Bundesrat **Drucksache** **620/26**

30.10.26

G - In

Gesetzesbeschluss
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 102. Sitzung am 15. Oktober 2026 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichtes des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 21/8629 – den von der Bundesregierung eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

– Drucksache 21/6808 –

mit beigefügten Maßgaben, im Übrigen unverändert angenommen.

Fristablauf: 20.11.26

Erster Durchgang: Drs. 255/26

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.bundesanzeiger-verlag.de
ISSN 0720-2946

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

   a) Vor Nummer 1 werden die folgenden Nummern 0 und 0a eingefügt:

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

      „(5) Im Haushaltsjahr 2027 dürfen sich die Verwaltungsausgaben je Versicherten einer Krankenkasse mit Ausnahme der Verwaltungsausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkasse und der knappschaftlichen Krankenversicherung im Verhältnis zu ihren Verwaltungsausgaben je Versicherten im Haushaltsjahr 2026 nur nach Maßgabe der Differenz zwischen der für das Jahr 2027 nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate und einem Prozentpunkt erhöhen. Ab dem Haushaltsjahr 2028 dürfen sich die Verwaltungsausgaben je Versicherten einer Krankenkasse mit Ausnahme der Verwaltungsausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkasse und der knappschaftlichen Krankenversicherung im Verhältnis zu ihren Verwaltungsausgaben je Versicherten im jeweils vorangegangenen Haushaltsjahr nur nach Maßgabe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate erhöhen. Die Begrenzung nach den Sätzen 1 und 2 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik sowie für Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl entstehen. Für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung gilt § 18a Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend.“

      0a. § 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 4 wird der folgende Satz eingefügt:

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

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

         „Absatz 6 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für die in Satz 1 genannten Arbeiter und Angestellten in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches gesondert fest. Abweichend von Absatz 6 Satz 5 setzt die Bundesregierung die Jahresarbeitsentgeltgrenze im Jahr 2027 in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches gesondert in Höhe von 72 900 Euro fest.“

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

„(8) Abweichend von Absatz 6 Satz 5 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2026 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2027 80 550 Euro. Absatz 6 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für die in Satz 1 genannten Arbeiter und Angestellten in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches gesondert fest.“ ‘

b) In Nummer 2 wird § 30 Absatz 3 Satz 3 gestrichen.

c) Nach Nummer 2 werden die folgenden Nummern 2a und 2b eingefügt:

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

„Die vertragsärztliche Versorgung hat zunächst mit einem cannabishaltigen Fertigarzneimittel im Rahmen eines Therapieversuchs zu erfolgen, sofern ein solches für die jeweilige Indikation nach dem Arzneimittelgesetz zugelassen ist.“

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

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

d) Nummer 4 wird durch die folgende Nummer 4 ersetzt:

‚4. Nach § 61 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Zuzahlung zur notfallmedizinischen Versorgung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und zum Notfalltransport nach § 30 Absatz 2 Nummer 3 beträgt jeweils 15 Euro.“ ‘

e) Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:

‚6. § 73b wird wie folgt geändert:

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

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

b) Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln; in Verträgen, die nach dem 31. März 2014 zustande kommen, sind zudem Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Anforderungen nach Absatz 2 ist möglich. Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20i, 25, 26, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels mit Ausnahme von Satz 2 sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106d Absatz 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend. Zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme nach den §§ 137f und 137g sind, soweit sie die hausärztliche Versorgung betreffen, Bestandteil der Verträge nach Absatz 4. Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.“ ‘

f) Nummer 7 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Buchstabe a Doppelbuchstabe ff wird der folgende Doppelbuchstabe gg eingefügt:

‚gg) Der bisherige Satz 20 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Vertragsärzte sind verpflichtet, der Terminservicestelle Termine in dem von der Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festzulegenden Umfang zu melden. Kommt die Festlegung bis zum 1. März 2027 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt nach § 89 Absatz 1. Bestehende Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung zum Umfang der Terminmeldepflicht gelten bis zur Festlegung nach Satz 20 und 21 fort.“ ‘

bb) Buchstabe b wird wie folgt geändert:

aaa) In Absatz 1b Satz 3 wird die Angabe „vertragsärztliche“ gestrichen.

bbb) In Absatz 1b Satz 4 wird die Angabe „auch“ gestrichen.

ccc) Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

„3. eine jederzeit verfügbare aufsuchende Versorgung in Fällen, in denen die in Satz 1 genannte Versorgung nicht anderweitig erbracht werden kann.“

ddd) In Absatz 1c Satz 7 wird die Angabe „Eine Versorgung durch den aufsuchenden Dienst nach Absatz 1b Satz 6 Nummer 3“ durch die Angabe „Eine jederzeit verfügbare aufsuchende Versorgung nach Absatz 1b Satz 6 Nummer 3“ ersetzt.

g) Nach Nummer 8 wird die folgende Nummer 8a eingefügt:

‚8a. Nach § 84 wird der folgende § 84a eingefügt:

„§ 84a

Vereinbarungen zur Versorgung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer mit Sprechstundenbedarf

(1) Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung treffen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des siebten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vereinbarungen zur Versorgung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer mit Arzneimitteln, Verbandmitteln und anderen Medizinprodukten, die ihrer Art nach bei mehr als einem Anspruchsberechtigten im Rahmen der ärztlichen Behandlung angewendet werden oder bei Notfällen zur Verfügung stehen müssen und die weder bereits mit der Abrechnung von Leistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab nach §87 Absatz 1 Satz 1 abgegolten sind noch zur Erstausstattung der vertragsärztlichen Betriebsstätte gehörende Artikel sind (Sprechstundenbedarf). Die Versorgung mit Sprechstundenbedarf ist insbesondere für Versicherte und für Personen, deren Krankenbehandlung nach § 264 Absatz 2 von der Krankenkasse übernommen wird, zu vereinbaren. In den Vereinbarungen nach Satz 1 ist insbesondere zu regeln:

1. ein Sachverzeichnis, in dem die als Sprechstundenbedarf zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähigen Arzneimittel, Verbandmittel und anderen Medizinprodukte aufgeführt werden,
2. ein Sachverzeichnis, in dem die durch Ärzte einer Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 als Sprechstundenbedarf zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähigen und nach § 43 Absatz 4 des Arzneimittelgesetzes abgabefähigen Arzneimittel und die nach § 3 Absatz 2 der Medizinprodukte-Abgabeverordnung abgabefähigen Verbandmittel und anderen Medizinprodukte aufgeführt werden,
3. ein Sachverzeichnis, in dem die durch Ärzte im Fall einer aufsuchenden Versorgung im Notdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 als Sprechstundenbedarf zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähigen und nach § 43 Absatz 4 des Arzneimittelgesetzes abgabefähigen Arzneimittel und die nach § 3 Absatz 2 der Medizinprodukte-Abgabeverordnung abgabefähigen Verbandmittel und anderen Medizinprodukte aufgeführt werden,

4. die Abgabe von Arzneimitteln nach § 43 Absatz 4 des Arzneimittelgesetzes und von Verbandmitteln und anderen Medizinprodukten nach § 3 Absatz 2 der Medizinprodukte-Abgabeverordnung durch Ärzte einer Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 und durch Ärzte im Fall einer aufsuchenden Versorgung im Notdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung,
5. der Bezugsweg des Sprechstundenbedarfs, soweit dieser nicht gesetzlich festgelegt ist, und
6. nähere Anforderungen an die wirtschaftliche Verordnung und Verwendung von Sprechstundenbedarf.

Die Vereinbarungen sind von den Vertragspartnern nach Satz 1 mindestens einmal im Jahr zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Das Sachverzeichnis nach Satz 3 Nummer 1 ist spätestens drei Monate nach Wirksamwerden des Erlasses oder der Änderung einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 15 entsprechend den Vorgaben aus der Richtlinie anzupassen.

(2) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 nicht, teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, setzt das zuständige Landesschiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest. Eine Vereinbarung gilt bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder einer Entscheidung durch das zuständige Landesschiedsamt weiter.“ ‘

h) Nummer 9 wird durch die folgende Nummer 9 ersetzt:

‚9. § 87 Absatz 2a Satz 21 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a beschließt im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen

1. Regelungen für die notdienstliche Akutversorgung sowie für die Versorgung in Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2,
2. Regelungen für die notdienstliche Akutversorgung mit telemedizinischen Leistungen und
3. Zuschläge für die Gruppe der Versicherten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwändigen Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 1 oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche nach § 123b Absatz 1 bedürfen.“ ‘

i) Nummer 10 wird durch die folgenden Nummern 10, 10a und 10b ersetzt:

‚10. § 87a wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 3c wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 9 wird die Angabe „Satz 15“ durch die Angabe „Satz 12“ ersetzt.

bb) Die Sätze 10 bis 12 werden gestrichen.

cc) In dem neuen Satz 13 wird die Angabe „Sätzen 6 und 14“ durch die Angabe „Sätzen 6 und 11“ ersetzt.

dd) In dem neuen Satz 14 wird die Angabe „Satz 13“ durch die Angabe „Satz 10“ und die Angabe „Sätzen 6 und 14“ durch die Angabe „Sätzen 6 und 11“ ersetzt.

10a. In § 87b Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „, sofern kein Fall von § 87a Absatz 3b Satz 14 oder Absatz 3c Satz 10 vorliegt“ gestrichen.

10b. Nach § 89 Absatz 5 wird der folgende Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Kommt eine Vereinbarung nach § 105 Absatz 1b Satz 1 nicht oder teilweise nicht zustande, entscheidet das zuständige Landesschiedsamt abweichend von Absatz 5 Satz 1 in einer um einen Vertreter der Ärzte und einen Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. erweiterten Besetzung innerhalb von drei Monaten ab Eröffnung des Schiedsverfahrens.“ ‘

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

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

„Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen prozentualen Zuschlag auf die Grundvergütung vereinbart werden, der höchstens dem Durchschnitt der nach § 71 Absatz 3 Satz 5 seit dem Beginn der letzten Amtsperiode veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsraten entspricht.“ ‘

k) Nummer 13 wird durch die folgende Nummer 13 ersetzt:

‚13. § 92 wird wie folgt geändert:

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

„12. Verordnung von Krankentransporten und Krankenfahrten,“.

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

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

l) Nummer 14 wird durch die folgende Nummer 14 ersetzt:

‚14. § 105 Absatz 1b wird durch den folgenden Absatz 1b ersetzt:

„(1b) Jede Kassenärztliche Vereinigung vereinbart jährlich mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich einen von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zum einen und den privaten Krankversicherungsunternehmen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum anderen in jeweils gleicher Höhe über die nach Absatz 1a bereitzustellenden Mittel hinaus bereitzustellenden Betrag und dessen jeweilige Verwendung zur Finanzierung der

1. nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 2 und 3, Absatz 1c und § 133a von der Kassenärztlichen Vereinigung sicherzustellenden Strukturen einschließlich Maßnahmen zur digitalen Vernetzung dieser Strukturen und
2. Förderung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Einrichtungen und Stellen innerhalb der Integrierten Notfallzentren und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche einschließlich Maßnahmen zur digitalen Vernetzung dieser Einrichtungen und Stellen.

Kommt eine Einigung der Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. über die von ihnen nach Satz 1 gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch je einen Vertreter der Kassenart einschließlich eines Vertreters des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. Für die Gewichtung der Stimmen der Vertreter wird die jeweilige landesweite Anzahl der Versicherten nach der Statistik KM 6 um 10 Prozent erhöht. Die Stimmen der Vertreter der jeweiligen Landesverbände und der Ersatzkassen werden mit der jeweiligen landesweiten Anzahl der Versicherten nach der Statistik KM 6 auf die jeweilige Kassenart bezogen auf die nach Satz 3 erhöhte Versichertenanzahl gewichtet. Die Stimme des Vertreters des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. wird mit dem Anteil gewichtet, der sich aus dem Verhältnis der Anzahl der Versicherten, um die die Versichertenanzahl nach Satz 3 erhöht wurde, und der erhöhten Gesamtanzahl der Versicherten nach Satz 3 ergibt. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen nach Satz 1 jeweils bereitzustellenden Beträgen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung des Betrages der in Satz 6 genannten Beteiligung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen legen jährlich spätestens vier Wochen vor Beginn der jeweiligen Verhandlungen über die in Satz 1 genannten Vereinbarungen den anderen in Satz 1 genannten Vereinbarungspartnern eine detaillierte Kalkulation der Kosten vor, die zur Gewährleistung des Aufbaus und des Betriebs der in Satz 1 genannten Strukturen, Einrichtungen und Stellen

einschließlich der Maßnahmen zur digitalen Vernetzung entstehen. Bei der jeweiligen Vereinbarung des in Satz 1 genannten Betrags haben die in Satz 1 genannten Vereinbarungspartner folgende im Zusammenhang mit der notdienstlichen Akutversorgung im jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr vereinnahmte Entgelte in voller Höhe mindernd zu berücksichtigen:

1. Entgelte für nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder nach einem Gesamtvertrag abrechenbare Leistungen und Kosten und
2. die von der Kassenärztlichen Vereinigung sonstigen vereinnahmten Entgelte.

Nach Satz 9 sind zudem die von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verbrauchten Mittel des Honorarvolumens nach § 87b Absatz 1 Satz 3 in voller Höhe mindernd zu berücksichtigen. Die Höhe der jeweils zuletzt nach Satz 1 vereinbarten Beträge und deren zweckentsprechende Verwendung sind jährlich von den in Satz 1 genannten Vereinbarungspartnern zu überprüfen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder teilweise nicht zustande, setzt das zuständige Schiedsamt auf Antrag eines der in Satz 1 genannten Vereinbarungspartner den Vereinbarungsinhalt nach Maßgabe der Sätze 8 bis 10 fest. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich, erstmals bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], barrierefrei im Internet einen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Inhalt der in Satz 1 genannten Vereinbarungen, einschließlich der Höhe des jeweils vereinbarten Betrags einschließlich seiner Aufteilung auf die einzelnen Verwendungszwecke. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können vereinbaren, über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des vertragszahnärztlichen Notdienstes bereitzustellen.“ ‘

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

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

„(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Arbeitgeber darf bis zum Ablauf des 29. Juli 2028 abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern, die die jeweilige bei Anwendung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 ergebende Vergütung überschreiten, bis zu der Höhe nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, die sich ergibt, wenn die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres um die Summe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate und der Hälfte der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate erhöht wird. Satz 3 gilt entsprechend für die Bezahlung von Gehältern nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1

Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, haben die Vertragsparteien die Vereinbarungen für den Zeitraum, der am Tag der Feststellung durch den Deutschen Bundestag beginnt und am Tag der Aufhebung der Feststellung, spätestens jedoch mit Ablauf des 7. April 2023 endet, an diese Sondersituation anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2028 einen Bericht über die Auswirkungen der Regelungen in den Sätzen 3 und 4 insbesondere auf die Höhe der vereinbarten Vergütungen zwischen den Trägern der zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und den Krankenkassen, die Entwicklung der Personalkosten und der tarifbedingten oder aufgrund kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen erfolgten Vergütungssteigerungen im Verhältnis zur jeweiligen durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 sowie die wirtschaftliche Situation tarifgebundener Einrichtungen und die Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten vor. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht dem Deutschen Bundestag zu.“

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

„Die Vergütungen für die in § 40 Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Arbeitgeber darf bis zum Ablauf des 29. Juli 2028 abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern, die die jeweilige bei Anwendung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 ergebende Vergütung überschreiten, bis zu der Höhe nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, die sich ergibt, wenn die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres um die Summe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate und der Hälfte der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate erhöht wird. Satz 3 gilt entsprechend für die Bezahlung von Gehältern nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen.“ ‘

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

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

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

b) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Zu Regelungen in der Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 4, die die Prüfung durch den Medizinischen Dienst betreffen, ist das Benehmen mit dem

Medizinischen Dienst Bund herzustellen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Vereinbarung nach Satz 1 oder die Festlegung nach Satz 4 im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zum 30. Juni 2030, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen."

c) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe „nach Satz 1 oder Satz 2" durch die Angabe „nach den Sätzen 1 oder 3" ersetzt.'

o) Nummer 18 wird wie folgt geändert:

aa) § 123 Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Integrierte Notfallzentren haben sicherzustellen, dass sie

1. zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützt werden, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist,
2. bei Hinweisen auf das Vorliegen psychischer Erkrankungen von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenheilkunde durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützt werden, wenn an ihrem Standort keine Fachabteilung für Psychiatrie oder Psychosomatik vorhanden ist,
3. mit Strukturen der palliativmedizinischen Versorgung vernetzt sind und von diesen unterstützt werden, wenn an ihrem Standort keine palliativmedizinische Expertise vorhanden ist, und
4. bei der Organisation ihrer Abläufe und der Durchführung der in § 123c Absatz 1 Satz 1 genannten Ersteinschätzung jeweils die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung berücksichtigen."

bb) § 123a Absatz 1 Satz 9 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Kommt eine erstmalige Festlegung der Krankenhausstandorte nach Satz 1 nicht oder teilweise nicht fristgemäß zustande, so hat die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde die Krankenhausstandorte nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in Satz 1 genannten oder der nach Satz 8 verlängerten Frist nach Maßgabe der Sätze 1 bis 7 festzulegen."

cc) Die Überschrift des § 123c wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 123c

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an Notdienstpraxen".

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

‚18a. In § 126 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „nach § 127 Absatz 1 und 3" durch die Angabe „nach § 127 Absatz 1, 1c und 3" ersetzt.

18b. § 127 wird wie folgt geändert:

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

„(1b) Bei jeder Hilfsmittelversorgung nach § 33, die im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2028 gegenüber der Krankenkasse abgerechnet wird, wird ein Abschlag von 3 Prozent auf den nach den Absätzen 1 oder 3 vertraglich vereinbarten Preis erhoben. Maßgeblich für die Anwendung des Abschlags nach Satz 1 ist der Rechnungseingang bei der Krankenkasse. Die Krankenkasse nimmt den Abschlag durch eine pauschale Kürzung des auf die nach Satz 1 erfassten Hilfsmittelversorgungen entfallenden Rechnungsbetrages in Höhe von 3 Prozent vor.

(1c) Abweichend von Absatz 1 können Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften, soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern oder Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und der zusätzlich zu erbringenden Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung schließen. Die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften haben die Zweckmäßigkeit vor Einleitung des Ausschreibungsverfahrens zu prüfen und zu dokumentieren. Bei der Prüfung der Zweckmäßigkeit sind insbesondere zu berücksichtigen:

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

Ausschreibungen sind in der Regel nicht zweckmäßig zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung bei Versorgungen mit Hilfsmitteln, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, bei Versorgungen mit einem hohen Anteil an individuell zu erbringenden Dienstleistungen sowie bei auf Dauer angelegten Versorgungen, bei denen ein Wechsel des Leistungserbringers mit erheblichen Belastungen für die Versicherten oder mit Risiken für die Kontinuität oder Qualität der Versorgung verbunden sein kann. Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung festgelegten indikations- oder einsatzbezogenen besonderen Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel zugrunde zu legen. Die Krankenkassen haben darüber hinaus sicherzustellen, dass die Leistungs-

beschreibung die zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung erforderlichen Anforderungen an die Qualität der Hilfsmittel und der zusätzlich zu erbringenden Leistungen enthält. Der Zuschlag ist auf das wirtschaftlichste Angebot zu erteilen. Der Preis oder die Kosten dürfen nicht das alleinige Zuschlagskriterium sein. Bei der Ermittlung des wirtschaftlichsten Angebots sind die Qualität der Produkte und der Versorgung angemessen zu berücksichtigen. Soweit qualitative Anforderungen an die Liefer- oder Dienstleistungen, die über die gesetzlichen und die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Mindestanforderungen wesentlich hinausgehen, nicht bereits in der Leistungsbeschreibung verbindlich festgelegt sind, darf die Gewichtung der die die Qualität der Hilfsmittel und der Versorgung betreffenden Zuschlagskriterien 50 Prozent nicht unterschreiten. Bei der Bestimmung des Ausschreibungsgegenstands und der Bildung der Lose sind die Belange kleiner und mittlerer Leistungserbringer sowie die Auswirkungen auf die wohnortnahe Versorgung angemessen zu berücksichtigen. In den Verträgen ist eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln sicherzustellen. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Auswirkungen der Ausschreibungen nach diesem Absatz insbesondere auf die Qualität der Hilfsmittelversorgung, die Ausgaben für die Hilfsmittelversorgung sowie die Anbieter- und Wettbewerbsstruktur im Hilfsmittelbereich bis zum 31. Dezember 2029.

(1d) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben gemeinsame Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen nach Absatz 1c zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung mit Hilfsmitteln ab. In den Empfehlungen sind insbesondere Kriterien festzulegen zur Beurteilung

1. des Anteils individuell zu erbringender Dienstleistungen,
2. der Auswirkungen eines Wechsels des Leistungserbringers bei einer auf Dauer angelegten Versorgung,
3. der Anforderungen an die Versorgungskontinuität,
4. der Anbieter- und Wettbewerbsstruktur und
5. des Verhältnisses zwischen dem mit der Ausschreibung verbundenen Aufwand und dem zu erwartenden wirtschaftlichen Nutzen.

Die Empfehlungen sind regelmäßig zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen.“

b) Nach Absatz 2 Satz 5 wird der folgende Satz eingefügt:

„Verträgen nach Absatz 1c kann nicht beigetreten werden.“

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

18c. § 130a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 130a

Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer; Verordnungsermächtigung“.

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

„(1d) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erhebt für die Bearbeitung eines Antrags eines pharmazeutischen Unternehmers nach Absatz 1c Satz 1 oder 11 Gebühren. Für die Erhebung der Gebühren gelten die §§ 3 bis 21 des Bundesgebührengesetzes entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu den nach Satz 1 zu erhebenden Gebühren zu regeln.“

c) Absatz 3f Satz 9 wird gestrichen.

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

„Das Bundesministerium für Gesundheit hat nach einer Überprüfung der Erforderlichkeit der Abschläge nach den Absätzen 1 bis 1b, 2, 3a, 3e und 3f nach Maßgabe oder in entsprechender Anwendung des Artikels 4 der Richtlinie 89/105/EWG in der Fassung vom 21. Dezember 1988 die Abschläge durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates aufzuheben oder zu verringern, wenn und soweit diese nach der gesamtwirtschaftlichen Lage, einschließlich ihrer Auswirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung, nicht mehr gerechtfertigt sind. Über Anträge pharmazeutischer Unternehmer nach Maßgabe oder in entsprechender Anwendung des Artikels 4 der Richtlinie 89/105/EWG in der Fassung vom 21. Dezember 1988 auf Ausnahme von den nach den Absätzen 1 bis 1b, 2, 3a, 3e und 3f vorgesehenen Abschlägen entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit.“

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

„(9) Pharmazeutische Unternehmer können einen Antrag auf Ausnahme von den nach den Absätzen 1 bis 1b, 2 und 3a vorgesehenen Abschlägen auch für ein Arzneimittel stellen, das zur Behandlung eines seltenen Leidens nach der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 zugelassen ist, und einen Antrag auf Ausnahme von dem nach Absatz 3f vorgesehenen Abschlag stellen. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn der Antragsteller nachweist, dass durch einen Abschlag nach den Absätzen 1 bis 1b, 2, 3a und 3f seine Aufwendungen insbesondere für Forschung und Entwicklung für das Arzneimittel nicht mehr finanziert werden.“

18d. § 130b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 wird die Angabe „eine abweichende Preis-Mengen-Regelung“ durch die Angabe „eine von Satz 3 abweichende Preis-Mengen-Regelung“ ersetzt.

bb) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

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

„Der Vorjahreszeitraum nach Satz 7 ist jeweils der Zeitraum vom Beginn des Tages 18 Monate vor dem Zeitpunkt, zu dem der Erstattungsbetrag nach Satz 5 anzupassen ist, bis zum Beginn des Tages sechs Monate vor dem Zeitpunkt, zu dem der Erstattungsbetrag anzupassen ist, erstmals der Zeiraum vom Beginn des Tages 18 Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff bis zum Beginn des Tages 30 Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Der Referenzjahreszeitraum nach Satz 7 Nummer 1 Buchstabe a ist der Zeitraum vom Beginn des Tages sechs Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff bis zum Beginn des Tages 18 Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff.“

dd) Satz 14 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Führt der berechnete Rabattsatz zu einer Änderung des vereinbarten oder festgesetzten Erstattungsbetrags, stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem pharmazeutischen Unternehmer die Höhe des Rabattsatzes sowie die festgestellten Bezugsgrößen und die ermittelten Gesamtausgabenvolumina bis zum Tag einen Monat vor dem Zeitpunkt, zu dem der Erstattungsbetrag nach Satz 5 anzupassen ist, erstmals bis zum Tag 35 Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff, zur Verfügung.“

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

ff) Satz 16 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Gilt die Anpassung des Erstattungsbetrags nach Satz 3 erst nach Ablauf der in Satz 14 genannten Frist, die für den nach Satz 15 erstmals geltenden anzupassenden Erstattungsbetrag maßgeblich ist, als vereinbart, stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die in Satz 14 genannten Informationen dem pharmazeutischen Unternehmer unverzüglich nach

dem Zustandekommen der Vereinbarung nach Absatz 1 oder der Festsetzung nach Absatz 4 zur Verfügung.“

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

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

„(1) Über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Arbeitgeber darf bis zum Ablauf des 29. Juli 2028 abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern, die die jeweilige bei Anwendung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 ergebende Vergütung überschreiten, bis zu der Höhe nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, die sich ergibt, wenn die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres um die Summe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate und der Hälfte der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate erhöht wird. Satz 3 gilt entsprechend für die Bezahlung von Gehältern nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Vertrag schließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von Haushaltshilfe auch geeignete Personen anstellen. § 111 Absatz 5 Satz 9 und 10 gilt entsprechend.“

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

„(4) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Verträge dürfen nur mit zuverlässigen Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Arbeitgeber darf bis zum Ablauf des 29. Juli 2028 abweichend von Satz 7 die Bezahlung von Gehältern, die die jeweilige bei

Anwendung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 ergebende Vergütung überschreiten, bis zu der Höhe nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, die sich ergibt, wenn die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres um die Summe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate und der Hälfte der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate erhöht wird. Satz 8 gilt entsprechend für die Bezahlung von Gehältern nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt; Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson durch das Bundesamt für Soziale Sicherung haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt oder die von der Schiedsperson festgelegten einzelnen Bestimmungen des Vertrages gilt oder gelten bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Soweit bei einer Prüfung nach § 275b Absatz 1 Satz 1 bis 3 Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen. § 111 Absatz 5 Satz 9 und 10 gilt entsprechend.“

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

„(5) Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit zuverlässigen Leistungserbringern, die

1. eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen,
2. Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen,

3. Leistungen nach § 103 Absatz 1 des Neunten Buches in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches erbringen oder
4. außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten erbringen.

§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Arbeitgeber darf bis zum Ablauf des 29. Juli 2028 abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern, die die jeweilige bei Anwendung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 ergebende Vergütung überschreiten, bis zu der Höhe nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, die sich ergibt, wenn die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres um die Summe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate und der Hälfte der Differenz zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate erhöht wird. Satz 3 gilt entsprechend für die Bezahlung von Gehältern nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen oder einer Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Soweit bei einer Prüfung nach § 275b Absatz 1 Satz 1 bis 3 Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Verträge nach § 132a Absatz 4 gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach Satz 1 abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1. § 111 Absatz 5 Satz 9 und 10 gilt entsprechend.“ ‘

q) Nummer 19 wird wie folgt geändert:

aa) In dem Änderungsbefehl wird die Angabe „§ 133h“ durch die Angabe „§ 133i“ ersetzt.

bb) § 133 Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern Verträge über die Entgelte für die einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30. Landesrecht kann vorsehen, dass für mehrere Leistungserbringer einheitliche Entgelte zu vereinbaren sind und dass in diesem Fall eine zentrale Abrechnungsstelle die Entgelte einziehen und auf die betroffenen Leistungserbringer aufteilen kann. Die Leistungserbringer haben den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor Vertragsschluss die Daten, die der Kalkulation der Entgelte für die

einzelnen Leistungen zugrunde liegen, elektronisch, vollständig und in nachprüfbarer Form vorzulegen. Bei der Kalkulation der Entgelte dürfen nur Kosten berücksichtigt werden, die der Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen; Kosten für darüber hinausgehende öffentliche Aufgaben dürfen in diese Kalkulation nicht einbezogen werden. Auf der Grundlage der vereinbarten ansatzfähigen Kosten eines Leistungserbringers oder der kumulierten ansatzfähigen Kosten mehrerer Leistungserbringer sind Entgelte für die unterschiedlichen Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 zu vereinbaren. Bei den der Entgeltbemessung zugrunde gelegten Kosten nach Satz 5 gilt § 71 Absatz 1 bis 3. Die flächendeckende Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung ist sicherzustellen. Den Nachweis der Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 71 Absatz 1 Satz 1 hat der Leistungserbringer oder haben die Leistungserbringer auf der Grundlage einer transparenten Kosten-Leistungsrechnung zu erbringen. Für die Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven gelten insbesondere folgende Kriterien:

1. die Einhaltung der Vorgaben einer landesweiten oder zumindest überregionalen Bedarfsplanung, die im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erstellt wurde,
2. die landesweite oder zumindest überregionale Vornahme von Investitionen auf der Grundlage der Bedarfsplanung nach Nummer 1, die zur Sicherstellung der medizinischen Notfallrettung nach § 30 notwendig sind,
3. die Umsetzung der Rahmenverträge nach Satz 11.

Die Vertragsparteien nach Satz 1 berücksichtigen bei den Vertragsverhandlungen die nach § 133b Absatz 1 Satz 2 erstellten Rahmenempfehlungen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene können zur Umsetzung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 2 Rahmenverträge vereinbaren. Bei der Kalkulation der Entgelte sind die besonderen Anforderungen des Notfallmanagements an Leistungserbringer, die Teil eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a sind, angemessen zu berücksichtigen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam, einheitlich und elektronisch die wesentlichen Inhalte der nach diesem Absatz abgeschlossenen Verträge, insbesondere die der Entgeltfestsetzung zugrunde gelegte Kostenkalkulation.“

cc) § 133 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in einer Richtlinie das Nähere insbesondere zu den wesentlichen Inhalten und zur möglichst einheitlichen Ausgestaltung der Verträge nach Absatz 2 Satz 1 und der Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 2 sowie das Nähere zur Übermittlung der wesentlichen Inhalte der Verträge nach Absatz 2 Satz 13 und der Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 6. Er berichtet jährlich, erstmals zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], dem Bundesministerium für Gesundheit über die wesentlichen Inhalte der Verträge nach Absatz 2 Satz 1 und der Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 2.“

dd) In § 133 Absatz 6 Satz 1 wird nach der Angabe „bis zum Ablauf des … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]“ die Angabe „ihre Leistungen“ eingefügt.

ee) § 133a wird wie folgt geändert:

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

„(1) Soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt, schließen die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle und die örtlich zuständigen Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems; der Abschluss hat innerhalb von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt zu erfolgen, zu dem der jeweilige Leistungserbringer über eine softwarebasierte, standardisierte Notrufabfrage nach § 133c Absatz 4 verfügt. In einem Gesundheitsleitsystem arbeiten die Parteien der Kooperationsvereinbarung durch die Einrichtung und den Betrieb einer digitalen Vernetzung nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 zusammen. Die Parteien der Kooperationsvereinbarung können in der Kooperationsvereinbarung über die Inhalte nach Absatz 2 hinausgehende Kooperationen vereinbaren. Die weiteren Aufgaben der Parteien der Kooperationsvereinbarung bleiben unberührt. § 133 Absatz 4 Satz 1, 3 und 4 gilt entsprechend, wenn eine Kooperationsvereinbarung nicht oder teilweise nicht fristgerecht zustande kommt.“

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

„Die Parteien der Kooperationsvereinbarung legen für die nach Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarenden Zuständigkeiten Eintreffzeiten der aufsuchenden Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung als Zielgrößen fest.“

ff) § 133b wird wie folgt geändert:

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

„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen benennt 16 Mitglieder für das Fachgremium medizinische Notfallrettung. Die Länder können jeweils ein Mitglied benennen. Die nach Satz 1 und 2 benannten Mitglieder benennen gemeinsam insgesamt neun weitere Mitglieder und jeweils einen Stellvertreter aus dem Kreis der maßgeblichen Organisationen von in § 133 Absatz 1 genannten Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30 auf Bundesebene sowie der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände auf Bundesebene. Bei der Benennung der Mitglieder nach Satz 3 ist darauf zu achten, dass die in Satz 3 genannten verschiedenen Organisationen, Fachgesellschaften und Fachverbände in dem Fachgremium medizinische Notfallrettung angemessen repräsentiert sind. Die Benennung nach Satz 3 erfolgt auf der Grundlage von Vorschlägen der nach Satz 3 in Betracht kommenden Organisationen, Fachverbände und Fachgesellschaften und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit; bei der

Beschlussfassung gilt Absatz 3 Satz 1 und 2 entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied in das Fachgremium medizinische Notfallrettung."

bbb) Absatz 3 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Jedes Mitglied kann sein Stimmrecht auf ein anderes stimmberechtigtes Mitglied übertragen, wobei das Stimmrecht nur auf ein Mitglied übertragen werden kann, das auf derselben Rechtsgrundlage benannt wurde."

ccc) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aaaa) Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

„1. die Anforderungen an Abfragesysteme im Sinne des § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, deren Nutzung und einheitliche Anwendung, die auf der Grundlage solcher Abfragesysteme erfolgenden Entscheidungen über zu vermittelnde Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 und die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen,".

bbbb) Nummer 8 wird durch die folgende Nummer 8 ersetzt:

„8. die Entwicklung standardmäßiger Verfahrensweisen für die Durchführung eigenständiger Maßnahmen im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c des Notfallsanitätergesetzes oder für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c in Verbindung mit § 2a des Notfallsanitätergesetzes und".

ddd) Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Jedes Mitglied des Fachgremiums medizinische Notfallrettung kann Themen benennen, über die eine Beratung und Entscheidung erfolgt. Den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f ist bei der Erstellung der Rahmenempfehlungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Erstellung der Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen. Das Fachgremium medizinische Notfallrettung setzt zur Vorbereitung seiner Beratungen und Beschlussfassungen zu den Rahmenempfehlungen Fachausschüsse ein, für die durch das Fachgremium medizinische Notfallrettung weitere Mitglieder der in Absatz 2 Satz 3 genannten Organisation, Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie Einzelsachverständige benannt werden. Das Fachgremium kann die Fachausschüsse insbesondere beauftragen, Beschlussentwürfe, Berichte oder Gutachten zu erstellen."

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

„(8) Das Fachgremium medizinische Notfallrettung legt das Nähere zu seiner Arbeitsweise und zu seiner Beschlussfassung sowie zur Arbeitsweise

und Beschlussfassung der Fachausschüsse im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit in einer Geschäftsordnung fest. Sitzungen des Fachgremiums medizinische Notfallrettung und der Fachausschüsse können ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung stattfinden."

gg) In § 133c wird nach Absatz 3 der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Die vom Notfallmanagement nach § 30 Absatz 3 Satz 1 umfasste Vermittlung der erforderlichen Hilfe erfolgt spätestens ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] auf der Grundlage einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage."

hh) In § 133d Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „für das Fachgremium medizinische Notfallrettung," die Angabe „für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen," eingefügt.

ii) § 133f wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 1 wird nach der Angabe „225 Millionen" die Angabe „Euro" eingefügt.

bbb) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Förderbar sind auch Weiterentwicklungen und Verbesserungen der in Satz 1 genannten Vorhaben sowie die Entwicklung und Pilotierung der nach § 133c bundeseinheitlich zu definierenden digitalen und interoperablen Schnittstellen und Standards, soweit eine Beauftragung nach § 385 Absatz 4 Satz 1 erfolgt."

jj) Nach § 133h wird der folgende § 133i eingefügt:

„§ 133i

Übermittlung von Daten an ein Monitoring- und Frühwarnsystem für den missbräuchlichen Konsum von Betäubungsmitteln, neuen psychoaktiven Stoffen, sonstigen psychoaktiven Substanzen und psychoaktiven Arzneimitteln

(1) Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30, Krankenhäuser, wissenschaftliche Laboratorien sowie Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe können zu den folgenden Zwecken Daten zu festgestellten oder vermuteten Vergiftungen durch Betäubungsmittel, neue psychoaktive Stoffe, sonstige psychoaktive Substanzen oder psychoaktive Arzneimittel sowie Daten zu festgestellten sonstigen psychoaktiven Substanzen an durch die Länder benannte Stellen eines Monitoring- und Frühwarnsystems für den missbräuchlichen Konsum von Betäubungsmitteln, neuen psychoaktiven Stoffen, sonstigen psychoaktiven Substanzen und psychoaktiven Arzneimitteln übermitteln:

1. zum Monitoring von Vergiftungen durch Betäubungsmittel im Sinne des § 1 Absatz 1 des Betäubungsmittelgesetzes, neue psychoaktive Stoffe im Sinne des § 2 Nummer 1 des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes, sonstige psychoaktive

Substanzen oder Arzneimittel im Sinne des § 2 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes, die missbräuchlich verwendet wurden und eine psychoaktive Wirkung entfalten,

2. zur besseren Versorgung von Versicherten in Fällen solcher Vergiftungen und
3. zur Frühwarnung vor dem missbräuchlichen Konsum der für solche Vergiftungen ursächlichen oder vermutlich ursächlichen Betäubungsmittel, neuen psychoaktiven Stoffe, sonstigen psychoaktiven Substanzen oder psychoaktiven Arzneimittel.

(2) Eine Datenübermittlung nach Absatz 1 ist nur in anonymisierter Form zulässig. Sie kann insbesondere folgende Angaben umfassen:

1. Diagnosen und Verdachtsdiagnosen,
2. beobachtete Symptome,
3. die für die festgestellte oder vermutete Vergiftung ursächlichen Substanzen,
4. Altersgruppe und Geschlecht,
5. Befunde aus toxikologischen Untersuchungen der für die festgestellte oder vermutete Vergiftung ursächlichen Substanzen oder von Körperflüssigkeitsproben,
6. Befunde aus toxikologischen Untersuchungen sonstiger psychoaktiver Substanzen,
7. Datum des Notfalleinsatzes und der Vergiftung,
8. Postleitzahl des Notfalleinsatzortes und der Vergiftung und
9. verwendete Notfallmedikation und geleistete Notfallmaßnahmen.“

r) Nach Nummer 19 werden die folgenden Nummern 19a bis 19d eingefügt:

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

„(4a) Ab dem 1. Januar 2027 gilt ein nutzungsabhängiger Abschlag von den nach Absatz 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungsbeträgen. Dieser entspricht dem Anteil der Nutzer der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung, die deren Nutzung innerhalb von 28 Tagen nach erstmaliger Nutzung vorzeitig beendet haben, an der Gesamtzahl der Nutzer der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung und wird jeweils für den in § 23a Absatz 3 der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung genannten Berichtszeitraum berechnet und erhoben. Die Hersteller der digitalen Gesundheitsanwendungen übermitteln die Daten nach Satz 2 im Rahmen der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung nach § 139e Absatz 13 an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt die nach Satz 3 übermittelten Daten unverzüglich dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser legt den für den jeweiligen Berichtszeitraum rückwirkend zu berücksichtigenden Abschlag für jede digitale Gesundheitsanwendung fest. Die Krankenkassen machen gegenüber den Herstellern entsprechende Rückforderungen geltend.“

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

„Abweichend von Absatz 5 Satz 1 und 2 hat der Antragsteller auf eigene Kosten eine unabhängige wissenschaftliche Institution mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung zu beauftragen, es sei denn, er nimmt seinen Antrag zurück oder der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt eine Beauftragung nach Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6.“

19c. § 137h wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 137h

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

b) Absatz 1 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Vor der Bewertung gibt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Informationen im Wege einer öffentlichen Bekanntmachung im Internet allen Krankenhäusern, die eine Erbringung der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode vorsehen, sowie, sofern die technische Anwendung der Methode maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, betroffenen Medizinprodukteherstellern in der Regel einen Monat Gelegenheit, weitere Informationen im Sinne der Sätze 1 und 2 an ihn zu übermitteln.“

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

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen nach Satz 5 Nummer 2 an die Qualität der Leistungserbringung in seinen Richtlinien oder Beschlüssen nach den §§ 136 bis 136b.“

19d. § 137i Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Hält ein Krankenhaus die in einer Vereinbarung nach Absatz 1 oder in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht ein, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 9 oder Absatz 3 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bestimmter Ausnahmetatbestand vorliegt oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 9 oder Absatz 3 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bestimmten Übergangsregelung erfüllt sind, haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10 Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zu vereinbaren. Verringerungen der Fallzahl sind mindestens in dem Umfang zu vereinbaren, der erforderlich ist, um die Unterschreitung der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze auszugleichen. Vergütungsabschläge sind in einer Höhe zu vereinbaren, die in einem angemessenen Verhältnis zum Grad

der Nichteinhaltung der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze steht. Die in Satz 1 genannten Sanktionen können durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen ausgesetzt werden. Die in Satz 1 genannten Sanktionen sind so auszugestalten, dass ein regelmäßiges Unterschreiten der in einer Vereinbarung nach Absatz 1 oder in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen ausgeschlossen wird. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 10 über Sanktionen nach diesem Absatz und Absatz 4b bis zum … [einsetzen: Datum zwei Monate nach der Verkündung dieses Gesetzes] zu überprüfen und anzupassen; Absatz 1 Satz 11 gilt entsprechend.“ ‘

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

‚20a. § 175 wird wie folgt geändert:

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

„Die Krankenkasse hat bis zum Ablauf des Monats, der vor dem Monat liegt, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird, ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben oder durch ein entsprechend § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches bekanntgegebenes elektronisches Dokument auf Folgendes hinzuweisen:

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

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

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

„(4a) Die Krankenkasse ist verpflichtet, der Aufsichtsbehörde das gesonderte Schreiben nach Absatz 4 Satz 7 so rechtzeitig vorzulegen, dass dieser vor dem Versand ausreichend Zeit bleibt, nach § 89 des Vierten Buches das Schreiben zu prüfen und die Krankenkasse zu beraten. Kommt eine Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Absatz 4 Satz 7 nicht ordnungsgemäß nach, soll die Aufsichtsbehörde beratend darauf hinwirken, dass die Krankenkasse ein

gesondertes Schreiben an ihre Mitglieder versendet, das die in Absatz 4 Satz 7 genannten Informationen enthält. Versendet die Krankenkasse innerhalb einer angemessenen Frist kein solches gesondertes Schreiben, soll die Aufsichtsbehörde die Krankenkasse verpflichten, ein solches gesondertes Schreiben an ihre Mitglieder zu versenden. Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach diesem Absatz haben keine aufschiebende Wirkung. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend im Fall der Information nach Absatz 4 Satz 7 durch ein entsprechend § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches bekanntgegebenes elektronisches Dokument."

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

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

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

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

20d. § 275 Absatz 3c wird durch den folgenden Absatz 3c ersetzt:

„(3c) Lehnt die Krankenkasse einen Leistungsantrag einer oder eines Versicherten ab und liegt dieser Ablehnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach den Absätzen 1 bis 3 zugrunde, ist die Krankenkasse verpflichtet, in ihrem Bescheid der oder dem Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form mitzuteilen."

20e. § 275a wird wie folgt geändert:

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

„4. der von den Ländern landesrechtlich vorgesehenen Qualitätsanforderungen,

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

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

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

„(9a) Die Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 werden auf Antrag eines Krankenhauses durchgeführt, das nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt

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

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

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

c) In Absatz 11 wird die Angabe „Absatz 6 Satz 4 und 5 sowie Absatz 7 Satz 5“ durch die Angabe „Absatz 6 Satz 4 bis 6, Absatz 7 Satz 5 und Absatz 9a Satz 4 und 5“ ersetzt.

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

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

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

t) Nummer 21 wird durch die folgende Nummer 21 ersetzt:

‚21. § 279 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 10 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Amtszeit der Vertreter nach Satz 1 darf drei Amtsperioden nicht überschreiten, eine Tätigkeit als Stellvertretung wird nicht angerechnet.“

bb) In Satz 11 wird die Angabe „einmalig“ durch die Angabe „zweimal“ ersetzt.

b) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „ein Ehrenamt“ durch die Angabe „zwei Ehrenämter“ ersetzt.

c) Absatz 7 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet; mindestens ein Vorstandsposten ist mit einer Frau zu besetzen.“ ‘

u) Nach Nummer 21 werden die folgenden Nummern 21a bis 21c eingefügt:

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

21b. § 282 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet; mindestens ein Vorstandsposten ist mit einer Frau zu besetzen.“

b) Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Bei dem Medizinischen Dienst Bund wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl die Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Bund bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes Bund vertraulich wenden können. Die Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Bund organisiert und koordiniert den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den nach § 278 Absatz 3 Satz 1 bestellten unabhängigen Ombudspersonen der Medizinischen Dienste. Sie wirkt auf eine einheitliche Gestaltung der Berichte nach § 278 Absatz 3 Satz 2 hin. Die Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Bund berichtet dem Verwaltungsrat und dem Bundesministerium für Gesundheit in anonymisierter Form im Abstand von zwei Jahren oder bei gegebenem Anlass über ihre Tätigkeit und die Tätigkeit der nach § 278 Absatz 3 Satz 1 bestellten unabhängigen Ombudspersonen der

Medizinischen Dienste und veröffentlicht den Bericht drei Monate nach Zuleitung an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde auf ihrer Internetseite. Das Nähere regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.“

21c. § 283 wird wie folgt geändert:

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

„Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in medizinischen, organisatorischen und digitalen Fragen, gewährleistet eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung und nimmt die hierfür erforderliche einrichtungsübergreifende Steuerung wahr.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 9 und 10 wird durch die folgenden Nummern 9 bis 11 ersetzt:

„9. zur Fort- und Weiterbildung,

10. zur in Absatz 1 Satz 1 genannten Zusammenarbeit und einheitlichen Aufgabenwahrnehmung sowie zur Steuerung der dafür erforderlichen einrichtungsübergreifenden Strukturen, Standards und Prozesse sowie

11. zum digitalen Datenaustausch der Medizinischen Dienste im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

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

„Der Medizinische Dienst Bund erlässt bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Richtlinie nach Satz 1 Nummer 11 über die Kommunikation mit den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, für die die Nutzung des sicheren E-Mail-Dienstes der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 vorzusehen ist. In den in Satz 1 genannten Richtlinien soll der Medizinische Dienst Bund auch Regelungen zu einheitlichen und digitalen Prozessen zur Umsetzung der Richtlinien treffen. In der Richtlinie nach Satz 1 Nummer 10 regelt der Medizinische Dienst Bund auch die einrichtungsübergreifende Steuerung und Evaluation digitaler Vorhaben und Anwendungen sowie einheitliche Daten-, Schnittstellen-, Interoperabilitäts- und Informationssicherheitsstandards, soweit die Vorhaben oder Anwendungen Aufgaben betreffen, die von den Medizinischen Diensten einheitlich wahrzunehmen sind. Bei der Regelung der einheitlichen Daten-, Schnittstellen-, Interoperabilitäts- und Informationssicherheitsstandards sind die verbindlichen Festlegungen nach § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 zu berücksichtigen und ist dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen nach § 385 Absatz 1 Satz 1 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Medizinische Dienst Bund kann festlegen, für welche Aufgaben einrichtungsübergreifende digitale Lösungen entwickelt oder

genutzt werden sollen. Die Medizinischen Dienste übermitteln dem Medizinischen Dienst Bund die zur Wahrnehmung seiner Aufgaben nach den Sätzen 4 und 5 erforderlichen Informationen und stellen sicher, dass die Vorgaben der Richtlinie auch von ihren gemeinsamen Einrichtungen beachtet werden."

c) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird die Angabe „nach § 275a Absatz 4 Satz 1 und Absatz 6 Satz 3" durch die Angabe „nach § 275a Absatz 4 Satz 1, Absatz 6 Satz 3 und Absatz 9a Satz 3" ersetzt.

bb) Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. die in § 275a Absatz 4 Satz 2 und 3, Absatz 6 Satz 5 und 6 und Absatz 7 Satz 5 genannten Mitteilungen und Informationen und die in § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und in § 275a Absatz 7 Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeigen und".'

v) Nach Nummer 24 wird die folgende Nummer 24a eingefügt:

'24a. Nach § 340 Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Zuständige Stelle für die Ausgabe der Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen an die in § 133 Absatz 1 genannten Leistungserbringer ist die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 von den Ländern bestimmte Stelle. Zuständige Stellen, die bestätigen, dass eine Leistungserbringerinstitution berechtigt ist, eine Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen zu erhalten, sind für die in § 133 Absatz 1 genannten Leistungserbringer die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen." '

w) Nach Nummer 27 wird die folgende Nummer 28 eingefügt:

'28. § 411 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

x) Nach Nummer 28 wird die folgende Nummer 29 eingefügt:

'29. § 412 wird durch den folgenden § 412 ersetzt:

„§ 412

Übergangsregelungen für Vorstandsämter bei den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund

Vorstandsämter bei einem Medizinischen Dienst und beim Medizinischen Dienst Bund, die am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung dieses Gesetzes] bestehen, können entgegen § 279 Absatz 7 Satz 1 zweiter Halbsatz und entgegen

§ 282 Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz bis zu ihrem vorgesehenen Ende wahrgenommen werden; auch eine einmalige Wiederbestellung dieser Amtsinhaber ist entgegen der genannten Bestimmungen zulässig.“ ‘

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

‚Artikel 1a

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

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

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

„Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist vorzusehen, dass folgende Leistungen vergütet werden:

1. Leistungen nach § 346 Absatz 1 zur Unterstützung der Versicherten bei der Verarbeitung medizinischer Daten in der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext und

2. ärztliche Leistungen nach § 346 Absatz 3 zur Unterstützung der Versicherten bei der erstmaligen Befüllung der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext.“

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

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

Artikel 1b

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

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

„(6) Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 Nummer 1 beträgt im Jahr 2027 84 150 Euro. Sie ändert sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und Bruttogehälter je Arbeitnehmer im Sinne des § 68 Absatz 2 Satz 1 des Sechsten Buches im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und Bruttogehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Abweichend von Satz 2 ist der

Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze zum 1. Januar 2028 nicht die in Satz 1 genannte Jahresarbeitsentgeltgrenze zugrunde zu legen, sondern ein Ausgangswert in Höhe von 84 121,20 Euro. Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches fest.

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

(8) Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2026 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2027 80 550 Euro. Absatz 6 Satz 2 und 4 gilt entsprechend. Abweichend von Satz 2 in Verbindung mit Absatz 6 Satz 2 ist der Änderung zum 1. Januar 2028 nicht die in Satz 1 genannte Jahresarbeitsentgeltgrenze zugrunde zu legen, sondern ein Ausgangswert in Höhe von 80 521,20 Euro. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für die in Satz 1 genannten Arbeiter und Angestellten in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches gesondert fest.“

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

3. § 87 Absatz 2a Satz 27 wird gestrichen.

4. § 87a Absatz 3 Satz 5 bis 20 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Mit Wirkung für das Jahr 2027 sind die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 7 um den in Punkten bewerteten Leistungsbedarf für die in § 87 Absatz 2a Satz 25 genannten Zuschläge zu bereinigen. Führt die Überprüfung durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 2a Satz 26 zu einer Veränderung der Bewertung der Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, sind die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen in Höhe der vorgenommenen Veränderung zum selben Zeitpunkt anzupassen wie die Bewertungen. Folgende Leistungen werden mit den für das jeweilige Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2027, vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet:

1. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 4 in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung erbracht werden,

2. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2,
3. Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung nach § 19a Absatz 1 Satz 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden,
4. Leistungen, die auf Grund einer Empfehlung des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingen Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet wurden, sofern diese Leistungen nicht nach § 87d Absatz 1 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden,
5. alle Leistungen, für die zum jeweiligen Zeitpunkt der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das folgende Kalenderjahr Abrechnungsdaten von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen, und
6. Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet wurden.

Im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2027 werden die bereits nach Satz 8 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung jeweils bereinigten arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumina für die in Satz 7 Nummer 3 genannten Leistungen in den nach Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarf rückgeführt mit der Maßgabe, dass die Rückführung abweichend von dem in Satz 8 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung genannten Zeitraum für die Kalenderjahre ab 2019 zu erfolgen hat. Die jeweiligen in Satz 8 genannten Volumina sind um die in Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Veränderungen anzupassen, die für das der jeweiligen Bereinigung folgende Kalenderjahr bis zu dem Kalenderjahr 2026 vereinbart wurden. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 15. Februar 2027 Vorgaben zur Durchführung der Rückführung nach Satz 8 und zur Anpassung der Volumina nach Satz 9. Der nach Satz 2 zu vereinbarende Behandlungsbedarf wird für das Kalenderjahr 2027 quartalsweise und basiswirksam um das Punktzahlvolumen des von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf sachliche und rechnerische Richtigkeit geprüften und in Punkten bewerteten Leistungsbedarfs für die in Satz 7 Nummer 4 und 6 genannten Leistungen des dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartals des Kalenderjahres 2025 angehoben. Das in Satz 11 genannte Punktzahlvolumen ist um die folgenden für die Kalenderjahre 2026 und 2027 vereinbarten Veränderungen anzupassen:

1. Veränderungen der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und

2. Veränderungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 2 Satz 2, soweit diese für die in Satz 7 Nummer 4 und 6 genannten Leistungen relevant sind.

Der nach Satz 2 zu vereinbarende Behandlungsbedarf wird ab dem Kalenderjahr 2027 jeweils um das Punktzahlvolumen des von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf sachliche und rechnerische Richtigkeit geprüften und in Punkten bewerteten Leistungsbedarfs für die in Satz 7 Nummer 5 genannten Leistungen in den letzten vier vorliegenden Abrechnungsquartalen angehoben. Satz 12 gilt entsprechend. Mit Wirkung für das Jahr 2027 sind die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 7 basiswirksam um den in Punkten bewerteten Leistungsbedarf für die in § 87d Absatz 1 Nummer 5 und 7 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote des Vorjahres zu bereinigen, sofern die in § 87d Absatz 1 Nummer 5 und 7 genannten Leistungen im Jahr 2026 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet wurden.“

5. § 87b Absatz 2 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 15. Februar 2027 Vorgaben für den Verteilungsmaßstab, durch die sichergestellt wird, dass die Honorarvolumina, um die die vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen aufgrund von § 87a Absatz 3 Satz 9 und 11 bis 14 angehoben werden, entweder der Honorarverteilung der jeweiligen Facharztgruppe, die die in § 87a Absatz 3 Satz 7 genannten Leistungen erbringen, zugerechnet oder leistungsgebunden unabhängig von der jeweiligen Facharztgruppe verteilt werden. Die Vorgaben nach Satz 4 können für die in § 87a Absatz 3 Satz 7 genannten Leistungen gesonderte Vergütungsregelungen unabhängig von einer Trennung für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung vorsehen. Die Vorgaben sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren Verteilungsmaßstäben zu beachten. Im Verteilungsmaßstab dürfen keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für Behandlungen mit antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen enthalten sein, die am 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossen sind.“

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

„§ 87d

Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

(1) Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingen Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:

1. nichtärztliche Dialyseleistungen,
2. alle Leistungen, für die zum jeweiligen Zeitpunkt der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das folgende Kalenderjahr keine Abrechnungsdaten von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen,

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

4. Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- und Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen,

5. Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie,

6. psychotherapeutische Akutbehandlungen nach den Richtlinien nach § 92 Absatz 6a in dem vorgesehenen Umfang über einen Zeitraum von zwölf Kalendermonaten, sofern zuvor nach den Regelungen nach § 92 Absatz 6a Satz 7 die Dringlichkeit einer solchen Behandlung festgestellt worden und die Behandlung aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle erfolgt ist,

7. psychotherapeutische Leistungen für Patienten, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b erfüllen, und

8. Leistungen des ambulanten Operierens einschließlich Begleitleistungen, die auf Grund einer Empfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung mit Wirkung zum 1. Januar 2026 außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingen Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 vergütet werden.

(2) Der Bewertungsausschuss kann beschließen, dass weitere Leistungen außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingen Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 vergütet werden, wenn eine solche Vergütung nachweisbar die Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit signifikant erhöht. Der Bewertungsausschuss hat verbindliche und objektvierbare Kriterien zu beschließen, anhand derer die Erhöhung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit gemessen werden kann. Er hat in den entscheidungserheblichen Gründen seines jeweiligen Beschlusses nach Satz 1 darzulegen, dass diese Kriterien erfüllt sind.

(3) Der Bewertungsausschuss hat jährlich die Auswirkungen seiner Beschlüsse nach Absatz 2 Satz 1 auf die Versorgung zu evaluieren und zu überprüfen, ob die Vergütung der jeweiligen Leistungen außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingen Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöht hat. Lässt sich durch die Evaluierung kein Nachweis für eine signifikante Erhöhung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit erbringen, hat der Bewertungsausschuss seinen Beschluss nach Absatz 2 Satz 1 aufzuheben. Die Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben die jeweiligen Leistungen mit den für das jeweilige auf die Evaluierung folgende Kalenderjahr vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergüten.“

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

„(6) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ist eine Leistung, die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbart, nach Absatz 4 Satz 2 festgesetzt oder nach Absatz 4 Satz 5 festgelegt wurde und im Kalenderjahr 2027 erbracht wird, ausschließlich mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 von den Krankenkassen vollständig zu vergüten, wenn die Leistung ohne Übernachtung erbracht wird. Für die Zuordnung, ob eine Leistung mit oder ohne Übernachtung erbracht wird, sind vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden. Den nach § 95 Absatz 1 Satz 1 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, werden die Sachkosten für eine nach Satz 1 vergütete Leistung nach Maßgabe des jeweiligen nach § 83 geschlossenen Gesamtvertrags mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 von den Krankenkassen vollständig vergütet. Den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, werden die Sachkosten für eine nach Satz 1 vergütete Leistung entsprechend den Regelungen zur Vergütung von Sachkosten vergütet, die in der Vereinbarung nach § 115b getroffen wurden.“

8. § 130a Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für die zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i einen Abschlag auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer, mit dem der Unterschied zu einem geringeren durchschnittlichen Preis nach Satz 2 je Mengeneinheit ausgeglichen wird. Der durchschnittliche Preis je Mengeneinheit ergibt sich aus den tatsächlich gültigen Abgabepreisen des pharmazeutischen Unternehmers in den vier Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, in denen der wirkstoffidentische Impfstoff abgegeben wird, mit den am nächsten kommenden Bruttonationaleinkommen, gewichtet nach den jeweiligen Umsätzen und Kaufkraftparitäten. Besteht für Impfstoffe Patentschutz oder Unterlagenschutz, erhalten die Krankenkassen von Apotheken für diese zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe zusätzlich zum Abschlag nach Satz 1 einen Abschlag in Höhe von 9 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers. Absatz 1 Satz 3 bis 5 sowie § 131 Absatz 4 und 5 gelten entsprechend. Der pharmazeutische Unternehmer ermittelt die Höhe des Abschlags nach Satz 1 und den durchschnittlichen Preis nach Satz 2 und übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage die Angaben zu der Berechnung. Kann der Abschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden, gilt Absatz 1 Satz 1 entsprechend. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Bei Preisvereinbarungen für Impfstoffe, für die kein einheitlicher Apothekenabgabepreis nach den Preisvorschriften auf Grund des Arzneimittelgesetzes oder nach § 129 Absatz 3 Satz 3 gilt, darf höchstens ein Betrag vereinbart werden, der dem entsprechenden Apothekenabgabepreis abzüglich der Summe der Abschläge nach den Sätzen 1 und 3 entspricht.“

9. § 223 Absatz 3 und 4 wird durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:

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

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

10. In § 231 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7“ durch die Angabe „Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 4“ ersetzt.

11. § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. bei Personen, die Grundsicherungsgeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, im Jahr 2027 das 0,2472fache der monatlichen Bezugsgröße, im Jahr 2028 das 0,2546fache der monatlichen Bezugsgröße, im Jahr 2029 das 0,2697fache der monatlichen Bezugsgröße, im Jahr 2030 das 0,2849fache der monatlichen Bezugsgröße und ab dem Jahr 2031 das 0,2995fache 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.“

12. § 275c Absatz 2 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die quartalsbezogene Prüfquote nach Satz 2 wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt ab dem 1. Januar 2027

1. bis zu 1 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei 90 Prozent oder mehr liegt,
2. bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 80 Prozent und unterhalb von 90 Prozent liegt,
3. bis zu 20 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 65 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt und
4. bis zu 40 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von 65 Prozent liegt.“ ‘

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

‚Artikel 2a

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. § 115f wird gestrichen.
2. § 139a Absatz 3 Nummer 8 wird durch die folgenden Nummern 8 und 9 ersetzt:

   „8. Beteiligung an nationalen und internationalen Projekten zur Zusammenarbeit und Weiterentwicklung im Bereich der evidenzbasierten Medizin und

   9. Aufbereitung und Vermittlung medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse und Grundlagen der evidenzbasierten Medizin für Fachkreise und die Öffentlichkeit.“
3. Nach § 139b Absatz 6 wird der folgende Absatz 7 eingefügt:

   „(7) Das Institut kann sich auch ohne Auftrag nach Absatz 1 Satz 1 oder Antrag nach Absatz 2 Satz 1 an den in § 139a Absatz 3 Nummer 8 genannten Projekten beteiligen oder medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse und Grundlagen der evidenzbasierten Medizin nach § 139a Absatz 3 Nummer 9 aufbereiten und vermitteln. Die Institutsleitung hat den Vorstand einer nach § 139a Absatz 1 Satz 2 errichteten Stiftung regelmäßig sowie bei wesentlicher Aufgabenänderung zu informieren, sofern eine Beteiligung oder eine Aufbereitung und Vermittlung nach Satz 1 erfolgt. Für nach Satz 1 durchgeführte Beteiligungen oder Aufbereitungen und Vermittlungen können jährlich bis zu 2,5 Prozent der Haushaltsmittel eingesetzt werden, die dem Institut zur Verfügung stehen. Vor der Veröffentlichung von Ergebnissen der nach Satz 1 durchgeführten Beteiligungen oder Aufbereitungen und Vermittlungen ist der Entwurf der Veröffentlichung dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Kenntnis zu geben, um diesem Gelegenheit zur Beratung und zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.“

Artikel 2b

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Nach § 44 Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:

   „(1a) Erbringen Versicherte während der Dauer einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit teilweise ihre Arbeitsleistung nach § 44c Absatz 1 Satz 1, haben sie in dem Zeitraum, in dem sie ihre Arbeitsleistung teilweise erbringen, Anspruch auf teilweises Krankengeld in dem Umfang, in dem der behandelnde Arzt nach § 44c Absatz 1 Satz 1

ihre Teilarbeitsunfähigkeit festgestellt hat. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, dem Versicherten für die teilweise Erbringung der Arbeitsleistung anteiliges Arbeitsentgelt zu gewähren. Die Sätze 1 und 2 finden keine Anwendung, wenn die Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 nach § 44c Absatz 3 als Feststellung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit behandelt wird."

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

„§ 44c

Teilarbeitsunfähigkeit

(1) Versicherte, die infolge einer nicht nur geringfügigen Erkrankung absehbar länger arbeitsunfähig sein werden, können während der Dauer der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung des Arbeitgebers ihre Arbeitsleistung teilweise erbringen, wenn der behandelnde Arzt mit Einwilligung des Versicherten eine Teilarbeitsunfähigkeit im Umfang von 25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit des Versicherten feststellt. Eine nicht nur geringfügige Erkrankung liegt vor, wenn nach ärztlicher Einschätzung aufgrund der Art, Schwere oder voraussichtlichen Dauer der Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als vier Wochen zu erwarten ist.

(2) Versicherte, die ihre Arbeitsleistung teilweise erbringen möchten, müssen dem Arbeitgeber ihre Bereitschaft zu einer teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung unter Angabe des Umfangs, für den der behandelnde Arzt eine Teilarbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 festgestellt hat, und des durch den behandelnden Arzt attestierten Zeitraums anzeigen. Der Arbeitgeber hat innerhalb von sieben Kalendertagen nach Zugang der Anzeige dem Versicherten mitzuteilen, ob er der teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung in dem angezeigten Umfang zustimmt. Stimmt der Arbeitgeber der teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung zu, hat er dem Versicherten den Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme in Textform mitzuteilen.

(3) Die Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 wird als Feststellung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit behandelt

1. für den gesamten attestierten Zeitraum, wenn der Arbeitgeber die teilweise Erbringung der Arbeitsleistung ablehnt oder nicht innerhalb von sieben Kalendertagen nach Zugang der Anzeige des Versicherten mitteilt, ob er der teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung in dem angezeigten Umfang zustimmt,
2. ab Beginn des attestierten Zeitraums bis zu dem vom Arbeitgeber nach Absatz 2 Satz 3 mitgeteilten Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme oder

3. wenn der Versicherte oder der Arbeitgeber die Teilarbeitsunfähigkeit vor Ablauf des attestierten Zeitraums beendet, ab dem Zeitpunkt der Beendigung der Teilarbeitsunfähigkeit.

Vor Ablauf des attestierten Zeitraums kann der Versicherte die Teilarbeitsunfähigkeit beenden, indem er dem Arbeitgeber in Textform mittteilt, die Arbeitsleistung nicht mehr oder nicht im vereinbarten Umfang erbringen zu können. Der Arbeitgeber kann vor Ablauf des attestierten Zeitraums die Teilarbeitsunfähigkeit beenden, indem er seine Zustimmung zur teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung gegenüber dem Arbeitnehmer in Textform zurücknimmt.

(4) Erbringt ein Versicherter während der Dauer einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit teilweise seine Arbeitsleistung nach Absatz 1 Satz 1, ist der Arbeitgeber verpflichtet, ihm hierfür anteiliges Arbeitsentgelt zu gewähren.

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

(6) Das Nähere zur Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit nach Absatz 1, insbesondere zu den Voraussetzungen einer Teilarbeitsunfähigkeit im Umfang von 25, 50 oder 75 Prozent, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 bis zum 1. Januar 2027.

(7) Die Vorschriften des Entgeltfortzahlungsgesetzes finden auf die Teilarbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass ein anteiliger Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht, soweit der Versicherte infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung verhindert ist; die im Entgeltfortzahlungsgesetz geregelte Höchstdauer des Anspruchs verlängert sich dadurch nicht.

(8) Für die elektronische Übermittlung der Daten zur festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit und für die Ausstellung der Bescheinigung über eine Teilarbeitsunfähigkeit gelten § 109 des Vierten Buches sowie § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 und § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1.

(9) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Wirksamkeit der Teilarbeitsunfähigkeit im Vergleich zur stufenweisen Wiedereingliederung, auch als Teil eines betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 167 Absatz 2 des Neunten Buches, und die Auswirkungen der Teilarbeitsunfähigkeit und des teilweisen Krankengeldes auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber, die Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten, die Inanspruchnahme von Krankengeld, die Entwicklung von Erwerbsminderungsrenten sowie die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Sozialpartner sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund bis zum 1. Juli 2029 und erneut bis zum 1. Juli 2033.“ ‘

4. Artikel 3 wird durch den folgenden Artikel 3 ersetzt:

‚Artikel 3

Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2c des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 18c Absatz 2 Satz 6 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 des Fünften Buches zu wenden und ihn über geeignete Anwendungsfälle dieser Möglichkeit zu informieren.“

2. § 53d wird wie folgt geändert:

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

„Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in pflegefachlichen, organisatorischen und digitalen Fragen, gewährleistet eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung und nimmt die hierfür erforderliche einrichtungsübergreifende Steuerung wahr.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:

„6. zur Fort- und Weiterbildung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung sowie“.

bbb) Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. zur in Absatz 1 Satz 1 genannten Zusammenarbeit und einheitlichen Aufgabenwahrnehmung sowie zur Steuerung der dafür erforderlichen einrichtungsübergreifenden Strukturen, Standards und Prozesse.“

bb) Nach Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„In den Richtlinien nach Satz 1 Nummer 7 regelt der Medizinische Dienst Bund insbesondere auch die einrichtungsübergreifende Steuerung und Evaluation digitaler Vorhaben und Anwendungen sowie einheitliche Daten-, Schnittstellen-, Interoperabilitäts- und Informationssicherheitsstandards, soweit die Vorhaben oder Anwendungen Aufgaben betreffen, die von den Medizinischen Diensten einheitlich wahrzunehmen sind. Bei der Regelung der einheitlichen Daten-, Schnittstellen-, Interoperabilitäts- und Informationssicherheitsstandards sind die

verbindlichen Festlegungen nach § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches zu berücksichtigen und ist dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen nach § 385 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Medizinische Dienst Bund kann festlegen, für welche Aufgaben einrichtungsübergreifende digitale Lösungen entwickelt oder genutzt werden sollen. Die Medizinischen Dienste übermitteln dem Medizinischen Dienst Bund die zur Wahrnehmung seiner Aufgaben nach den Sätzen 6 und 8 erforderlichen Informationen und stellen sicher, dass die Vorgaben der Richtlinie auch von ihren gemeinsamen Einrichtungen beachtet werden.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 6 wird die Angabe „Diensten und“ durch die Angabe „Diensten,“ ersetzt.

bbb) In Nummer 7 wird die Angabe „Statistiken.“ durch die Angabe „Statistiken sowie“ ersetzt.

ccc) Nach Nummer 7 wird die folgenden Nummer 8 eingefügt:

„8. zum digitalen Datenaustausch der Medizinischen Dienste.“

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

„Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 sind für die Medizinischen Dienste und die Pflegekassen verbindlich.“

d) In Absatz 4 wird die Angabe „kann“ durch die Angabe „soll“ ersetzt.

e) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:

„(5) Der Medizinische Dienst Bund kann Empfehlungen abgeben. Das Nähere zum Verfahren regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches.“

3. § 106c wird durch den folgenden § 106c ersetzt:

„§ 106c

Einbindung der Medizinischen Dienste in die Telematikinfrastruktur

Bei der Erfüllung der ihnen nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben haben die Medizinischen Dienste gemäß § 278 des Fünften Buches und die Pflegekassen oder die Landesverbände der Pflegekassen für die gegenseitige Übermittlung von Daten nach Maßgabe der Richtlinien gemäß § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummer 8 das sichere Übermittlungsverfahren der Telematikinfrastruktur in Form des sicheren E-Mail-Dienstes zu nutzen, sofern der jeweilige Medizinische Dienst und die Pflegekasse oder der jeweilige

Landesverband der Pflegekasse an die Telematikinfrastruktur angebunden sind. § 114 Absatz 1a bleibt unberührt.“ ‘

5. Nach Artikel 3 werden die folgenden Artikel 3a bis 3c eingefügt:

‚Artikel 3a

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

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

1. In § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 wird die Angabe „die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Tagesentgelte oder die in § 6c Absatz 7 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten vorläufigen Tagesentgelte“ durch die Angabe „Entgelte nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.

2. § 17b Absatz 2a Satz 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

   „Für die Zuordnung, ob eine Leistung über eine Kurzzeitfallpauschale oder über § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet wird, sind vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden. Die Vertragsparteien haben sicherzustellen, dass für Leistungen, die im Jahr 2027 mit der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet wurden, durch die Vergütung über eine Kurzzeitfallpauschale im Jahr 2028 keine Mehrausgaben für die Kostenträger entstehen.“

3. § 28 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

   a) In Nummer 4 wird die Angabe „der krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ durch die Angabe „der Entgelte nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.

   b) In Nummer 5a wird die Angabe „mit krankenhausindividuellen Tagesentgelten“ durch die Angabe „mit Entgelten nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.

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

Artikel 3b

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

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

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

„§ 6c

Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

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

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

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

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

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

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

(5) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung rechnet die für ein Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 vereinbarten Entgelte vom Beginn dieses Kalenderjahres an ab. Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 erst nach dem Beginn eines Kalenderjahres genehmigt, rechnet die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die Entgelte ab dem ersten Tag des Kalendermonats ab, der auf die Genehmigung folgt, soweit in dieser Vereinbarung oder in der von der Schiedsstelle nach § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Entscheidung kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist. Bis zu dem nach Satz 2 maßgeblichen Zeitpunkt rechnet die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die für das vorangegangene Kalenderjahr vereinbarten Entgelte weiter ab. Bis zu dem Zeitpunkt, zu dem erstmals Entgelte nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 vereinbart und genehmigt werden, rechnet die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten vorläufigen Entgelte ab. Wird ein Krankenhausstandort erstmals nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt, kann die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung Entgelte erstmals ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die Bestimmung nach § 6c Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wirksam wird, abrechnen.“

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

„8. nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 vereinbarte Entgelte.“

3. § 8 wird wie folgt geändert:

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

„Ferner dürfen Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden,

1. wenn die Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden, oder

2. wenn, soweit in der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 nichts Abweichendes geregelt wird, die Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Anforderungen nicht erfüllt werden.“

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

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

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

4. § 9 Absatz 1 Nummer 10 wird durch die folgende Nummer 10 ersetzt:

„10. innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, in dem in § 115g Absatz 3 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Fall, nach der dort genannten Festlegung nähere Einzelheiten, insbesondere

a) zur Verhandlung des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumens,

b) zu der Höhe und Ausgestaltung der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 vereinbarten abrechenbaren Entgelte und deren Weiterentwicklung,

c) zu der Höhe und Ausgestaltung der nach § 6c Absatz 5 Satz 4 abzurechnenden vorläufigen Entgelte,

d) zu den vom Krankenhaus zur Vorbereitung der in Buchstabe a genannten Verhandlung vorzulegenden Unterlagen,

e) zu Abrechnungsbestimmungen für die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 zu vereinbarenden abrechenbaren und nach § 6c Absatz 5 Satz 4 abzurechnenden vorläufigen Entgelte,

f) zum Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen, und“.

5. In § 14 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ durch die Angabe „der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 vereinbarten Entgelte“ ersetzt.

6. § 18 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 vereinbarten verringerten krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ durch die Angabe „die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 vereinbarten Entgelte“ ersetzt.

   b) In Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ durch die Angabe „die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 vereinbarten Entgelte“ ersetzt.

7. In § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe d wird die Angabe „Fälle, die mit in § 6c Absatz 1 Satz 2 genannten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten abgerechnet werden“ durch die Angabe „Fälle, die mit nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 vereinbarten Entgelten abgerechnet werden“ ersetzt.

Artikel 3c

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

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

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

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

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

6. Artikel 5 wird durch den folgenden Artikel 5 ersetzt:

‚Artikel 5

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 1. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 195) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nach § 43 Absatz 3a wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 dürfen Ärzte in einem Integrierten Notfallzentrum nach § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Ärzte in einem Integrierten Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche nach § 123b Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Ärzte im Falle einer aufsuchenden Versorgung im Notdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Arzneimittel an die von ihnen behandelten Patienten für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung benötigten Menge, die die kleinste Packungsgröße nicht überschreiten darf, abgeben, soweit

1. die Abgabe außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von öffentlichen Apotheken erfolgt oder im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt und
2. die Anwendung des Arzneimittels keinen Aufschub erlaubt.“ ‘

7. Artikel 6 wird durch den folgenden Artikel 6 ersetzt:

‚Artikel 6

Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung

Die Medizinprodukte-Abgabeverordnung vom 25. Juli 2014 (BGBl. I S. 1227), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 14. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 38) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 3 wird durch den folgenden § 3 ersetzt:

„§ 3

Apothekenpflicht

(1) Folgende Produkte dürfen berufs- und gewerbsmäßig für den Endverbrauch nur durch Apotheken in den Verkehr gebracht werden (apothekenpflichtige Produkte):

1. Produkte nach § 2 Absatz 1 Nummer 1,

2. Produkte, die zur Anwendung durch Laien bestimmt sind, soweit sie Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen enthalten, die nach der Verordnung über apothekenpflichtige und freiverkäufliche Arzneimittel apothekenpflichtig sind, oder

3. Produkte, die in Anlage 2 zu dieser Verordnung aufgeführt sind.

(2) Abweichend von Absatz 1 dürfen Ärzte in einem Integrierten Notfallzentrum nach § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Ärzte in einem Integrierten Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche nach § 123b Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Ärzte im Falle einer aufsuchenden Versorgung im Notdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch apothekenpflichtige Produkte an die von ihnen behandelte Patienten für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit

1. die Abgabe außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von öffentlichen Apotheken erfolgt oder im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt und

2. die Anwendung des apothekenpflichtigen Produkts keinen Aufschub erlaubt.“ ‘

8. In Artikel 7 Nummer 2 wird § 17a wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „im Sinne des § 133h Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Nummer 5 wird die Angabe „Defibrillators der Funktionszustand“ durch die Angabe „Defibrillatoren den Funktionszustand“ ersetzt.

9. Artikel 8 wird wie folgt geändert:

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

‚0. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe zum Vierten Abschnitt wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„Vierter Abschnitt

Überwachung und Frühwarnung“. ‘

b) Die Angabe zu § 25 wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„§ 25 Übermittlung von Daten an ein Monitoring- und Frühwarnsystem für den missbräuchlichen Konsum von Betäubungsmitteln, neuen psychoaktiven Stoffen, sonstigen psychoaktiven Substanzen und psychoaktiven Arzneimitteln“.

c) Nach Nummer 2 werden die folgenden Nummern 3 und 4 eingefügt:

‚3. Die Überschrift des Vierten Abschnitts wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„Abschnitt 4

Überwachung und Frühwarnung“.

4. § 25 wird durch den folgenden § 25 ersetzt:

„§ 25

Übermittlung von Daten an ein Monitoring- und Frühwarnsystem für den missbräuchlichen Konsum von Betäubungsmitteln, neuen psychoaktiven Stoffen, sonstigen psychoaktiven Substanzen und psychoaktiven Arzneimitteln

(1) Strafverfolgungsbehörden von Bund und Ländern können zu den folgenden Zwecken Daten zu festgestellten oder vermuteten Vergiftungen durch ein Betäubungsmittel sowie zu den in diesem Zusammenhang sichergestellten Betäubungsmitteln an durch die Länder benannte Stellen eines Monitoring- und Frühwarnsystems für den missbräuchlichen Konsum von Betäubungsmitteln, neuen psychoaktiven Stoffen, sonstigen psychoaktiven Substanzen und psychoaktiven Arzneimitteln übermitteln:

1. zum Monitoring von Vergiftungen durch ein Betäubungsmittel und
2. zur Frühwarnung vor dem missbräuchlichen Konsum der für eine solche Vergiftung ursächlichen oder vermutlich ursächlichen Betäubungsmittel.

(2) Eine Datenübermittlung nach Absatz 1 ist nur in anonymisierter Form zulässig. Sie kann insbesondere folgende Angaben umfassen:

1. Diagnosen und Verdachtsdiagnosen,
2. beobachtete Symptome,
3. die für die festgestellte oder vermutete Vergiftung ursächlichen Betäubungsmittel,
4. Altersgruppe und Geschlecht,
5. Menge der sichergestellten Betäubungsmittel,
6. Befunde aus toxikologischen Untersuchungen der für die festgestellte oder vermutete Vergiftung ursächlichen Betäubungsmittel oder von Körperflüssigkeitsproben,
7. Datum der Vergiftung,
8. Postleitzahl des Ortes der Vergiftung und
9. verwendete Notfallmedikation und geleistete medizinische Notfallmaßnahmen.“ ‘

10. Nach Artikel 9 werden die folgenden Artikel 9a und 9b eingefügt:

‚Artikel 9a

Änderung des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes

Das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz vom 21. November 2016 (BGBl. I S. 2615), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 7. Januar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 2) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 6 wird durch den folgenden § 6 ersetzt:

„§ 6

Datenübermittlung

(1) Das Zollkriminalamt darf zu Straftaten nach § 4 Informationen, einschließlich personenbezogener Daten nach der aufgrund des § 20 Satz 1 des Bundeskriminalamtgesetzes erlassenen Rechtsverordnung, dem Bundeskriminalamt zur Erfüllung von dessen Aufgaben als Zentralstelle übermitteln, soweit Zwecke des Strafverfahrens dem nicht entgegenstehen. Übermittlungen nach Satz 1 sind auch zulässig, sofern sie Daten betreffen, die dem Steuergeheimnis nach § 30 der Abgabenordnung unterliegen. Übermittlungsbefugnisse nach anderen Rechtsvorschriften bleiben unberührt.

(2) Strafverfolgungsbehörden von Bund und Ländern können zu den folgenden Zwecken Daten zu festgestellten oder vermuteten Vergiftungen durch einen neuen psychoaktiven Stoff sowie zu in diesem Zusammenhang sichergestellten neuen psychoaktiven Stoffen an durch die Länder benannte Stellen eines Monitoring- und Frühwarnsystems für den missbräuchlichen Konsum von Betäubungsmitteln, neuen psychoaktiven Stoffen, sonstigen psychoaktiven Substanzen und psychoaktiven Arzneimitteln übermitteln:

1. zum Monitoring von Vergiftungen durch einen neuen psychoaktiven Stoff und
2. zur Frühwarnung vor dem missbräuchlichen Konsum der für eine solche Vergiftung ursächlichen oder vermutlich ursächlichen neuen psychoaktiven Stoffe.

Eine Datenübermittlung nach Satz 1 ist nur in anonymisierter Form zulässig. Sie kann insbesondere folgende Angaben umfassen:

1. Diagnosen und Verdachtsdiagnosen,
2. beobachtete Symptome,

3. die für die festgestellte oder vermutete Vergiftung ursächlichen neuen psychoaktiven Stoffe,
4. Altersgruppe und Geschlecht,
5. Menge der sichergestellten neuen psychoaktiven Stoffe,
6. Befunde aus toxikologischen Untersuchungen der für die festgestellte oder vermutete Vergiftung ursächlichen neuen psychoaktiven Stoffe oder von Körperflüssigkeitsproben,
7. Datum der Vergiftung,
8. Postleitzahl des Ortes der Vergiftung und
9. verwendete Notfallmedikation und geleistete medizinische Notfallmaßnahmen.“

Artikel 9b

Änderung der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung:

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

In Anlage 4 Datensatz nach § 23c Absatz 5 wird nach Nummer 5 die folgende Nummer 5a eingefügt:

„5a.	Abbruch der Nutzung	Anteil der Nutzer der digitalen Gesundheitsanwendung, die deren Nutzung innerhalb von 28 Tagen nach erstmaliger Anwendung vorzeitig beendet haben, an der Gesamtzahl der Nutzer der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung im jeweiligen Berichtszeitraum nach § 23a Absatz 3.	Prozent“.‘

11. Artikel 10 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

‚1. Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Bei der Festlegung der offenen Sprechstunden haben die in Satz 3 genannten Ärzte das Bedürfnis der Versicherten an einer vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung dieser Sprechstunden innerhalb ihrer jeweiligen Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich zu berücksichtigen.“ ‘

12. Nach Artikel 10 werden die folgenden Artikel 10a bis 10o eingefügt:

‚Artikel 10a

Änderung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes

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

1. Artikel 1 Nummer 5, 16 Buchstabe a, Nummer 17, 32 Buchstabe b, Nummer 33 Buchstabe b, Nummer 34, 48 Buchstabe b, Nummer 62, 66 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, Artikel 2 Nummer 3 und Artikel 7 Nummer 0a, 1 und 2 werden gestrichen.
2. Artikel 8 Absatz 2 bis 4 wird durch die folgenden Absätze 2 bis 4 ersetzt:

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

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

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

Artikel 10b

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

Artikel 10c

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

   „Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine über die zuletzt nach Satz 1 gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen prozentualen Zuschlag auf die Grundvergütung vereinbart werden, der höchstens dem Durchschnitt der nach § 71 Absatz 3 Satz 5 des Fünften Buches seit dem Beginn der letzten Amtsperiode veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsraten entspricht.“

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

Artikel 10d

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

„2. bei Personen, die

   a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

   b) Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,

   c) Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,

d) Krankengeld beziehen, dessen Höhe sich nach § 47 Absatz 2a des Fünften Buches bestimmt, von den Leistungsträgern,

e) Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8b des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,

f) Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen

aa) von der Pflegekasse, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,

bb) von dem privaten Versicherungsunternehmen, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei ist,

cc) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander;

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

Artikel 10e

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. § 32 Absatz 3a wird gestrichen.

2. § 128c Nummer 4 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe d wird gestrichen.

b) Die Buchstaben e bis g werden zu den Buchstaben d bis f.

Artikel 10f

Weitere Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 10e dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 32 Absatz 3 wird der folgende Absatz 3a eingefügt:

   „(3a) Bei Personen, denen Beiträge nach Absatz 2 als Bedarf anerkannt werden, gilt auch der nach § 242b des Fünften Buches erhobene Zuschlag auf den jeweiligen Beitragssatz als angemessen."

2. § 128c Nummer 4 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Buchstabe c wird der folgende Buchstabe d eingefügt:

      „d) Beiträgen, die auf Grund des nach § 242b des Fünften Buches erhobenen Zuschlags auf den jeweiligen Beitragssatz gezahlt werden."

   b) Die bisherigen Buchstaben d bis f werden zu den Buchstaben e bis g.

Artikel 10g

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

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

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

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

Artikel 10h

Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes

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

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

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

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

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

Artikel 10i

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 18a wird durch den folgenden § 18a ersetzt:

„§ 18a

Verwaltungsausgaben

(1) Die landwirtschaftliche Krankenkasse hat bei der Durchführung ihrer Aufgaben und in ihren Verwaltungsangelegenheiten sparsam und wirtschaftlich zu verfahren und dabei ihre Ausgaben so auszurichten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten.

(2) Im Haushaltsjahr 2027 dürfen sich die Verwaltungsausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkasse im Verhältnis zu ihren Verwaltungsausgaben im Haushaltsjahr 2026 nur nach Maßgabe der Hälfte der Differenz zwischen der für das Jahr 2027 nach § 71 Absatz 3 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate und einem Prozentpunkt erhöhen. Ab dem Haushaltsjahr 2028 dürfen sich die Verwaltungsausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkasse im Verhältnis zu ihren Verwaltungsausgaben im jeweils vorangegangenen Haushaltsjahr nur nach Maßgabe der Hälfte der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate erhöhen. Die Begrenzung nach den Sätzen 1 und 2 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik, sowie für Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl entstehen.

(3) Im Jahr 2026 dürfen sich die sächlichen Verwaltungsausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkasse nicht um mehr als 8 Prozent gegenüber dem Jahr 2024 erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen für Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

2. § 38 Absatz 5 wird gestrichen.

3. § 40 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

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

Artikel 10j

Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

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

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

„(5) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf Versicherte bei bevorstehendem Bezug oder Bezug von Betriebshilfe zur Beratung, zur Prüfung von Leistungsansprüchen sowie zur Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit kontaktieren. Die 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. Die Krankenkasse darf ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen übertragen.“

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

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

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

„Bei der Festsetzung der Beiträge für das Jahr 2028 ist sicherzustellen, dass die für das Jahr 2027 in der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthaltene zusätzliche Anhebung um 3 600 Euro nur für die höchste Beitragsklasse wirkt.“

Artikel 10k

Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

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

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

„(5) Die landwirtschaftliche Krankenkasse erhebt von Mitgliedern, deren Beitragsberechnung nach den §§ 43 bis 46 erfolgt, für einen nach § 7 versicherten Ehegatten oder Lebenspartner einen Zuschlag auf den jeweiligen Beitragssatz in Höhe von 2,5 Prozentpunkten.

§ 242b Absatz 1 Satz 2 bis 6 und Absatz 2 bis 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

Artikel 10l

Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

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

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

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

Artikel 10m

Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891), das zuletzt durch Artikel 7b des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

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

Artikel 10n

Weitere Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte

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

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

„Betriebshilfe kann bei Arbeitsunfähigkeit des Versicherten oder Teilarbeitsunfähigkeit des Versicherten nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden, wenn die Leistung zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft

erforderlich ist. Haushaltshilfe kann in den in Satz 1 genannten Fällen erbracht werden, wenn dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und diese auf andere Weise nicht sicherzustellen ist.“

Artikel 10o

Änderung des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel

Das Gesetz über Rabatte für Arzneimittel vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262, 2275), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

13. Artikel 11 wird durch den folgenden Artikel 11 ersetzt:

„Artikel 11

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 6 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Die Artikel 1a, 10i und 10m treten mit Wirkung vom 30. Juli 2026 in Kraft.

(3) Die Artikel 1b und 10j treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

(4) Artikel 2 tritt am 1. Juli 2027 in Kraft.

(5) Die Artikel 2a, 10f, 10g und 10k treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

(6) Die Artikel 2b, 7, 10c Nummer 2 und die Artikel 10l und 10n treten am 1. Juli 2028 in Kraft.“

14. Die Liste der EU-Rechtsakte wird durch die folgende Liste der EU-Rechtsakte ersetzt:

„1. Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme (ABl. L 040 vom 11.02.1989, S. 8)

2. Verordnung (EG) Nr. 141/2000 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 1999 über Arzneimittel für seltene Leiden (ABl. L 18 vom 22.01.2000, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/1243 vom 20. Juni 2019 (ABl. L 198 vom 25.7.2019, S. 241) geändert worden ist

3. Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S.1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2; L 74 vom 4.3.2021, S. 35)“.