwand kann nicht beziffert werden. Der Bürokratieaufwand entsteht aber primär initial (Einführung, IT-Anpassung) und nicht dauerhaft in gleicher Intensität. Die vorgeschlagene Regelung schafft aber kein neues System, sondern erweitert ein Bestehendes. Die gesetzliche Krankenversicherung verfügt bereits über etablierte Verfahren zur Feststellung von Arbeitsunfähigkeit (eAU), zur Krankengeldberechnung und zur ärztlichen Prognose. Die Teilarbeitsunfähigkeit fügt diesen Verfahren lediglich eine zusätzliche Abstufung (25/50/75 %) hinzu. Die Ausstellung einer Teilarbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei den Ärztinnen und Ärzten dürfte mehr Erläuterungsbedarf und somit Beratungszeit in Anspruch nehmen als die Ausstellung einer regulären normalen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (vgl. Mehraufwand bei stundenweiser Wiedereingliederung). Es wird von einer Fallzahl von geschätzt 1 Million und einem zeitlichen Mehransatz von 5 Minuten pro Fall zum maßgebenden Lohnkostensatz ausgegangen.

Zu 1.6: § 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.

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 Familienversicherung	SozV	Max. 2,3 Mio. Gesamtfälle 340. Tsd. angesetzt	4 Min. (Ergebnisse überprüfen) * 46,30 Euro/h (SVgD) = 3 Euro	1 020	93 Krankenkassen + 16 RV-Träger + BA	64 h * 48,10 Euro/h (SV-Durchschnitt) = 3.078,40 Euro	338
2.3	§ 4 Abs. 5 SGB V; Begrenzung der	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)
	Verwaltungskostensteigerungen							
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 Wartezeit für Wahlerklärung	GKV				93 Krankenkassen		geringfügiger (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.8	§§ 44c, 44d, 49, 74 und 295 SGB V; Folgeänderungen, Teilarbeitsunfähigkeit und Teil-KG	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)
2.09	§ 50 Abs.1 S. 1 Nr. 1 SGB V; Regelung Mindestabstand zwischen Voll- und Teilrente	GKV				93 Krankenkassen		geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.10	§§ 79, 91, 217b, 282 und 411 SGB V sowie § 35a SGB IV; Begrenzung von Vergütungserhöhungen	GKV			geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)			
2.11	§ 87 Abs. 1 SGB V; Streichung der ePA-Vergütung	(GKV-SV und KBV)						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.12	§ 87 Abs. 2b S. 3, 5; Abs. 2c S. 3, 8 SGB V; Anpassungen EBM	Bewertungsausschuss						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.13	§ 87 Abs. 3d S. 4 SGB V; Festsetzung Abschlag Fixkostendegression	Bewertungsausschuss						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.14	§ 87d SGB V; Begrenzung extrabudget-	GKV und KVen				17 KV-Bezirke	246 h * 69,30 Euro/h	290

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)
	täre Leistungen							
2.15	§ 92a Abs. 4 SGB V; Finanzierung des Innovationsfonds, Umstellung der Zahlung durch das BAS	Bund						geringfügig (geringe Fallzahl)
2.16	§§ 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			
2.17	§ 125a SGB V; Verträge im Bereich Ergo- und Physiotherapie	GKV						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.18	§ 130a Abs. 1b SGB V; Arzneimittelrabatte; Änderung und Administration Hintergrunddaten Meldesystem	GKV			geringfügig (geringe Fallzahl)			

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; Datenlieferung an BMG				geringfügig (geringe Fallzahl)			
2.20	§ 130a Abs. 1b SGB V; Datenlieferung an GKV-SV				geringfügig (geringe Fallzahl)			
2.21	§ 130a Abs. 1b SGB V; Berechnung und Bekanntgabe Abschlagshöhe				geringfügig (geringe Fallzahl)			
2.22	§ 130a Abs. 1c SGB V; Bearbeitung Antrag Befreiung				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 x 48,10 Euro/h	481
2.25	§ 130e SGB V; Wegfall Abrechnung Kombinationsabschlag	GKV	1 000 000 Kombinationsfälle	6,41 Euro = (8 / 60) h x 48,10 Euro/h	- 6 413			

Ifd. 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)
2.26	§ 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-Beitragsatz 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 Fallzusammenführung, GKV-SV	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)
2.31	§ 9 Abs. 1b KHEntgG ; Vereinbarung Veränderungswert	Bund	1	- 60 h * 67,60 Euro/h	- 4,1			
2.32	§ 17b KHG; Konzept Kurzzeitfallpauschalen, InEK	Bund				1	38.400 Min., 67,60 Euro/h (Verwaltung Bund hD) [640 h (2 Mitarbeiter, 2 Monate)]	43
2.33	§ 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			
2.34	§ 17b KHG; Vereinbarung Kalkulation von Kurzzeitfallpauschalen, GKV-SV	GKV	1	1.470 Min., 73,20 Euro/h (Sozialversicherung Bund hD)	1,7			
2.35	§ 17c Abs. 2 KHG; Prüfauftrag Stärkung Falldialog, GKV-SV	GKV				1	1.200 Min., 73,20 Euro/h (Sozialversicherung Bund hD)	1,5
2.36	§ 3 Abs. 3 BPfIV; Rückzahlungsverpflichtung für ver-	GKV	800	183 Euro (150 Min., 73,20 Euro/h)	- 146,4			

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)
	einbarte, aber nicht besetzter Personalstellen							
2.37	§ 9 Abs. 1 Nr. 5 BPflV; Vereinbarung Veränderungswert	Bund	1	- 120 h * 67,60 Euro/h	- 8,1			
Summe (in Tsd. Euro)					- 16 429,9		955,9	
davon Bund					19,8		43	
davon Land (inklusive Kommunen)					-		-	
davon Sozialversicherung					- 16 449,7		912,9	

Ergänzende Erläuterungen:

Zu 2.2: §§ 3, 10, 242b 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 Zeiteinsatz bei den zumeist sowieso schon händisch aufzugreifenden Fällen vermutet. Von der Gesamtzahl an maximal Betroffenen in Höhe von 1,3 Millionen wird ein Anteil von 340 000 Fällen unterstellt der händisch aufgegriffen wird, aber unterschiedliche Aufwände verursachen kann.

Zu 2.7 bis 2.8: §§ 44, 47 - 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.

Zu 2.15 und 2.16: §§ 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 2.17: 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 2.19: § 130a Absatz 1 b SGB V – Datenlieferung des GKV-Spitzenverbandes

Es handelt sich um eine jährlich lediglich einmalig stattfindende Datenlieferung des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit. Diese Datenlieferung kann auf elektronischem Wege vollzogen werden. Der damit verbundene Zeit- und Sachaufwand wird als sehr geringfügig eingeschätzt.

Zu 2.25: § 130e SGB V – Wegfall Kombinationsabschlag

Die Abwicklung des Kombinationsabschlages bedingt eine Vielzahl von Abrechnungsbeziehungen zwischen den einzelnen Krankenkassen und Unternehmen sowie die Dokumentation der Anspruchsvoraussetzungen für jeden einzelnen Abgabevorgang, womit sich durch den Wegfall des Kombinationsabschlages jährliche Entlastungen bei 1 Million Fällen für die Verwaltung ergeben. Diese sind anhand des Aufwandes pro Fall mit den maßgeblichen Lohnkosten quantifiziert.

Zu 2.27: § 175 SGB V – Elektronische Anpassungsschreiben Zusatzbeitragssatz

Durch die Klarstellung in § 175 SGB V, dass das Schreiben der Krankenkassen an ihre Mitglieder anlässlich einer Anhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags auch in elektronischer Form erfolgen kann, ist eine besser auf die Bedürfnisse des einzelnen Mitglieds zugeschnittene Information möglich. Da die Umstellung von analoger auf digitale Benachrichtigung allerdings die freiwillige Teilnahme des jeweiligen GKV-Mitglieds an der elektronischen Kommunikation erfordert, ist die genaue Anzahl dieser Personen nicht bekannt. Es

wird zunächst von 10 Millionen Mitgliedern ausgegangen, die diese Möglichkeit nutzen. Hinsichtlich der wegfallenden papierhaften Schreiben ergibt sich eine Entlastung je Schreiben von Kosten für Porto in Höhe von 0,95 Euro und 0,15 Euro für Material- und Druck. Generell dürfte die elektronische Kommunikation im Geschäftsverkehr zunehmend akzeptiert werden und damit ist perspektivisch auch von einer anwachsenden Nutzung der elektronischen Kommunikationsangebote der Krankenkassen und somit von stetig aufwachsenden Entlastungen der GKV auszugehen. Die Krankenkassen halten bereits jetzt die entsprechende Infrastruktur für diese elektronische Kommunikation vor. Die zukünftig auf diesem Wege bereitgestellten Informationen über Anhebungen des Zusatzbeitragssatzes haben vor diesem Hintergrund keinen zusätzlichen Sachaufwand, einmaligen oder jährlichen Erfüllungsaufwand zur Folge.

Zu 2.3, 2.4 und 2.10: §§ 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 außerordentlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze um monatlich jeweils 300 Euro entstehen den Mitgliedern der GKV ab dem Jahr 2027 jährliche Mehrausgaben von 1,2 Milliarden Euro im Jahr 2027, die sich auf 1,3 Milliarden Euro im Jahr 2030 erhöhen.

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

Durch die für 2027 vorgesehene wertaufholende Dynamisierung der seit 2004 nicht angepassten Zuzahlungsgrenzen und Zuzahlungsbeträge entstehen den Bürgerinnen und Bürgern Mehrbelastungen in Höhe von rund 1,9 Milliarden Euro für 2027 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). Die geleisteten Zuzahlungen betragen 2025 laut vorläufigen Rechnungsergebnissen 5,2 Milliarden Euro.

Wirtschaft

Durch die außerordentlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze um monatlich jeweils 300 Euro entstehen den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern ab dem Jahr 2027 jährliche Mehrausgaben von 1,3 Milliarden Euro im Jahr 2027, die sich auf 1,4 Milliarden Euro im Jahr 2030 erhöhen. Die zusätzliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze betrifft im Jahr 2027 ca. 5,4 Millionen Mitglieder. Ca. 4,7 Millionen Mitglieder erzielen regelmäßige beitragspflichtige Einkünfte oberhalb der erhöhten Beitragsbemessungsgrenze.

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

Private Krankenversicherung

Im Bereich der stationären Versorgung gelten einheitliche Vergütungen für alle Kostenträger. Daher induzieren die für alle Kostenträger geltenden 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, hierbei wird ein Kostenanteil für die GKV in Höhe von 90 Prozent und für die PKV in Höhe von 7,5 Prozent angenommen. Auch weitere Kostenträger wie beispielsweise Selbstzahler werden in Höhe eines geringen, nicht quantifizierbaren Volumens entlastet.

Gleiches gilt für diejenigen Regelungen zu Arzneimitteln, welche Einfluss auf die Höhe der Arzneimittelausgaben der privaten Krankenversicherung haben. Entsprechend ihres Anteils sind die Entlastungen und Belastungen zu Grunde gelegt. 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 einer Wirksamkeit nach den anerkannten internationalen wissenschaftlichen Standards der evidenzbasierten Medizin 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-Finanzien und den Maßnahmen zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs beteiligen. Bei den Verwaltungskosten wird deshalb ab dem Haushaltsjahr 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, abzüglich der in Satz 2 genannten, von der Begrenzung ausgenommenen Aufwendungen. 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.

Zum Zeitpunkt der Aufstellung des Haushaltsplans einer Krankenkasse liegt die abschließende Jahresrechnung des Vorjahres noch nicht vor und kann daher nicht als Ausgangswert zur Ermittlung des zulässigen Ausgabenanstiegs herangezogen werden. Zum Zeitpunkt der Aufstellung des Haushaltsplans ist daher auf die zuletzt vorgelegte Jahresrechnung abzustellen. Bezogen auf das Jahr, für das der Haushaltsplan aufzustellen ist, handelt es sich hierbei um die Jahresrechnung des vorvergangenen Jahres. Die Abbildung dieses Zwei-Jahres-Zeitraums erfolgt, indem auf die in der Jahresrechnung des vorvergangenen Jahres ausgewiesenen Verwaltungsausgaben die Entwicklung der Grundlohnrate der beiden folgenden Jahre angewendet 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.

Ebenfalls über Satz 2 von der Ausgabenbegrenzung ausgenommen sind die Aufwendungen, die wegen der Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl entstehen. Mit dem Zweiten Betriebsrentenstärkungsgesetz haben die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, die Sozialversicherungswahlen neben der bisherigen Option der Briefwahl zukünftig auch als Online-Wahl durchzuführen. Mit der Regelung wird vermieden, dass Krankenkassen von dieser neuen Möglichkeit aufgrund der Begrenzung der Verwaltungsausgaben verzichten. Aufwendungen für die Sozialversicherungswahl als Briefwahl sind hingegen nicht ausgenommen und fallen unter die Begrenzung der Verwaltungsausgaben. Die Regelung dient damit der Modernisierung des Sozialwahlrechts.

Die Aufwendungen der Krankenkassen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik und für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl werden künftig in der Jahresrechnung der Krankenkassen gesondert ausgewiesen, so dass darüber eine entsprechende Abgrenzbarkeit gewährleistet ist.

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-Finzen 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 Absatz 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 den Konten 7004, 7050, 7051, 7108, 7133, 7134, 7135 und 7326 zu erfassen sind. Auch wenn unter Konto 7004 die Ausgaben erfasst werden, die in den Wettbewerbsgrundsätzen Randnummer 17 und 35a-d als Aufwandsentschädigung für externe gewerblich vermittelnde Dritte (Finanzdienstleister) bezeichnet werden, handelt es sich dabei um originäre Werbeausgaben (Ausgaben für die Werbung neuer Mitglieder), die in der Summe der zu begrenzenden Werbeausgaben zu berücksichtigen 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 (§ 6)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einfügung eines neuen Absatzes 8. Aus Gründen des Bestands- und Vertrauensschutzes gilt für die davon umfassten Personen die bisherige Jahresarbeitsentgeltgrenze, die auch in Zukunft entsprechend der Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter fortgeschrieben wird, weiter. Solange das Arbeitsentgelt der betroffenen Personen die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 8 übersteigt, bleiben sie daher versicherungsfrei. Dies wird durch Nennung des Absatzes 8 in Absatz 1 Nummer 1 sichergestellt.

Zu Buchstabe b

Die jährliche Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 6, deren Übersteigen zur Versicherungsfreiheit nach Absatz 1 Nummer 1 führt, wird dauerhaft um 3 600 Euro angehoben. Diese zusätzliche Erhöhung wird in einem neuen Satz 4 geregelt und setzt auf der nach Satz 1 bis 3 für das Jahr 2027 ermittelten Jahresarbeitsentgeltgrenze im Jahr 2027 auf. In den Folgejahren ab 2028 wird der im Jahr 2027 angehobene Wert der Jahresarbeitsentgeltgrenze wieder entsprechend der Regelung in Satz 2 und 3 verändert.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung von zwei neuen Sätzen nach Absatz 6 Satz 3. Infolgedessen muss der Verweis in Absatz 7 Satz 2 angepasst werden. Dabei wird für die Verordnungsermächtigung die gleiche Formulierung wie in Absatz 8 Satz 3 und in § 223 Absatz 4 Satz 3 verwendet.

Zu Buchstabe d

Aus Gründen des Bestands- und Vertrauensschutzes gilt die Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgrund der Regelung in Absatz 6 Satz 4 nicht für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die vor dem Inkrafttreten dieser Regelung wegen Überschreitens der bisherigen Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und in einer substitutiven Krankenversicherung privat krankenversichert waren. Das Bestehen einer bloßen Zusatzversicherung reicht dagegen nicht aus. Für diese Personen gilt aufgrund der Regelung in Absatz 8 die bisherige Jahresarbeitsentgeltgrenze, die auch in Zukunft entsprechend der Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter fortgeschrieben wird, weiter. Solange das Arbeitsentgelt der betroffenen Personen die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 8 übersteigt, bleiben sie daher versicherungsfrei. Entsprechend tritt Versicherungspflicht für diesen Personenkreis nur ein, wenn das Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 8 unterschreitet.

Zu Nummer 6 (§ 8)

In Folge der Einfügung einer weiteren Jahresarbeitsentgeltgrenze in § 6 Absatz 8 ist auch für die hiervon umfassten Personen ein Befreiungsrecht von der Versicherungspflicht vorzusehen, wenn sie wegen Änderung (Fortschreibung) der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 8 versicherungspflichtig werden.

Die zusätzliche Erhöhung nach § 6 Absatz 6 Satz 4 begründet kein Befreiungsrecht. Daher verweist § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nur auf Veränderungen nach § 6 Absatz 6 Satz 2 und Satz 3 und nicht die zusätzliche einmalige Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2027 nach § 6 Absatz 6 Satz 4. Damit werden nur die Änderungen der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6 in den Folgejahren in Bezug genommen. Personen, die bislang aufgrund ihres Arbeitsentgeltes versicherungsfrei gewesen und privat krankenversichert sind, gilt die zusätzliche Bestandsschutzregelung in § 6 Absatz 8, die für diese

Personen die Jahresarbeitsentgeltgrenze auf vorherigem Niveau fortschreibt und die auch für das Befreiungsrecht nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 maßgeblich ist.

Zu Nummer 7 (§ 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 GKV-Spitzenverband ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest, wonach nun zusätzlich auch die Erfordernisse des § 242b Satz 2 zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 8 (§ 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 nach den anerkannten internationalen wissenschaftlichen Standards der evidenzbasierten Medizin 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 9 (§ 25)

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

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

Die letzte umfassende Anpassung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) durch den G-BA im Hinblick auf die allgemeine Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene nach § 25 (sog. Check-up) fand nach Durchführung eines Bewertungsverfahrens im Jahr 2018 statt, so dass die aktuellen Untersuchungsinhalte des 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 Zielkrankungen keinen gesicherten Nutzen haben.

Ergebnisse neuerer internationaler Studien, unter anderem zum NHS Health Check aus England, haben dagegen wissenschaftlich gezeigt, dass Früherkennungsuntersuchungen mit Fokus auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zusammenhängenden Risiken sowie

Begleit- und Folgeerkrankungen (wie insbesondere Diabetes, Adipositas, chronische Nierenerkrankungen und Demenzerkrankungen) eine Wirksamkeit zur Reduktion von Krankheitsrisiken, Sterblichkeit und Krankheitslast haben können. Hierbei waren die zielgerichtete Nutzung durch Personen mit besonderem Bedarf, größere Untersuchungsintervalle und die Durchführung durch nicht-ärztliche Gesundheitsfachkräfte Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung.

Ein im Jahr 2024 veröffentlichter Rapid Report des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum Thema „Zielgruppenspezifische Ansprache von Versicherten bei Gesundheitsuntersuchungen“ hatte ergeben, dass der Check-up seltener von Personen mit höheren Gesundheitsrisiken und weniger Kontakten zum ambulanten Versorgungssystem in Anspruch genommen wird. Für eine bedarfsgerechtere Nutzung wurden Maßnahmen der zielgruppengerechten Ansprache und Information empfohlen. Zudem war der Rapid Report zu dem Schluss gekommen, dass eine Überprüfung der Inhalte der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung sinnvoll ist, gegebenenfalls mit einer Fokussierung auf Kernindikationen, auch da diese die Kommunikation zu diesen Früherkennungsangeboten und die Teilnahme daran erleichtern können. Auch wurde empfohlen die Gesundheitsuntersuchung in eine dauerhaft begleitende Evaluation einzubinden, die auch die gesundheitlichen Auswirkungen des Angebotes erfasst.

Vor diesem Hintergrund soll der G-BA die in der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie geregelte allgemeine Gesundheitsuntersuchung auf der Grundlage des aktuellen Stands des Wissens überprüfen und bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung der Richtlinie beschließen. Dabei soll eine Anpassung im Hinblick auf Altersgrenzen, Zielgruppen, Häufigkeit der Untersuchungen, Untersuchungsinhalte, geschlechtsspezifische Besonderheiten und Zielerkrankungen geprüft werden. Insbesondere soll eine mögliche Eingrenzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risiken und Begleit- und Folgeerkrankungen als zukünftiger Schwerpunkt der Gesundheitsuntersuchung in den Blick genommen werden.

Dabei soll der Nutzen der einzelnen derzeit im Check-up enthaltenen 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. Damit sozial benachteiligte und andere besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen künftig besser durch das Angebot des Check-up erreicht werden, sollen Möglichkeiten der zielgruppengerechten Ansprache und Information berücksichtigt werden.

Die in der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie ebenfalls geregelten Screening-Untersuchungen auf Bauchaortenaneurysmen und auf Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektionen sind von der Regelung nicht betroffen.

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 derzeit 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 der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse 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 über eine Anpassung der Richtlinie beschließen.

Zu Nummer 10 (§ 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 CAM-PUS GmbH (MHB) und der revFlect GmbH vom 9. Januar 2024 zur Evaluation der Zweitmeinungsrichtlinie (Zm-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (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 inhaltlich unverändert; es wird lediglich der in der Vergangenheit liegende Beginn der Regelung gestrichen. Aus Klarstellungsgründen wird in der Aufzählung zudem eine Konjunktion in der Aufzählung eingefügt.

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 durch-

geführt 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 erstmals bis zum 31. März 2027 mindestens einen und danach jährlich mindestens einen weiteren der von der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) erfassten Eingriffe aus. Die erste Beschlussfassung muss 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, der von Absatz 3 erfasst wird, stellt, erweitert. Sie umfasst nunmehr auch die Information darüber, dass die Einholung einer zweiten Meinung vor einem Eingriff, der von Absatz 3 Satz 2 erfasst wird, eine zwingend notwendige Voraussetzung dafür ist, den Eingriff zu Lasten der GKV durchzuführen. Damit Versicherte die Eingriffsempfehlung besser nachvollziehen können, hat die Ärztin oder der Arzt bereits bei Indikationsstellung verpflichtend der Versicherten oder dem Versicherten die durch das Institut nach § 139a, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), zur Entscheidungsunterstützung für Versicherte erarbeitenden Materialien in Textform auszuhändigen. Das IQWiG hat bereits im Rahmen des bisherigen Zweitmeinungsverfahrens im Auftrag des G-BA eingriffsspezifische Entscheidungshilfen erarbeitet. Im Sinne der Minimierung des Verwaltungsaufwandes ist auf diese bereits vorhandenen Entscheidungshilfen zurückzugreifen. 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 11 (§ 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 Fachzahnarztprüfung 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 12 (§ 31)

Zu Buchstabe a

Der Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln soll nicht mehr für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel gelten. Für die Wirksamkeit entsprechender Arzneimittel liegt keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz vor. Die Nutzung von Homöopathika und Anthroposophika soll daher ausschließlich auf der eigenverantwortlichen Entscheidung der Versicherten zur Finanzierung dieser Arzneimittel beruhen.

Zu Buchstabe b

Der Begriff „Verbandmittel“ wird gesetzlich abschließend definiert. Neben uneindeutigen 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. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere, insbesondere eine Zusammenstellung von Produktgruppen mit uneindeutigen Verbandmitteln, Verbandmitteln mit ergänzenden Eigenschaften, deren Hauptwirkung in den in Satz 2 genannten Zwecken besteht sowie eine Zusammenstellung von Produktgruppen, deren zugehörige Produkte als sonstige Produkte zur Wundbehandlung anzusehen sind, in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2.

Zu Buchstabe c

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 Nummer 13 (§ 34)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung infolge des Ausschlusses von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln von der Erstattungsfähigkeit.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung infolge des Ausschlusses von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln von der Erstattungsfähigkeit.

Zu Nummer 14 (§ 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 Erstattungsbeiträge 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 Erstattungsbeiträge. 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 15 (§ 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 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 16 (§ 44)

Zu Buchstabe a

Die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 ermöglicht es freiwillig in der GKV Versicherten, 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 bestehende Rechtslage ermöglicht die strategische Abgabe einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 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 eingeführt, bevor ein Anspruch auf Krankengeld besteht.

Die Regelung einer dreimonatigen Wartezeit kann dazu führen, dass Versicherte in bestimmten Übergangssituationen vorübergehend ohne Absicherung gegen krankheitsbedingten Einkommensausfall sind. Dies betrifft insbesondere Personen, die aus einer Beschäftigung mit Krankengeldanspruch in eine selbstständige Tätigkeit wechseln oder erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft begründen. Durch die Regelung in Satz 4, wonach für diesen Personenkreis keine Wartezeit besteht, trägt dem Umstand Rechnung, dass in diesen Fällen typischerweise kein gesteigertes Risiko selektiver Inanspruchnahme besteht, da entweder bereits zuvor ein Krankengeldanspruch bestand oder die Versicherung erstmals begründet wird und die Entscheidung zur Abgabe der Wahlerklärung zeitnah, innerhalb von 14 Tagen, zu erfolgen hat.

Vergleichbar zu der bisherigen Regelung in Absatz 2 Satz 4 stellt Satz 6 sicher, dass die Wahlerklärung auch nach einer Wartezeit von 3 Monaten, im Fall einer zu diesem Zeitpunkt bestehenden Arbeitsunfähigkeit, erst ab dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt, wirkt.

Die Ausnahmeregelung in Satz 7 für unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit ist erforderlich, um sachlich nicht gerechtfertigte Belastungen der Versicherten während der Wartezeit zu vermeiden. Die Wartezeit dient dem Zweck, opportunistische Inanspruchnahmen der Wahlerklärung zu begrenzen und eine gewisse Kontinuität im Versicherungsverhältnis sicherzustellen. Dieser Regelungszweck greift jedoch nicht in gleicher Weise bei Arbeitsunfähigkeiten, die auf einem Unfall beruhen, da diese typischerweise plötzlich, unvorhersehbar und von außen auf den Körper einwirkend eintreten. Auch eine Verlängerung der Wartezeit würde in diesen Fällen zu einer unangemessenen Benachteiligung führen. Der Begriff des Unfalls ist im deutschen Recht hinreichend geklärt. Nach der ständigen Rechtsprechung, insbesondere im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, ist ein Unfall ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden führt. Diese Definition hat sich rechtsgebietsübergreifend etabliert und wird in unterschiedlichen Zusammenhängen einheitlich herangezogen. Sie bietet daher eine hinreichend klare und gefestigte Abgrenzung zu anderen Ursachen von Arbeitsunfähigkeit. Die gefestigte Rechtsprechung gewährleistet eine einheitliche Auslegung und Anwendung des Begriffs. Gleichzeitig wird durch die klare Konturierung des Unfallbegriffs die Streitanzichtigkeit der Vorschrift begrenzt. Auch das Missbrauchspotential wird minimiert, da die Voraussetzungen eines Unfalls nach objektiven Kriterien zu beurteilen sind und nicht der Disposition der Beteiligten unterliegen.

Die Ausnahmeregelung trägt somit dazu bei, die Zielsetzung der Wartezeitregelung mit den berechtigten Interessen der Versicherten in einen angemessenen Ausgleich zu bringen.

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 zurückgenommen 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 Verarbei-

tung 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 17 (§§ 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 Möglichkeit 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 arbeitschutzrechtlicher 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 Teilkrankengeldes nur auf Fälle nicht geringfügiger Erkrankungen (insbesondere psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Ske-

lett-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.

Zu Nummer 18 (§ 47)

Mit der Neuregelung wird das Krankengeld ab dem Zeitpunkt der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses auf die Höhe des Arbeitslosengeldes begrenzt. Die Berechnung erfolgt in Anlehnung an die Berechnung des Arbeitslosengeldes. Da den Krankenkassen zum Zeitpunkt des Beschäftigungsendes noch keine Daten zur Höhe des Arbeitslosengeldes vorliegen und auch die Bundesagentur für Arbeit noch keine Arbeitslosengeldberechnung vorgenommen hat, erfolgt die Berechnung vereinfacht durch die Krankenkassen mit dem verminderten Prozentsatz. Ein höherer Anspruch auf Krankengeld nach den Vorschriften des § 47 Absatz 1 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 19 (§ 49)

Inhaltlich handelt es 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.

Die weiteren Änderungen im § 49 dienen der rechtsförmlichen Bereinigung.

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 Aus-

land 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 § 132I 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 ab 2028 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. Eine Veröffentlichung der veränderten Beträge wird zusammen mit der Veränderungsrate nach § 71 durch das Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger vollzogen.

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 technische 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. Damit nur für diejenigen Hausärztinnen und Hausärzte, bei denen ein Anstieg der Teilnehmer an den Verträgen der

hausarztzentrierten Versorgung zu verzeichnen ist, der Abschlag wirksam wird, haben die Vertragspartner zudem ein Verfahren zu vereinbaren, das dieser Intention Rechnung trägt. 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 durchschnittlichen Veränderungsrate 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 diesen 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 2027 alle Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung zu insgesamt vier Leistungskomplexen zusammenzufassen. Den Leistungskomplexen sind die jeweils zugehörigen Maßnahmen abschließend 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 Vergütungsgestaltung 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 deut-

lich 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 und demnach in der Vereinbarung über die MGV für das Jahr 2027 sowie für die Folgejahre 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 außerhalb 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

Zu Absatz 3b

Mit den Regelungen dieses Absatzes wurden mit Wirkung zum 1. April 2023 die Leistungen des Versorgungsbereiches der Kinder- und Jugendmedizin entbudgetiert. Mit der vorliegenden Gesetzesanpassung werden zum einen redaktionelle und inhaltlich notwendige Anpassungen an der Systematik der Entbudgetierung vorgenommen.

Nach der Gebietsdefinition von Fachärztinnen und Fachärzten der Kinder- und Jugendmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer dürfen Kinder- und Jugendmediziner 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 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, werden nicht mehr notwendige Fristen und Aufträge gestrichen.

Die Vorgaben hinsichtlich einer sachgerechten Bildung und Weiterentwicklung der auf die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Kinderarzt-MGV) werden 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 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 gelten zunächst bei der quartalsweisen Festsetzung der Kinderarzt-MGV in den Jahren 2027 und 2028. Ab dem Jahr 2029 ist die Kinderarzt-MGV, vergleichbar zur Systematik bei der Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung nach Absatz 3c, jährlich festzusetzen.

Der in Satz 21 vorgesehene Evaluationsauftrag des Bewertungsausschusses wird infolge der neuen Systematik konkretisiert und verlängert.

Soweit die vereinbarte Kinderarzt-MGV nicht ausreicht, 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 ihre Leistungen nur noch dann vollständig nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wenn die Leistungen aus der vereinbarten Kinderarzt-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 Vertragspartnern 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.

Zu Absatz 3c

Durch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) wurden 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 eine sogenannte „Hausarzt-MGV“ zu vereinbaren. Reicht diese vereinbarte Hausarzt-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 Hausärzte ihre Leistungen nur noch dann vollständig nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wenn die Leistungen aus der vereinbarten 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 Vertragspartnern 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.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Da Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nur noch im Rahmen des neu eingeführten § 87d möglich sind, ist der Auftrag an den Bewertungsausschuss zum Beschluss von Empfehlungen entsprechend anzupassen.

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 beruhen, sowie eine weitere Gesamtvergütung für weitere Leistungen, die auf Grund eines Beschlusses des Bewertungsausschusses 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. Durch die entsprechende Geltung von § 87a Absatz 5 Satz 7 erster Halbsatz kommen die gegebenenfalls anzupassenden Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Aufteilung der neuen, auf KV-Bezirksebene definierten, Gesamtvergütungen zwischen den Krankenkassen analog § 87a Absatz 4 Satz 2 (Aufteilung nach Leistungsmenge) und zur Bereinigung insbesondere zu Selektivverträgen, zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie zur speziellen sektorengleichen Vergütung (§ 115f) auch auf die neuen Gesamtvergütungen zur Anwendung.

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. Sofern auf Landesebene bisher extrabudgetäre Leistungen vereinbart worden sind, sind diese in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurückzuführen, da mit der Einführung des § 87d die Rechtsgrundlage für derartige Vereinbarungen entzogen worden ist. Der Bewertungsausschuss hat diese Leistungen jährlich zu evaluieren und insbesondere daraufhin zu überprüfen, ob ihre Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung sachgerecht und notwendig ist.

Durch die Begrenzung des Ausgabenvolumens für extrabudgetär vergütete Leistungen sind Auswirkungen auf bisherige Mengenzuwächse, Versorgungsumfänge und Ressourcen nicht auszuschließen. Daher sieht der Absatz 5 vor, dass die Regelung durch Versorgungsanalysen in jeder Kassenärztlichen Vereinigung begleitet und deren Ergebnisse der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Daran schließt sich eine Auswertung auf Bundesebene an. Aus den Ergebnissen der Analysen kann über geeignete Maßnahmen zur Sicherung eines effizienten Ressourceneinsatzes und der Versorgungsqualität entschieden werden.

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)

Zu Buchstabe a

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 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. Insofern 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 Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 31.

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 ei-

nes 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 entsprechende 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 und der entsprechende anteilige Betrag an die landwirtschaftliche Krankenkasse 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 und der entsprechende anteilige Betrag an die landwirtschaftliche Krankenkasse 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)

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 Tariffinanzierung 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 einkommenorientierten Ausgabenpolitik intendiert und ein Beitrag zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet.

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-Finzen erforderlich.

Die Streichung von Satz 4 erfolgt, da die Vorlageverpflichtung der Rehabilitationseinrichtungen über die Bezahlung der Beschäftigten nach Tarif mit Wegfall der Tarifierfinanzierung entfällt.

Zu Nummer 41 (§ 111c)

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 Tarifierfinanzierung 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.

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-Finzen erforderlich.

Satz 4 wird gestrichen, da die Vorlageverpflichtung des Leistungserbringers über die Bezahlung der Beschäftigten nach Tarif mit Wegfall der Tarifierfinanzierung 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. Die in § 125 Absatz 3 Satz 2 genannten Pa-

parameter, wie die Entwicklung der Personalkosten, die Entwicklung der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis, gelten weiterhin. In jedem Fall greift § 71 mit der Folge, dass Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate den Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzen und damit ausgeschlossen sind.

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 Verlaufsdocumentation 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 Einnahmentwicklungen 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 Versorgung, die erst nach einem zukünftigen Stichtag beginnen, sodass bereits begonnene Versorgung 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. Die Regelung tritt zum 1. Januar 2027 in Kraft.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Bereinigung. Der zeitliche Anwendungsbereich der Regelung ist beendet.

Zu Nummer 48 (§ 130a)

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 1b

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 Ausgabewachstum 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 Unternehmen 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 Geltungsbereich (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 (AMRabG), 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 und 7 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. Er gilt darüber hinaus für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen und für Fertigarzneimittel, aus denen Teilmengen entnommen und 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 genannten ausgenommenen Arzneimitteln bedarf es keines ergänzenden Abschlags, da eine ausreichende Kostendämpfung bereits durch marktwirtschaftliche Mechanismen (Preiskonkurrenz) beziehungsweise durch das Festbetragsystem sichergestellt ist. Zusätzliche Ausnahmen gelten im Interesse der Versorgungssicherheit für Arzneimittel mit versorgungskritischen Wirkstoffen, die auf der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 52b Absatz 3c Satz 1 des Arzneimittelgesetzes erstellten Liste aufgeführt sind (Nummer 4), und für vom BfArM nach § 35 Absatz 5a Satz 1 gelistete Arzneimittel, die auf Grund der zugelassenen Darreichungsformen und Wirkstärken zur Behandlung von Kindern notwendig sind (Nummer 5), sofern es sich dabei jeweils um patentfreie Arzneimittel handelt. Ebenfalls ausgenommen sind Arzneimittel, denen nach Absatz 3c Satz 1 oder Satz 8 auf Antrag eine Befreiung vom Preis moratorium erteilt wurde (Nummer 6). Die mit der Befreiung bezweckte Verbesserung der Versorgung (Absatz 3c Satz 1) beziehungsweise die Vermeidung des Verlusts von Arzneimitteln ohne therapeutische Alternativen aus Gründen der Unwirtschaftlichkeit (Absatz 3c Satz 8) spricht auch dafür, den befreiten Arzneimitteln keinen zusätzlichen Abschlag aufzuerlegen. Gleiches gilt für Reserveantibiotika, die der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 35a Absatz 1c Satz 1 vom Nachweis des Zusatznutzens im Rahmen der Nutzenbewertung freigestellt hat (Nummer 7). Die insbesondere mit der freien Preisbildung (vergleiche § 130b Absatz 3b) bestehenden Forschungs- und Entwicklungsanreize für Reserveantibiotika sollen nicht durch zusätzliche Abschläge geschmälert werden. Ausgenommen sind schließlich Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die nach dem neuen Absatz 1c vom Abschlag nach Satz 1 befreit sind (Nummer 8, vergleiche die Begründung zu Absatz 1c). 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, jeweils sofern sie nicht unter einen der Ausnahmetatbestände fallen. Patentfreie Arzneimittel ohne generische Konkurrenz verzeichnen zwar keine vergleichbare Ausgabendynamik wie die patentgeschützten Arzneimittel, können jedoch mangels Wettbewerb tendenziell hohe Preise aufrechterhalten, obwohl ihre Forschungs- und Entwicklungskosten 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. Der Verweis auf Absatz 1 Satz 7 ist erforderlich, da dieser nicht nur den

Anwendungsbereich des allgemeinen Herstellerabschlags regelt (daher die Bezugnahme in Absatz 1b Satz 2), sondern zugleich die Berechnungsgrundlage für den Abschlag in Konstellationen ohne einheitlichen Abgabepreis festlegt. 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 (Nummer 1) durch den Gesamtumsatz aller abschlagspflichtigen Arzneimittel im Sinne des Satzes 2 im selben Kalenderjahr (Nummer 2) 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 8 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) abgedeckt werden. Der Warenkorb der abschlagspflichtigen Arzneimittel dient dazu, durch Verteilung des Differenzbetrags auf die vom Abschlag betroffenen Umsätze die Höhe des zur Kompensierung notwendigen Abschlags zu ermitteln. Umsätze von Arzneimitteln, die wegen zeitweiser Erfüllung eines Ausnahmetatbestands nur für einen Teil des betreffenden Kalenderjahres in den Anwendungsbereich nach Satz 2 fielen, sind lediglich für diesen Zeitraum zu berücksichtigen.

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 denjenigen, 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. Die Berechnung erfolgt anhand der Daten der Krankenkassen, die vom GKV- Spitzenverband zusammengeführt werden. Das Ergebnis der gesetzlich geregelten Berechnungsformel wird anschließend durch das Bundesministerium für Gesundheit publik gemacht.

Nach Satz 10 übermittelt der GKV- Spitzenverband 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- Spitzenverband, 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 Bekanntgabe der Abschlagshöhe beim BMG. Dieses nimmt keine inhaltliche Überprüfung der vom GKV- Spitzenverband 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 machen. 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 rechtzeitig nachzukommen. Zusammen mit der Bekanntgabe der Abschlagshöhe werden zu Transparenzzwecken auch die vom GKV- Spitzenverband übermittelten Berechnungsgrundlagen offengelegt.

Zu Absatz 1c

Im neuen Absatz 1c wird eine Befreiungsmöglichkeit vom Abschlag nach Absatz 1b für neue Arzneimittel geregelt, für die ein relevanter Anteil der klinischen Forschung in Deutschland stattgefunden hat und deren Wirkstoffproduktion in Deutschland einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lässt.

Ziel der Regelung ist, eine hochwertige, sichere und resiliente Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland mit neu eingeführten Arzneimitteln sicherzustellen und entsprechende Anreize für pharmazeutische Unternehmer zukünftig bereits bei der Planung der klinischen Forschung zu setzen. Lassen pharmazeutische Unternehmer ihre klinischen Prüfungen an deutschen Studienzentren durchführen, erhalten Versicherte frühen Zugang zu dem betreffenden Arzneimittel. Sie werden im Rahmen der klinischen Prüfung auf Kosten des pharmazeutischen Unternehmers und nicht zu Lasten der GKV und der sonstigen Kostenträger versorgt. Die resultierenden Studiendaten sind jedenfalls dann, wenn ein relevanter Anteil der Prüfungsteilnehmer in Deutschland versorgt wurde, nah am hiesigen

Versorgungskontext und Patientenklimentel, so dass sie insbesondere für die Nutzenbewertung nach § 35a mit ihrer versorgungssteuernden Wirkung und als Grundlage für die Preisfindung potentiell besonders aussagekräftig sind. In den Studienzentren können zudem bereits frühzeitig Kompetenzen aufgebaut und praktische Erfahrungen mit der Behandlung gesammelt werden, was eine nahtlose und hochwertige Versorgung nach Zulassung des Arzneimittels befördert. Die Produktion des Wirkstoffs in Deutschland stärkt die Versorgungssicherheit für die Patientinnen und Patienten und stellt damit die Verfügbarkeit neuer Arzneimittel auch in Krisenzeiten sicher. Sie fördert Diversifizierung und wirkt so einer Marktkonzentration auf weltweit wenige Herstellungsstätten entgegen, die durch wirtschaftliche und geopolitische weltweite Entwicklungen, insbesondere Kostensteigerungen bei der Herstellung, gefördert wird. Eine solche Marktkonzentration gefährdet den sicheren Zugang zu und die Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland mit neuen Arzneimitteln insbesondere in Krisenzeiten. Durch die Entlastung vom zusätzlichen Herstellerabschlag werden Mehrkosten berücksichtigt, die den pharmazeutischen Unternehmen entstehen, um Studien in relevantem Maß in Deutschland durchzuführen und die Wirkstoffproduktion in Deutschland in relevanter Menge sicherzustellen.

Die Regelung ist im Hinblick auf die Honorierung der klinischen Forschung in Deutschland angelehnt an die bisherigen §§ 35a Absatz 3 Satz 5 und 6, 130b Absatz 3 Satz 11 bis 15, die künftig aufgrund der Abschaffung der „Leitplanken“ für Erstattungsbeträge entfallen. Die Berücksichtigung soll nunmehr losgelöst vom Verfahren der Nutzenbewertung und Erstattungsbetragsverhandlung im Rahmen der Befreiung vom zusätzlichen Herstellerabschlag erfolgen. Mit Blick auf die Honorierung der Wirkstoffproduktion in Deutschland setzt die Regelung darüber hinaus das bereits in § 130a Absatz 8a für bestimmte patentfreie Arzneimittel formulierte Ziel, Lieferengpässe zu vermeiden und eine diversifizierte bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, nun auch für patentgeschützte Arzneimittel um.

Satz 1 regelt die grundsätzliche Befreiungsmöglichkeit, deren Anwendungsbereich und die Zuständigkeit für die Befreiungsanträge. Die Befreiung kann für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen beantragt werden, die ab dem 1. Januar 2027 erstmalig in Deutschland in Verkehr gebracht werden. Der Begriff der Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen entspricht demjenigen in § 35a Absatz 1 Satz 1 und der Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens ist wie nach § 35a Absatz 1 Satz 3 zu verstehen. Zum genannten Stichtag bereits in Verkehr befindliche Arzneimittel werden von der Befreiungsmöglichkeit nicht erfasst. Der Antrag ist beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu stellen, welches das Verfahren federführend durchführt, gegebenenfalls unter Einbindung des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI), sofern dessen Zuständigkeit betroffen ist. Da die Prüfung der klinischen Forschungsanteile nicht mehr für die Erstattungsbetragsvereinbarungen nach § 130b relevant ist, besteht kein Anlass mehr, diese beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen des Nutzenbewertungsverfahrens zu verorten. BfArM und PEI verfügen als Zulassungsbehörden ebenfalls über die notwendige Expertise bei der Auswertung klinischer Studien und sind zudem in der Lage, Aspekte der Arzneimittelproduktion sachgerecht zu beurteilen.

Satz 2 regelt die materiellen Voraussetzungen für die Befreiung. Entweder müssen die klinischen Prüfungen des Arzneimittels zu einem relevanten Anteil im Geltungsbereich des SGB V (also in Deutschland) durchgeführt worden sein (Nummer 1), oder die Produktion des Wirkstoffs in Deutschland muss einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lassen (Nummer 2).

In Satz 3 wird die Voraussetzung nach Satz 2 Nummer 1 konkretisiert. Ein relevanter Anteil klinischer Prüfungen liegt dann vor, wenn der Anteil der Prüfungsteilnehmer an den vom pharmazeutischen Unternehmer durchgeführten oder in Auftrag gegebenen klinischen Prüfungen des Arzneimittels, die an Prüfstellen im Geltungsbereich dieses Gesetzes teilgenommen haben, an der Gesamtzahl der Prüfungsteilnehmer mindestens 5 Prozent beträgt. Dies entspricht der bisher im Nutzenbewertungsverfahren nach § 35a Absatz 3 vom G-BA geprüften Fragestellung, so dass auf die Begründung zu dieser Regelung (Bundestags-

drucksache 20/12149, S. 88) verwiesen wird. Anders als im Kontext der Nutzenbewertung ist der Anteil der Prüfungsteilnehmer allerdings nicht bezogen auf einzelne Anwendungsgebiete zu ermitteln, sondern für das Arzneimittel insgesamt, da auch die Befreiung für das gesamte Arzneimittel wirkt.

In Satz 4 wird die Voraussetzung nach Satz 2 Nummer 2 konkretisiert. Ein relevanter Beitrag der Wirkstoffproduktion in Deutschland zur bedarfsgerechten Versorgung ist danach zu erwarten, wenn die Menge des Wirkstoffs, die im Inland produziert wird, voraussichtlich ausreichen wird, um eine Arzneimittelmenge herzustellen, mit der mindestens die Hälfte der Patientinnen und Patienten in Deutschland, für die eine Behandlung mit dem Arzneimittel infrage kommt, über einen Zeitraum von drei Jahren versorgt werden können. Die Wirkstoffproduktion in Deutschland kann entweder durch den pharmazeutischen Unternehmer selbst oder durch Beauftragung geeigneter Lohnhersteller erfolgen. Um eine ausreichende Diversifizierung von Lieferketten zu ermöglichen und einer Monopolisierung der Produktion entgegenzuwirken, muss nicht die gesamte Wirkstoffproduktion für den Bedarf in Deutschland auch im Inland hergestellt werden; ausreichend ist eine Menge, mit der mindestens die Hälfte der Patientinnen und Patienten versorgt werden kann. Für die Bedarfsbestimmung ist abzustellen auf die Gesamtpopulation der Patienten in Deutschland (unabhängig von ihrem Versicherungsstatus), die für die Behandlung mit dem Arzneimittel im zugelassenen Anwendungsgebiet grundsätzlich in Betracht kommt. Da der zusätzliche Herstellerabschlag nach Absatz 1b nicht nur der GKV, sondern über § 1 Satz 1 AMRabG auch anderen Kostenträgern zugutekommt, besteht kein Anlass für eine Beschränkung auf die reine GKV-Population. Anhaltspunkte für Patientenzahlen können den Nutzenbewertungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder den Nutzenbewertungsbeschlüssen des G-BA nach § 35a Absatz 3 entnommen werden, soweit sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits vorliegen. Der Bezugszeitraum von drei Jahren entspricht der Geltungsdauer der Befreiung nach Satz 11. Erforderlich ist eine durch Tatsachen belegbare Prognose, dass die erforderliche Wirkstoffmenge in Deutschland rechtzeitig produziert werden wird. Dabei sind insbesondere die bereits in Deutschland produzierten Mengen sowie Anzahl und Kapazität der Produktionsstätten zu berücksichtigen.

Die Sätze 5 bis 7 betreffen Einzelheiten des Antragsverfahrens. Der Zeitpunkt der erstmaligen Antragstellung kann vom pharmazeutischen Unternehmer grundsätzlich frei gewählt werden. Um von Anfang an freigestellt zu werden, kann er die Freistellung auch bereits vor dem erstmaligen Inverkehrbringen des Arzneimittels beantragen, sofern er zu diesem Zeitpunkt die Erfüllung der notwendigen Voraussetzungen nachweisen kann. Nach Satz 6 kann der Befreiungsantrag allerdings frühestens nach dem Antrag auf Zulassung des Arzneimittels gestellt werden, damit für die Ermittlung des Anteils der Prüfungsteilnehmer nach Satz 2 Nummer 1 in Verbindung mit Satz 3 eine ausreichende Grundlage vorhanden ist. Satz 6 regelt die Anforderungen an den Antrag. Dieser ist elektronisch zu übermitteln und bedarf einer nachvollziehbaren Begründung, die mit hinreichenden Nachweisen und Belegen unterlegt ist. Einzelheiten zu den erforderlichen Nachweisen und Belegen, zum Verfahren und zur Übermittlung legt das BfArM nach Satz 7 im Einvernehmen mit dem PEI fest und veröffentlicht diese auf seiner Internetseite.

Die Sätze 8 und 9 regeln die Entscheidung über den Antrag. Diese ist nach Satz 8 innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Eingang des Antrags zu treffen. Die Entscheidung ist nach außen vom BfArM zu verantworten. Handelt es sich bei dem Arzneimittel, für das die Befreiung beantragt wurde, um ein solches im Zuständigkeitsbereich des PEI, ist dessen Einvernehmen erforderlich (Satz 9).

Die Sätze 10 und 11 betreffen den Geltungszeitraum der Befreiung. Geltungsbeginn ist nach Satz 10 grundsätzlich die Bekanntgabe der Entscheidung des BfArM, also der Erteilung der Befreiung. Wurde die Befreiung allerdings bereits vor dem erstmaligen Inverkehrbringen des Arzneimittels beantragt und erteilt, gilt sie erst ab dem Inverkehrbringen, da auch erst ab diesem Zeitpunkt der Abschlag nach Absatz 1b überhaupt anfallen kann. Die Geltungsdauer ab Geltungsbeginn beträgt nach Satz 11 grundsätzlich drei Jahre. Anschlie-

ßend erlischt die Befreiung sofern nicht eine Verlängerung der Befreiung erfolgt ist. Während der Dauer der Befreiung erhalten die Krankenkassen den Abschlag nach Absatz 1a für das betreffende Arzneimittel nicht. Zugleich bleiben die Umsätze dieser Arzneimittel für den betreffenden Zeitraum bei der Ermittlung des Gesamtumsatzes der abschlagspflichtigen Arzneimittel nach Absatz 1a Satz 5 Nummer 2 außer Betracht, was zu einem höheren Abschlag für die abschlagspflichtigen Arzneimittel im nächsten Abschlagszeitraum führt.

Die Verlängerung ist in den Sätzen 12 bis 14 geregelt. Sie wird nach Satz 12 vom BfArM auf Antrag erteilt, wenn im Zeitpunkt des Verlängerungsantrags im Zeitpunkt des Verlängerungsantrags die in Satz 2 genannten Voraussetzungen vorliegen. Der pharmazeutische Unternehmer muss also nachweisen, dass unter Einbeziehung der zwischenzeitlich durchgeführten klinischen Prüfungen der erforderliche Anteil der Prüfungsteilnehmer an Prüfstellen in Deutschland erreicht wird. Er muss zudem eine aktuelle Prognose bezogen auf die Produktionsmengen und Patientenzahlen der nächsten drei Jahre vorlegen. Dabei sind insbesondere auch Nachweise zu der im bisherigen Befreiungszeitraum produzierten Wirkstoffmenge erforderlich. War diese rückblickend nicht ausreichend, um die in Satz 5 genannte Patientenzahl zu versorgen, wird eine Verlängerung regelmäßig ausscheiden. Der Antrag auf Verlängerung kann nach Satz 13 frühestens 30 und spätestens 32 Monate nach Geltungsbeginn der Befreiung gestellt werden, bei weiteren Verlängerungen frühestens 30 und spätestens 32 Monate nach Geltungsbeginn der früheren Verlängerung. Nach Satz 14 gelten für den Inhalt des Verlängerungsantrags, das Verfahren und den Wirkungszeitraum der Verlängerung die Vorschriften für die erstmalige Befreiung entsprechend.

Aus Satz 15 folgt, dass bei Klagen pharmazeutischer Unternehmer gegen negative Befreiungs- oder Verlängerungsentscheidungen des BfArM ein Vorverfahren nicht stattfindet (§ 78 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 in Verbindung mit Absatz 3 des Sozialgerichtsgesetzes).

Satz 16 gibt dem GKV- Spitzenverband ein Auskunftsrecht über sämtliche erteilten Befreiungen (einschließlich ihrer Verlängerungen) und die entsprechenden Geltungszeiträume. Hierdurch wird der GKV- Spitzenverband in die Lage versetzt, die Meldungen der pharmazeutischen Unternehmer nach § 131 Absatz 4 Satz 3 zu überprüfen und gegebenenfalls von seinem Korrekturrecht nach § 131 Absatz 5 Gebrauch zu machen.

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. Die Regelung tritt am 1. Januar 2027 in Kraft.

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-festbetrags geregelter 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 in Verkehr ist. Dadurch werden Umgehungsmöglichkeiten durch Anbieterwechsel oder konzerninterne Umstrukturierungen ausgeschlossen. Zur rechtssicheren Bestimmung der jeweiligen Referenzpreise ist dabei auf die Gesamtwirkstoffmenge abzustellen. 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. Mit der Ergänzung in Satz 4 wird verhindert, dass pharmazeutische Unternehmer oder sonstige Hersteller das Preismoratorium durch Neueinführung bestehender Produkte, etwa durch die Verwendung einer neuen Pharmazentralnummer, umgehen können. Das Nähere regelt der GKV-Spitzenverband 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 Buchstabe e

Durch die Ergänzung in Absatz 8 Satz 6 wird klargestellt, dass der dynamische Herstellerabschlag nach Absatz 1b nicht durch Rabattverträge nach Absatz 8 Satz 1 abgelöst werden kann. Entsprechendes gilt für Erstattungsbeitragsvereinbarungen (§ 130b Absatz 1 Satz 4) und für Selektivverträge nach § 130c (dortiger Absatz 1 Satz 6). Grund hierfür ist, dass die Höhe des dynamischen Herstellerabschlags nicht im Voraus feststeht, so dass seine vertragliche Ablösung mit erheblichen Unsicherheiten behaftet wäre. Soweit in Verträgen eine Ablösung des bisher in Absatz 1b geregelten erhöhten Herstellerabschlags für das Jahr 2023 vereinbart wurde, sind solche Vereinbarungen nunmehr gegenstandslos.

Zu Nummer 49 (§ 130b)

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 GKV-Spitzenverband 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 Erstattungsbeitragsvereinbarungen 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-Spitzenverband 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 Erstattungsbeitragsvereinbarungen prägt, zu Rabatten deut-

lich 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- Spitzenverband 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- Spitzenverband, dem pharmazeutischen Unternehmer die für die Berechnung des Rabattsatzes erforderlichen Datengrundlagen sowie die Höhe des Rabattsatzes zur Verfügung zu stellen. Dies ist erforderlich, da der pharmazeutische Unternehmer selbst keine Kenntnis davon hat, welche der von ihm abgebegebenen Arzneimittelpackungen tatsächlich zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet wurden. Grundlage für die Ermittlung des Gesamtausgabenvolumens sind die Abrechnungsdaten der Krankenkassen nach § 84 Absatz 5. Diese sowie die Höhe des Rabattsatzes hat der GKV- Spitzenverband dem pharmazeutischen Unternehmer für alle abrechnungsrelevanten 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 Datengrundlagen 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- Spitzenverbands, das Nähere zur Abwicklung von Preis-Mengen-Vereinbarungen im Verhältnis zu den Krankenkassen in seiner Satzung zu regeln. Von dieser Befugnis hat der GKV- Spitzenverband 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- Spitzenverband und seinen Mitgliedern, insbesondere deren Mitwirkungspflichten, betreffen können. Im Verhältnis zum pharmazeutischen Unternehmer kommt eine einseitige Regelungsbefugnis des GKV- Spitzenverbands 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 Schritttinnovationen desincentiviere, obwohl solche Schritttinnovationen 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 Berücksichtigung 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 therapie relevanten 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 Be-

gründung 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 Satznummern.

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 Forschungsaktivitäten in Deutschland zu erbringen; das bisher vorgesehene Sonderkündigungsrecht des GKV-Spitzenverbands 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 zwi-

schenzeitlich 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 Erstattungsbeitragsvereinbarungen 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 Spitzenverband 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 Hörer/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 Prüfbelastungen 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 be-

stehende 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 der 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 Arzneimittel 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 Zie-

Erreichung 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 Erfahrungen 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 GKV-Spitzenverband 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 Tarifierfinanzierung 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 einkommenorientierten 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-Finzen 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 Tarifierfinanzierung 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 einkommenorientierten 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-Finzen erforderlich.

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 Tarifierfinanzierung 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 Tarifierfinanzierung 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 einkommenorientierten 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-Finzen erforderlich.

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 Tarifierfinanzierung 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 Konzertierte Aktion beim Abschluss von Preisvereinbarungen ist wegen Auflösung der Konzertierte 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 Krankenkassen 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 Abstufung orientieren:

- ab 3001 bis unter 10.000 eine Abstufung von zwei Prozent,
- ab 10.000 bis unter 20.000 eine Abstufung von drei Prozent,
- ab 20.000 bis unter 30.000 eine Abstufung von fünf Prozent,
- ab 30.000 bis unter 50.000 eine Abstufung von zehn Prozent,
- ab 50.000 bis unter 100.000 eine Abstufung von zwanzig Prozent,
- ab 100.000 eine Abstufung 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 Beitragsatzstabilität 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 Beitragsatzstabilität in den Verträgen nach § 134a klargestellt und vorgeschrieben.

Zu Nummer 57 (§ 140a)

Zu Buchstabe a

Mit der Anpassung wird geregelt, dass die gesetzlichen Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 auch für Verträge gemäß § 140a gelten. Damit wird die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in den Verträgen nach § 140a vorgeschrieben.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 11 Absatz 6 Satz 4.

Zu Nummer 58 (§ 175)

Zu Buchstabe a

Die Regelung enthält eine 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 Informationsschreibens in den für den Zugang elektronischer Bescheide normierten Formen des § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches zu ermöglichen.

Zu Buchstabe c (§ 221)

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 durchschnittlichen Veränderungsrate 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)

Zu Buchstabe a

Der jährliche Zuschuss des Bundes an den Gesundheitsfonds wird ab dem Jahr 2027 um 2 Milliarden Euro abgesenkt.

Zu Buchstabe b

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 erfolgt eine eigenständige Regelung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV. Ihr Wert im Jahr 2027 ist der um 3 600 Euro erhöhte Wert der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7. Das heißt, dass der sich unter Anwendung der Dynamisierungsregelung in § 6 Absatz 6 Satz 2 bis 4 für das Jahr 2027 ergebende Wert der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 zusätzlich um 3 600 Euro angehoben wird.

Nach Absatz 4 Satz 2 gilt die Dynamisierungsregelung des § 6 Satz 2 und 3 für die Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze in den Folgejahren entsprechend. Das bedeutet, dass sich der um 3 600 Euro erhöhte Wert der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2027 ab dem Jahr 2028 jährlich verändert entsprechend dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Absatz 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Die veränderten Beträge werden zudem - nur für das Kalenderjahr, für das die Beitragsbemessungsgrenze bestimmt wird - jeweils auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet.

Nach Satz 3 wird auch die Beitragsbemessungsgrenze durch die Bundesregierung in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches festgesetzt.

Zu Nummer 62 (§ 232a)

Um die Beteiligung des Bundes an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung zu steigern, wird der Wert der für diesen Personenkreis als Beitragsbemessungsgrundlage heranzuziehenden beitragspflichtigen Einnahmen erhöht: Für deren Ermittlung wird der Faktor, mit dem die monatliche Bezugsgröße zu multiplizieren ist, in fünf Schritten ab dem Jahr 2027 erhöht. In den Jahren 2027 und 2028 wird auf diese Weise das vom Bund getragene Beitragsaufkommen für die Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung jeweils um rund 250 Millionen gesteigert. In den Jahren 2029, 2030 und 2031 entspricht der jährliche Anstieg jeweils 500 Millionen Euro, so dass ab 2031 jährlich zusätzlich 2 Milliarden Euro gegenüber dem Jahr 2026 durch den Bund gezahlt werden.

Zu Nummer 63 (§ 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 gewährleistetete 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 Lebenspartnern 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 (bisher 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.

Zu Absatz 1

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 jungen Kindes kümmern. Ein Entstehen der Solidargemeinschaft für Ehegatten und Lebenspartner mit Kindern erscheint weiterhin angemessen. Bei typisierender Betrachtung wird die Grenze hier bei einem Betreuungsbedarf gezogen, bei dem 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. Die Ausnahmeregelung nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a 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 1 Buchstabe b 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 Buchstabe a ist das Ende des besonderen Betreuungsbedarfs bei Kindern mit Behinderungen nicht planbar, weshalb die Regelung keine Altersgrenze vorsieht.

Da Satz 2 Nummer 1 für Kinder im Sinne des § 10 gilt, werden sowohl leibliche Kinder als auch solche im Sinne des § 10 Absatz 4 erfasst.

Nach Satz 2 Nummer 2 Buchstabe a 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. Ein Beitragszuschlag wird ebenfalls nicht erhoben, wenn der familienversicherte Ehegatte oder Lebenspartner eine Freistellung von der Arbeitsleistung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nimmt.

Nach Satz 2 Nummer 2 Buchstabe b wird kein Beitragszuschlag erhoben für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner, die – abhängig vom Geburtsjahrgang – die Regelaltersgrenze nach § 35 oder § 235 des Sechsten Buches erreicht haben, dabei diesen Personen nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden kann, dass sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen können.

Nach Satz 2 Nummer 2 Buchstabe c wird kein Beitragszuschlag erhoben für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner, die im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 des Sechsten Buches voll erwerbsgemindert sind.

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 entspre-

chende Meldung und Nachweis, wenn ihnen das Vorliegen der Voraussetzungen bereits anderweitig bekannt ist. Im Hinblick auf ein Verfahren der Massenverwaltung und diesbezügliche Anforderungen an den Nachweis des Vorliegens der Ausnahmetatbestände nach Absatz 1 Satz 2 wird davon ausgegangen, dass im Regelfall die Angaben der Versicherten in entsprechenden Fragebögen oder elektronischen Abfragemasken zur Berücksichtigung der Ausnahmen vom Beitragszuschlag ausreichend und nur in Einzel-, Verdachts- oder Stichprobenfällen seitens der Krankenkassen nähere Nachweise einzuholen sind.

Zu Absatz 2

Nach Absatz 2 Satz 1 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.

Für die beitragsrechtlichen Konstellationen, in denen die Tragung von Beiträgen einem Dritten obliegt und nicht dem Mitglied, bedarf es einer Regelung über die Zahlungspflicht des Dritten auch für den Beitragszuschlag (Satz 2). Zugleich ist klargestellt, dass ein den Beitragszuschlag zahlender Dritter, einen Anspruch gegen das Mitglied auf den von dem Mitglied zu tragenden Beitragszuschlag hat und dieser Anspruch durch den Dritten durch Abzug von der an das Mitglied zu erbringenden Geldleistung geltend gemacht werden kann (Satz 3). Dies orientiert sich an der Regelung nach § 60 Absatz 5 SGB XI zum Beitragszuschlag für Kinderlose in der sozialen Pflegeversicherung.

Für die Zahlung des Beitragszuschlags gelten nach Absatz 2 Satz 4 die §§ 252 bis 254 und § 256 mit der Maßgabe, dass bei einem unterbliebenen Einbehalt des Beitragszuschlags aus laufenden Einnahmen der rückständige Betrag gleichmäßig über einen Zeitraum von zwölf Monaten verteilt einzubehalten ist (für die Rente gilt bei einem unterbliebenen Einbehalt § 255). Ferner legt Satz 4 fest, dass ein zum Ende einer Mitgliedschaft verbleibender Rückstand eines noch zu zahlenden Beitragszuschlages, mit dem letzten Abrechnungszeitraum von der beitragsabführenden Stelle vollständig einzubehalten ist. Satz 5 ermöglicht es den beitragsabführenden Stellen mit dem Einverständnis des Mitglieds vom 12-monatigen Zeitraum des Einhalts der rückständigen Beträge abzuweichen und kürzere oder gegebenenfalls auch längere Rückzahlungszeiträume vorzusehen. Die Krankenkassen müssen im Rahmen der Prüfung der Familienversicherung zunächst ermitteln, ob ein Mitglied für mitversicherte Ehegatten oder Angehörige der Pflicht zur Zahlung des Beitragszuschlags unterliegt. Erst im Anschluss können die Krankenkassen diese Information an die beitragsabführenden Stellen wie zum Beispiel Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger oder Zahlstellen von Versorgungsbezügen übermitteln und diese sodann den Beitragszuschlag von den laufenden beitragspflichtigen Einnahmen einbehalten. Es wird daher dazu kommen, dass der Beitragszuschlag für zurückliegende Zeiträume nachträglich einbehalten werden muss. Um die Mitglieder finanziell nicht übermäßig zu belasten wird geregelt, dass im Falle eines nachträglichen Einhalts von Beitragszuschlägen die rückständige Summe gleichmäßig über einen Zeitraum von zwölf Monaten von den laufenden Einnahmen einzubehalten ist. Von diesem Zeitraum können die beitragsabführenden Stellen mit Einverständnis des Mitglieds abweichen. Es sind dauerhafte Vereinbarungen oder Abweichungen im Einzelfall statthaft. Diese Flexibilität ermöglicht es den beitragsabführenden Stellen auf individuelle Umstände eingehen zu können. Unbeachtlich dessen sind rückständige Beträge mit Ende der Mitgliedschaft vollständig einzubehalten (vgl. Absatz 2 Satz 4).

Als Zuschlag auf den Beitragssatz nach § 242b Absatz 1 Satz 1 findet auch § 224 auf den Beitragszuschlag Anwendung. Bei kraft Gesetzes versicherten Beschäftigten gilt der Beitragszuschlag als Teil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (vgl. § 253 in Verbindung mit § 28d SGB IV). Mit Absatz 1 Satz 1 ist zudem festgelegt, dass die Krankenkassen für

die Erhebung des Beitragszuschlags zuständig sind. Korrespondierend dazu regelt Satz 3, dass Krankenkassen bei Vorliegen der erforderlichen Angaben die Ausnahmen vom Beitragszuschlag automatisch berücksichtigen. Ein durch die Krankenkasse für einen zurückliegenden Zeitraum gegenüber dem Arbeitgeber angezeigte Pflicht zur Zahlung des Beitragszuschlages stellt insofern kein Verschulden des Arbeitgebers im Sinne des § 28g Satz 3 SGB IV dar. Sofern den Krankenkassen die erforderlichen Daten zur Feststellung der Ausnahmen nach Satz 2 nicht bereits vorliegen, sind Versicherte nach § 10 Absatz 6 im Rahmen der Überprüfung der Familienversicherung auskunftspflichtig. Im Übrigen gilt § 206 Absatz 1. Nach § 284 Absatz 1 Nummer 3 dürfen Krankenkassen die zur Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung erforderlichen Sozialdaten erheben und speichern.

Entsprechend des Grundsatzes zur Zuständigkeit der Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 1 teilen die Krankenkassen den Arbeitgebern, Zahlstellen und sonstigen beitragsabführenden Stellen für das jeweilige Mitglied mit, ob ein Beitragszuschlag nach § 242b anzuwenden ist. Die materiell-rechtliche Prüfung, ob der Beitragszuschlag nach § 242b anfällt oder aufgrund der Ausnahmetatbestände entfällt, erfolgt ausschließlich durch die Krankenkassen; Arbeitgeber, Zahlstellen und beitragsabführende Stellen wenden den von der Krankenkasse mitgeteilten Beitragssatz an. Die technische Umsetzung der Abführung des Beitragszuschlags nach § 242b im Verhältnis zwischen Krankenkassen, Arbeitgebern und anderen beitragsabführenden Stellen soll im Rahmen der bestehenden elektronischen Melde- und Beitragsverfahren, insbesondere nach § 28b SGB IV und § 202 erfolgen und obliegt in der konkreten Umsetzung der Selbstverwaltung, die verwaltungseffiziente Verfahren im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben umsetzen kann. Dies kann beispielsweise durch Ergänzung eines zusätzlichen Kennzeichens oder Beitragssatzfeldes im Datensatz „Krankenkassenmeldung“ (DSKK) oder im Rahmen der bestehenden GKV-Monatsmeldungen erfolgen. Die rechtliche Grundlage für die Anpassung der Datensätze und Verfahren bildet insbesondere § 28b SGB IV, der den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Bundesagentur für Arbeit und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung ermächtigt, in gemeinsamen Grundsätzen bundeseinheitlich Schlüssel, Aufbau und Inhalt der Datensätze für Meldungen und Beitragsnachweise festzulegen. Eine zusätzliche gesetzliche Grundlage ist hierfür nicht zwingend, da die bestehenden Ermächtigungsgrundlagen der jeweiligen Meldeverfahren die Einführung neuer beitragsrelevanter Kennzeichen und Datenfelder in den Meldeverfahren umfasst und die genannten Träger die Gemeinsamen Grundsätze im laufenden Betrieb kontinuierlich an neue Anforderungen anpassen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 erweitert den Anwendungsbereich des Beitragszuschlags nach Absatz 1 auf Sachverhalte, in denen die bislang beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Lebenspartnern nicht auf den Vorschriften der Familienversicherung nach § 10 beruht, sondern eine Versicherung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nach zwischen- oder überstaatlichem Recht abgeleitet wird. Diese Regelung führt zu einer Gleichstellung von Mitgliedern mit mitversicherten Familienangehörigen mit Wohnsitz im Inland mit solchen im Ausland. Nach Sinn und Zweck des Beitragszuschlags ist es zudem sachgerecht, ihn auch für mitversicherte Elternteile zu erheben, die im Einzelfall noch über Sozialversicherungsabkommen abgesichert sein können. Andernfalls käme es hier zu einer nicht gerechtfertigten Besserstellung von Mitgliedern, über die eine beitragsfreie Versicherung der im Ausland wohnenden Eltern oder Elternteil abgeleitet wird. Im Inland ist eine Versicherung von Elternteilen nach § 10 nicht möglich.

Zu Absatz 4

Der Beitragszuschlag wird auf Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 1 und auf Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Nummer 4 erst ab 1. Juli 2028 erhoben. Hiervon sind alle Mitglieder mit Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 1 oder Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Nummer 4 erfasst.

Zu Nummer 64 (§ 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 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 unbeanstandeter 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 durchschnittlichen Veränderungsrate 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.

Die zusätzliche Vergütung nach Absatz 4 für Apotheken zur Unterstützung der Versicherten bei der Befüllung der ePA wird ebenfalls gestrichen. Eine zusätzliche Vergütung für die Verarbeitung arzneibezogener Daten in der ePA ist aufgrund der fortschreitenden Verbesserung bei der technischen Umsetzung und der damit einhergehenden verringerten Arbeitslast nicht mehr erforderlich und kann entfallen.

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, 411)

Zu § 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 durchschnittlichen Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 nur des laufenden Kalenderjahres zulässig ist und nicht mehr die Entwicklung des Verbraucherpreisindex ab dem 1. Januar 2028 zu berücksichtigen ist.

Zu § 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 durchschnittlichen Veränderungsrate 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 71 (§§ 429, 430)

Zu § 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 § 430

Das Bundesministerium für Gesundheit führt bis zum 31. Dezember 2030 eine Evaluierung der mit dem Gesetz getroffenen Maßnahmen vorgesehen. Es kann deren Durchführung auf Dritte übertragen.

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 be-

deutet 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 durchschnittliche Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V nur des laufenden Kalenderjahres beschränkt. Eine Erhöhung der Grundvergütung ist ausschließlich nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate, die für das Kalenderjahr gilt, in dem der Vertrag neu abgeschlossen wird, zulässig. Dabei erfolgt eine Aufsummierung der durchschnittlichen Veränderungsrate der Kalenderjahre seit der letzten Vergütungserhöhung. 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 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 durchschnittlichen Veränderungsrate 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 Amts-

wechsels 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 durchschnittliche Veränderungsrate 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)

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 vereinbarten Veränderungswert begrenzt wird. Sofern noch eine Erlössumme für ein zurückliegendes Kalenderjahr zu vereinbaren ist, ist für die Begrenzung des Anstiegs der für das jeweilige Kalenderjahr geltende Veränderungswert maßgeblich.

Zu Nummer 3 (§ 6a)

Zu Buchstabe a

Die Regelung sieht vor, dass die benannten 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). Dabei ist als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 das für das Jahr 2026 vereinbarte Pflegebudget um den darin enthaltenen Betrag für pflegeentlastende Maßnahmen, deren gesonderte Finanzierung ab dem Jahr 2027 entfällt, abzusenken. Die Praxis, dass die Vertragsparteien vor Ort Ausgleiche für Vorjahre in der Ausgangsgrundlage für das Folgejahr außen vor lassen, erscheint sachgerecht. Wie auch bisher sind bei der Vereinbarung des Pflegebudgets die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung (Satz 3). 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 4). Dies gilt zum Beispiel für die Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL). Die Sätze 5 und 7 entsprechen der geltenden Rechtslage. Mit Satz 6 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. Auf die bisher vorgesehene Berichtigung des Pflegebudgets für das Vereinbarungsjahr wird dabei verzichtet, weil ansonsten auch lediglich vorübergehende Kostensenkungen das Pflegebudget dauerhaft absenken würden, ohne dass eine erneute umfassende Berücksichtigung der Kosten im Pflegebudget möglich wäre. Durch die Änderungen bei den Ausgleichsregelungen 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 bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird, wie für andere Beschäftigte im Krankenhaus, auch für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auf eine anteilige Finanzierung in Höhe von 50 Prozent reduziert. Die unterjährige Anhebung des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerts erfolgt daher nicht mehr in Höhe der Tarifsteigerung im Pflegebereich, sondern in Höhe von 50 Prozent der Erhöhungsrates. Die Anwendung der anteiligen Erhöhungsrates ist hier nicht angezeigt, weil mit dem krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert, anders als zum Beispiel mit dem Landesbasisfallwert oder dem

Gesamtbetrag eines psychiatrischen Krankenhauses, lediglich Personalkosten und keine Sachkosten finanziert werden. Der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert ist neben der Erhöhung um 50 Prozent der Erhöhungsrates zudem zu erhöhen, damit die vereinbarte Tarifsteigerung noch im zur Verfügung stehenden restlichen Kalenderjahr refinanziert wird.

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 zusätzliche Berücksichtigung des Anstiegs der Pflegepersonalkosten in den Folgejahren auf den jeweils geltenden Veränderungswert begrenzt. Analog zu den Regelungen zum Pflegebudget in § 6a Absatz 2a darf ein Anstieg oberhalb des Veränderungswerts berücksichtigt werden, soweit die Einhaltung gesetzlicher oder untergesetzlicher Personalanforderungen dies erfordert.

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 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.

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, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen (AOP-Katalog) aufgeführt ist.

Der GKV-Spitzenverband 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 eingeschränkt 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

Die Vertragsparteien vereinbaren auch zukünftig eine Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und ein anteilige Erhöhungsrates. Mit der anteiligen Erhöhungsrates wird wie bislang dem Umstand Rechnung getragen, dass mit dem Landesbasisfallwert nicht nur Personalkosten, sondern auch Sachkosten vergütet werden und er daher zum Zweck der Tarifrefinanzierung nicht um die volle Erhöhungsrates angehoben werden darf. In Folge der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip wird zukünftig das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in die anteilige Tarifrefinanzierung einbezogen, die auch für die übrigen Beschäftigten im Krankenhaus gilt. Die Vereinbarung der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und der anteiligen Erhöhungsrates kann daher zukünftig ohne die bisherigen Vorgaben bezüglich einer gesonderten Berücksichtigung des Pflegepersonals erfolgen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung einer neuen Nummer 11.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

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 Ver-

einbarung 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 Mengengrenzung 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 Fällen 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 herausuchen, 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 Nummer 7 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Klarstellung zur Gewährleistung, dass die Effekte sinkender Bewertungsrelationen durch Kurzzeitfallpauschalen nicht erhöhend bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden, sondern resultierende Einsparungen zugunsten der Kostenträger realisiert werden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

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 ermittelten Veränderungswert begrenzt wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Klarstellung zur Gewährleistung, dass die Effekte sinkender Bewertungsrelationen durch Kurzzeitfallpauschalen nicht erhöhend bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden, sondern resultierende Einsparungen zugunsten der Kostenträger realisiert werden.

Zu Buchstabe d

Die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird ab dem Jahr 2026 auf eine anteilige Finanzierung reduziert (Sätze 1 und 2). Da diese anteilige Tarifrefinanzierung der Höhe nach auch für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gilt, ist die bisherige Differenzierung des Pflegepersonals in Satz 3 Nummer 1 nicht mehr erforderlich. Die Sätze 4 bis 8 entsprechen dem bislang geltenden Recht. Der bisherige Satz 5 betraf eine in der Vergangenheit erledigte Verpflichtung der Vertragsparteien und wurde daher im Sinne einer Rechtsbereinigung gestrichen.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

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.

Zu Doppelbuchstabe bb

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 Versicherungsgemeinschaft 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 4 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.

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 Versicherungsgemeinschaft 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 tatsächlichen Verweildauer gezahlt wird. Satz 4 legt daher fest, dass die Vergütung mit Kurzzeitfallpauschalen innerhalb der in Satz 1 genannten Behandlungsdauer unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer erfolgen soll. Das heißt, die Vergütung ist beispielsweise bei einer Behandlung mit einer Übernachtung gleich hoch wie bei einer Behandlung mit zwei Übernachtungen. 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 Verzicht auf eine sonst regelhaft erfolgende Übernachtung im Krankenhaus behandeln, erhalten so einen wirtschaftlichen Anreiz, eine mögliche Verweildauerverkürzung und Ambulantisierung vorzunehmen.

Satz 5 gibt vor, dass dadurch erzeugte Kostensenkungen im übernächsten Jahr im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des Vergütungssystems an die Versicherungsgemeinschaft 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 6 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 7 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 8 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

Sofern Änderungen am Kalkulationskonzept des Vergütungssystems durch die Einführung und Kalkulation von Kurzzeitfallpauschalen erforderlich werden, ist dieses vom InFK entsprechend anzupassen.

Zu Buchstabe d

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 GKV-Spitzenverband 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 KHEntgG. Der nach diesen Vorschriften ermittelte Veränderungswert gilt zukünftig auch als Obergrenze für den Anstieg des Gesamtbetrags. Sofern noch ein Gesamtbetrag für ein zurückliegendes Kalenderjahr zu vereinbaren ist, ist für die Begrenzung des Anstiegs der für das jeweilige Kalenderjahr geltende Veränderungswert maßgeblich. 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. Von einer nicht zweckentsprechenden Verwendung der Mittel ist auch dann auszugehen, wenn die vereinbarte Stellenbesetzung zwar vorgenommen, aber die dafür vereinbarten Mittel nicht vollständig ausgeschöpft worden sind. Die Differenz zwischen den vereinbarten und den tatsächlich eingesetzten Mitteln ist folglich auch auszugleichen. Die Regelung in Satz 9 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 die vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend eingesetzt worden sind, sei es durch eine nicht vorgenommene Stellenbesetzung oder durch einen nicht vollständigen Einsatz der Mittel für die vereinbarte Stellenbesetzung, diese Mittel im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen sind und der Gesamtbetrag in der nächsten Vereinbarung abzusenken ist. Sofern, insoweit dem bereits geltenden Recht entsprechend, die vereinbarte Stellenbesetzung nur temporär nicht vorgenommen werden kann oder, insoweit als neuer Regelungsinhalt, die dafür vereinbarten Mittel nur vorübergehend nicht vollständig ausgeschöpft werden, und das Krankenhaus die nur vorübergehende Unterschreitung nachweisen kann, gilt wie bisher, dass eine Absenkung des Gesamtbetrags nicht vorzunehmen ist (Satz 10). Von einer vorübergehenden Unterschreitung ist – in Anlehnung an die Vorgaben für die Nichterfüllung eines nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Qualitätskriteriums für eine nach § 6a Absatz 1 Satz 1 KHG zugewiesene Leistungsgruppe durch einen Krankenhausstandort nach § 275a Absatz 4 Satz 2 SGB V sowie eines geprüften Strukturmerkmals durch ein Krankenhaus nach § 275a Absatz 6 Satz 5 SGB V – bei einem Zeitraum von bis zu einem Monat auszugehen.

Zu Buchstabe b

Die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird, wie für somatische Krankenhäuser auch, auf eine anteilige Finanzierung in Höhe von 50 Prozent reduziert. Eine anteilige Tarifierfinanzierung in Höhe von 50 Prozent wird durch eine Anhebung des Gesamtbetrags um 37,5 Prozent der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen umgesetzt (Absatz 4 Satz 1).

Die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird auch für den Fall, dass die Umsetzung der Tarifrefinanzierung mittels einer unterjährigen Erhöhung des krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts erfolgt, auf eine anteilige Finanzierung von 50 Prozent reduziert. Eine anteilige Tarifrefinanzierung in Höhe von 50 Prozent wird durch Anwendung eines Multiplikators in Höhe von 37,5 Prozent der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen umgesetzt (Absatz 5 Satz 5).

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 Krankenhausreformenpassungsgesetz.

Zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 23)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 92a Absatz 4 SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 27)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 92a Absatz 4 SGB V und der geplanten Streichung von § 23 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung. Die Anpassung ist notwendig, damit das Bundesamt für Soziale Sicherung im Jahr 2027 eine Rechtsgrundlage hat, um die im Jahresausgleich für das Jahr 2025 vorzunehmenden Korrekturen an den Finanzierungsanteilen der jeweiligen Krankenkasse rechtssicher umsetzen zu können.

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

Zu Nummer 1 (§ 13)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 17 (§ 44d SGB V). Der Anspruch auf Teilkrankengeld soll auch für nicht rentenversicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige gelten.

Zu Nummer 2 (§ 38)

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

Zu Nummer 3 (§ 40)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Artikel 1 Nummer 61 (§ 223 Absatz 3 SGB V). Durch die Koppelung des Beitrages in der höchsten Beitragsklasse 20 der Landwirtschaftlichen Krankenkasse für landwirtschaftliche Unternehmerinnen und Unternehmer und freiwillig Versicherte an den Vergleichsbeitrag nach § 40 Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989), wirkt eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Allgemeinen Krankenversicherung auch auf die Beitragserhebung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse in der Beitragsklasse 20.

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

Zu Nummer 4 (§ 58)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Artikel 1 Nummer 70 (§ 411 SGB V). Die Vergütungsregelungen für außertariflich bezahlte Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene sollen auch für die Landwirtschaftliche Krankenkasse gelten.

Zu Artikel 8 (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, 5, 8, 12 Buchstabe b, Nummer 13, 16 bis 23, 28, 31 Buchstabe a und c, Nummer 37, 38, 47, 48 Buchstabe b, Nummer 62, 64 bis 66, 68, 69, Artikel 3 Nummer 1, Artikel 5 Nummer 3 und Artikel 6 treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

Zu Absatz 3

Artikel 1 Nummer 2, 7, 63 und Artikel 7 Nummer 2 treten am 1. Januar 2028 in Kraft. Dies ermöglicht die rechtliche und technische Anpassung der notwendigen Meldeverfahren.



POSTANSCHRIFT Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 11015 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Mauerstraße 29
10117 Berlin

- ausschließlich per E-Mail -

HAUSANSCHRIFT Bundesministerium der Justiz
und für Verbraucherschutz
Anton-Wilhelm-Amo-Straße 37
10117 Berlin

TEL +49 (0)30 18 580 8250

E-MAIL nkr@bmjv.bund.de

WEB www.normenkontrollrat.bund.de

DATUM Berlin, 27. April 2026

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates (NKR) gem. § 6 Abs. 1 NKR-G

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (NKR-Nr. 8081, BMG)

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Regelungsentwurf vom 23. April 2026 mit folgendem Ergebnis geprüft:

I Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	keine Auswirkungen
Wirtschaft	
Jährlicher Erfüllungsaufwand:	im Saldo rund 150 000 Euro
davon aus Bürokratiekosten:	rund 5,2 Mio. Euro
Einmaliger Erfüllungsaufwand	rund 1,2 Mio. Euro
Verwaltung	
Bund	
Jährlicher Erfüllungsaufwand (<i>Entlastung</i>):	rund -16,7 Mio. Euro
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	rund 900 000 Euro
Länder	keine Auswirkungen

<p>„One in, one out“-Regel</p>	<p>Im Sinne der erweiterten „One in, one out“-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand in diesem Regelungsvorhaben ein „Out“ von rund 16,6 Mio. Euro dar.</p> <p>Der einmalige Erfüllungsaufwand stellt kein „In“ dar, da es sich insgesamt um ein entlastendes Vorhaben handelt.</p>
<p>Weitere Kosten</p>	<p>Das Ressort stellt Weitere Kosten des Regelungsvorhabens dar:</p> <p>für die Bürgerinnen und Bürger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jährlich rund 1,2 Mrd. Euro durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung • bis zu jährlich 1,5 Mrd. Euro durch die Reduktion von Krankengeldzahlungen • jährlich mindestens rund 1,9 Mrd. Euro für die Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungsgrenzen und -beträge <p>für die Wirtschaft:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jährlich mindestens 1,2 Mrd. Euro durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzliche Krankenversicherung • rund 1,5 Mrd. Euro für die Erhöhung des Arbeitgeberanteils an den Beiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung für geringfügig Beschäftigte • jährlich Einsparungen für die privaten Krankenversicherungen von bis zu rund 1,4 Mrd. Euro durch verschiedene Einsparmaßnahmen, u. a. im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich <p>(Beabsichtigte Kosteneinsparungen der gesetzlichen Krankenversicherungen stellen methodisch keine Weiteren Kosten, sondern Haushaltsausgaben dar.)</p> <p style="text-align: right;">Insgesamt rund 5,9 Mrd. Euro</p>
<p>Nutzen des Vorhabens</p>	<p>Das Ressort hat keinen Nutzen dargestellt.</p>

Digitaltauglichkeit (Digitalcheck)	Das Ressort hat Möglichkeiten zum digitalen Vollzug der Neuregelung (Digitaltauglichkeit) geprüft und hierzu neun Digitalchecks mit nachvollziehbarem Ergebnis durchgeführt.
<p><u>Regelungsfolgen</u></p> <p>Der Nationale Normenkontrollrat begrüßt die durch Digitalisierung veranlassten Einsparungen beim Erfüllungsaufwand der Verwaltung.</p> <p>Der Nationale Normenkontrollrat kritisiert, dass ihm ein finaler Regelungsentwurf erst wenige Tage vor der Kabinetttbefassung zugeleitet wurde und die Frist des § 50 GGO damit zum wiederholten Male nicht eingehalten wurde.</p> <p>Die Darstellung der Regelungsfolgen ist nicht in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Der Nationale Normenkontrollrat hat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags zu beanstanden, dass die Darstellung der Weiteren Kosten im Einzelnen nicht nachvollziehbar ist, da die Berechnungsgrundlagen nicht transparent gemacht werden.</p>	

II Regelungsvorhaben

Das Regelungsvorhaben beabsichtigt durch eine Reihe von Einzelmaßnahmen die finanzielle Stabilisierung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sowohl auf der Einnahme- als auch auf der Ausgabeseite, u. a.:

- Abschaffung von Sondervergütungen und Doppelfinanzierungen für Leistungserbringer im Gesundheitswesen
- Begrenzung der Vorstandsvergütungen für Selbstverwaltungskörperschaften, Halbierung der Werbeausgaben der gesetzlichen Krankenkassen und Schaffung der Möglichkeit eines elektronischen Versandes von Beitragsanpassungsschreiben
- Erhöhung des pauschalen Beitragssatzes der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber für geringfügig Beschäftigte
- Einschränkung der beitragsfreien Familienversicherung für Ehepartner und Einführung eines Beitragszuschlags in der Familienversicherung
- Erhöhung der Zuzahlungsgrenzen und -beträge für gesetzlich Krankenversicherte
- Leistungsanpassungen wie u. a. die Absenkung der Höhe des Krankengeldes, Reduzierung der Festzuschüsse für Zahnersatz und Wegfall der Kostenübernahme für Homöopathie
- Einführung einer Teil-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Abschaffung des Kombinationsabschlags für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen

III Bewertung

Das Regelungsvorhaben verursacht Bürokratiekosten und einmaligen Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft. Die Verwaltung des Bundes wird von jährlichem Erfüllungsaufwand entlastet. Es entstehen **Weitere Kosten** für Bürgerinnen und Bürger und die Wirtschaft, **mit Be- und Entlastungen im Milliardenbereich**.

III.1 Erfüllungsaufwand

Wirtschaft

Der Wirtschaft entsteht jährlicher Erfüllungsaufwand von im Saldo **rund 150 000 Euro**. Davon entfallen **rund 5,2 Mio. Euro** auf Informationspflichten und damit auf Bürokratiekosten. Der Wirtschaft entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von **rund 1,2 Mio. Euro**.

Dieser Erfüllungsaufwand resultiert im Wesentlichen aus zwei Vorgaben:

- Einführung einer Teil-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Zukünftig können Ärztinnen und Ärzte eine Teil-Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Nach Angaben des Ressorts ergibt sich dadurch die Notwendigkeit einer genaueren Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten durch die Ärztinnen und Ärzte. Der Zeitaufwand hierfür wird auf fünf Minuten zusätzlich pro Fall bei einem methodengerecht angenommenen Lohnkostensatz von 62 Euro pro Stunde in jährlich rund einer Million Fälle geschätzt. Bei den dabei entstehenden Kosten von jährlich rund 5,2 Mio. Euro handelt es sich um Bürokratiekosten, da Informationspflichten betroffen sind.

- Abschaffung des Kombinationsabschlags für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen

Bisher erhielten Krankenkassen unter bestimmten Umständen einen zwanzigprozentigen Rechnungsabschlag auf Arzneimittel. Damit sollte ein Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen geleistet werden. Eine Einsparwirkung wurde dadurch in der Vergangenheit nach Darstellung des Ressorts aber nicht erzielt. Vielmehr führte die bisherige Regelung zu aufwendigen Abwicklungsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den pharmazeutischen Unternehmen. Durch die Abschaffung des Kombinationsabschlags werden beide Seiten entlastet. Das Ressort stellt dar, dass es bisher jährlich in geschätzt rund einer Million Fälle zu einem Zeitaufwand von fünf Minuten pro Fall bei einem Lohnkostensatz von 59,80 Euro bei den Unternehmen gekommen ist. Die jährliche Entlastung beträgt im Ergebnis rund 5 Mio. Euro.

Der übrige Erfüllungsaufwand resultiert aus verschiedenen Einzelvorgaben mit jeweils geringerer Kostenwirkung.

Verwaltung

Die Verwaltung (gesetzliche Krankenkassen/Bund) wird insgesamt um jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von **rund 16,7 Mio. Euro** entlastet; der Einmalaufwand beträgt **rund 900 000 Euro**.

- Möglichkeit des elektronischen Versands von Beitragsanpassungsschreiben
Zukünftig müssen Beitragsanpassungsschreiben der gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr auf Papier per Brief versandt, sondern können bei entsprechender Einwilligung der Versicherten auch elektronisch übermittelt werden. Die Sachkosten für Papier und Porto betragen pro Schreiben rund 1,10 Euro. Bei vom Ressort geschätzten jährlich 10 Millionen solcher Schreiben, die zukünftig elektronisch versandt werden können, werden die gesetzlichen Krankenkassen um **rund 10,1 Mio. Euro jährlich entlastet**.

- Abschaffung des Kombinationsabschlags für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen
Die oben bereits dargestellte Abschaffung des Kombinationsabschlags führt spiegelbildlich auf Seiten der Krankenkassen zu Einsparungen. Bei geschätzt einer Million jährlich entfallender Abschläge, die jeweils zu acht Minuten Bearbeitungsaufwand bei Lohnkosten von 48,10 Euro pro Stunde bei den Krankenkassen führen, entfällt **jährlicher** Erfüllungsaufwand in Höhe von **rund 6,4 Mio.**

- Einführung eines Beitragszuschlags zur Familienversicherung
Zukünftig müssen die Krankenkassen prüfen, ob bei Familienversicherten ein Beitragszuschlag zu zahlen ist. Das Ressort geht davon aus, dass diese Prüfung einen jährlichen Personalmehraufwand bei den Krankenkassen von vier Minuten pro Fall in geschätzt rund 340 000 Fällen verursachen wird, mithin jährliche Kosten in Höhe von rund 1 Mio. Euro.

Der übrige Erfüllungsaufwand resultiert aus verschiedenen Einzelvorgaben mit jeweils geringerer Kostenwirkung.

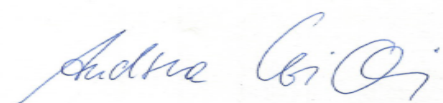
III.2 Weitere Kosten

Das Ressort stellt weitere Kosten in Milliardenhöhe dar, ohne die konkrete Berechnung transparent zu machen. Der NKR kritisiert, dass die Darstellungen im Einzelnen nicht nachzuvollziehen sind.

27. April 2026



Lutz Goebel
Vorsitzender



Andrea Wicklein
Berichterstatterin für das
Bundesministerium für Gesundheit