

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksache 21/6808 –

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

- b) zu dem Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 21/2214 –

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
und des Rettungsdienstes
(Notfallgesetz – NotfallG)**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum,
Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 21/1748 –

**Ärztliche Ausbildung und Weiterbildung zum Facharzt bei
Ambulantisierung der Versorgung sicherstellen und weiterentwickeln**

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum,
Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 21/1752 –

**Flächendeckende Einführung und bundeseinheitliche Regulierung von
smartphonebasierten Ersthelfer-Alarmierungssystemen**

- e) zu dem Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum,
Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 21/2228 –

**Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ hochwertig und
bezahlbar gestalten**

- f) zu dem Antrag der Abgeordneten Claudia Weiss, Martin Sichert, Dr.
Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 21/6355 –

**Wiederherstellung wirksamer Länderkompetenzen bei Ausnahmen von
Mindestmengen – Kliniken im ländlichen Raum erhalten**

- g) zu dem Antrag der Abgeordneten Stella Merendino, Nicole Gohlke,
Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke
– Drucksache 21/5822 –

Bedarfsgerechte und krisenfeste Akut- und Notfallversorgung

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stellt fest, dass eine gut funktionierende und wirtschaftliche
Notfall- und Akutversorgung ein essenzieller Bestandteil einer leistungsfähigen

Gesundheitsversorgung ist. Derzeit gebe es aber im System der Notfallversorgung Defizite bei der effizienten Steuerung von Hilfesuchenden und der Vernetzung der drei Versorgungsbereiche untereinander, die zu einer Überlastung der behandelnden Akteure führe. Auch gebe es regional sehr unterschiedliche Strukturen der Notdienstversorgung und die Entwicklung des Rettungsdienstes als eigenständiger Leistungsbereich sei vernachlässigt worden.

Zu Buchstabe b

Die Initianten des Gesetzentwurfs stellen fest, dass eine gut funktionierende und wirtschaftliche Notfall- und Akutversorgung ein zentraler Pfeiler einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung darstellt. Bisher seien jedoch der vertragsärztliche Notdienst, die Notaufnahmen der Krankenhäuser und die Rettungsdienste sektoral getrennt und unzureichend aufeinander abgestimmt, was einerseits Fehlsteuerungen begünstige und andererseits zu Überlastungen führe. Zudem stiegen die Fallzahlen im Rettungsdienst seit vielen Jahren deutlich an. Daher sei eine umfassende Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes nötig.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller zeigen sich besorgt, dass die zunehmende Ambulantisierung der Medizin sich negativ auf die ärztliche Fort- und Weiterbildung und die Studienplatzzahlen auswirke und damit die zukünftige ärztliche Versorgung gefährde.

Zu Buchstabe d

Die antragstellende Fraktion konstatiert, die flächendeckende Nutzung smartphonebasierter Ersthelfer-Apps sei in Deutschland nicht gewährleistet, da die unterschiedlichen Systeme nicht interoperabel seien und einheitliche technische Standards fehlten. Das führe zu ungleichen Lebens- und Überlebenschancen, was dem Gebot gleichwertiger Lebensverhältnisse und dem verfassungsrechtlich gebotenen Schutzniveau für alle Bürgerinnen und Bürger widerspreche.

Zu Buchstabe e

Die Antragsteller stellen fest, dass das derzeitige Notfallversorgungssystem, bestehend aus dem Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen, den Rettungsstellen der Krankenhäuser und der nach den jeweiligen Landesgesetzen organisierte Rettungsdienst, reformbedürftig sei, da es weder bezüglich der schnellen Erreichbarkeit der medizinischen Hilfe noch bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Finanzierung funktioniere.

Zu Buchstabe f

Die antragstellende Fraktion sieht in der Mindestmengenregelung bei der Krankenhausplanung der Länder zwar ein wirksames Instrument zur Sicherung der stationären Behandlungsqualität, stellt aber fest, dass diese bei starrer Handhabung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu Versorgungslücken führe.

Zu Buchstabe g

Die Antragsteller stellen fest, dass es bislang an einer integrierten, sektorenübergreifenden Organisation und Bedarfsplanung der Akut- und Notfallversorgung fehlt. Die bestehende Fragmentierung führe zu ineffizienten Versorgungsstrukturen, vermeidbarer Überlastung der Beschäftigten und einer Versorgung, die sich nicht konsequent am tatsächlichen Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiere.

B. Lösung**Zu Buchstabe a**

Ziel des Gesetzentwurfs ist die Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen und gleichwertigen Notfallversorgung für alle Hilfesuchenden.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 21/6808 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und Die Linke.

Zu Buchstabe b

Ziel des Gesetzentwurfs ist es, die Notfallversorgung bundesweit einheitlich, sektorenübergreifend und ressourcenschonend auszurichten, sodass Hilfesuchende jederzeit eine gleichwertige, qualitativ hochwertige und am Stand der Wissenschaft orientierte Versorgung erhielten.

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 21/2214 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, AfD und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion Die Linke.

Zu Buchstabe c

Um einer sinkenden Anzahl an (Fach-)Ärzten entgegenzuwirken, fordern die Antragsteller eine Erhöhung der Studienplätze für Medizin und eine Anpassung der Weiterbildungsstrukturen an die zunehmende Versorgungsverlagerung in den ambulanten Bereich.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/1748 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller fordern, die gesetzlichen Voraussetzungen für die bundesweite, flächendeckende Einführung und den Betrieb von smartphonebasierten Ersthelfer-Alarmierungssystemen zu schaffen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/1752 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe e

Die antragstellende Fraktion fordert eine grundlegende Reform der Notfallrettung mit der Schaffung bundesweit gemeinsamer Rettungsleitstellen als alleinige telefonische Ansprechstellen für Hilfesuchende.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2228 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe f

Die Antragsteller fordern, die Länder in die Lage zu versetzen, im Rahmen der Krankenhausplanung Ausnahmen von Mindestmengenregelungen in eng definierten Fällen zuzulassen, wenn andernfalls die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/6355 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe g

Die antragstellende Fraktion fordert eine umfassende Reform der Akut- und Notfallversorgung.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5822 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, AfD und SPD gegen die Stimmen der Fraktion Die Linke bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b

Annahme des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben c bis g

Annahme des jeweiligen Antrags.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bund entstehen durch die Anschubfinanzierung von Investitionen in die digitale Infrastruktur der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung Mehrausgaben in Höhe von 225 Millionen Euro aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität in den Jahren 2027 bis 2031. Für die Haushalte der Länder und Kommunen können durch organisatorische Maßnahmen, wie die Teilnahme an dem nach § 133b Absatz 1 SGB V gebildeten Fachgremium medizinische Notfallrettung geringfügige Kosten entstehen. Dem stehen nicht quantifizierbare hohe Einsparungen für die Organisation der medizinischen Notfallrettung durch Vereinheitlichung und Standardisierung von Leistungen und digitalen Prozessen, die perspektivisch Vergabeverfahren, Beschaffungsprozesse und sonstige Verwaltungsaufwände deutlich vereinfachen, gegenüber.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Mehr- oder Minderausgaben, die durch die Anpassungen der Vergütungsstrukturen an die Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren und durch die zusätzliche Inanspruchnahme des vertragsärztlichen Systems aufgrund der Weiterleitung von Hilfeersuchen durch die Leitstellen zu erwarten sind, sind nicht quantifizierbar. Durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b SGB V ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) jährlich geschätzte maximale Mehrausgaben in Höhe von etwa 140 Millionen Euro. Davon entfallen rund 98 Millionen Euro auf den Ausbau des aufsuchenden Dienstes und rund 42 Millionen Euro auf den Mehrbedarf bei den Akutleitstellen. Zusätzliche Mehrausgaben von rund 100 Millionen Euro entstehen durch zusätzliche Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung und von rund 26 Millionen Euro durch den Anschluss der medizinischen Notfallrettung an die Telematik-Infrastruktur.

Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen jedoch erhebliche finanzielle Entlastungen für die GKV gegenüber, die sich durch eine verbesserte Steuerung und damit eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme der notdienstlichen Akutversorgung und des Rettungsdienstes ergeben.

Durch die Vernetzung der Akutleitstelle und den neuen Leistungserbringern des Notfallmanagements wird die Abgabe von Fällen untereinander ermöglicht. Hierdurch entsteht bei vorsichtiger Schätzung ein Einsparpotenzial von ungefähr 705 Millionen Euro pro Jahr, das in wenigen Jahren erreicht wird.

Durch die Verwendung einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage durch die Leistungserbringer des Notfallmanagements wird eine bedarfsgerechte Entsendung von Notarzteinsetzmitteln (Einsparpotenzial von 223 Millionen Euro) und Transportmitteln (Einsparpotenzial 370 Millionen Euro) erreicht. Die Behandlung vor Ort durch die Notfallrettung zeigt ein weiteres Einsparpotenzial von 173 Millionen Euro. Weitere Einsparungen können nicht quantifiziert werden.

Insgesamt kann durch die Notfallreform langfristig mit geschätzten jährlichen Minderausgaben von gut 1,2 Milliarden Euro und weiteren noch nicht kalkulierbaren Effizienzgewinnen gerechnet werden. Berücksichtigt man noch weitere Folgekosten, wie die der stationären Behandlung nach nicht bedarfsgerechten Rettungseinsätzen, dürfte sich ein weiteres Einsparpotenzial von über 1 Milliarde Euro jährlich ergeben.

Finanzwirkung der Notfallreform für die GKV (in Millionen Euro, ohne Folgekosten für stationäre Aufnahmen)	2027	2028	2029	2030	2031
Mehrausgaben					
Ausbau des aufsuchenden Dienstes	98	98	98	98	98
Mehrbedarf Akutleitstelle	42	42	42	42	42
Vertragsärztliche Versorgung	30	60	90	100	100
Anschluss Notfallrettung an die Telemedizin-Infrastruktur	26	26	26	26	26
Einsparungen					
Abgabe Hilfersuchen an die Kassenärztlichen Vereinigungen	- 212	- 423	- 635	- 705	- 705
Reduktion von Notarzteinätzen	- 67	- 134	- 201	- 223	- 223
Entsendung bedarfsgerechter Transportmittel	- 74	- 148	- 222	- 296	- 370
Behandlung vor Ort bei fehlender Transportindikation	- 87	- 173	- 173	- 173	- 173
Saldo	- 243	- 652	- 974	- 1 131	- 1 205

In gleicher Weise entsteht den privaten Krankenversicherungsunternehmen durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b SGB V ein jährlicher Mehraufwand von 12 Millionen Euro, dem langfristig jährliche Minderausgaben von rund 103 Millionen Euro gegenüberstehen.

Zu Buchstabe b

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bund entstehen durch das Gesetz keine Mehrausgaben. Für die Haushalte der Länder und Kommunen können allenfalls geringfügige Kosten entstehen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die geplanten Reformen in der Notfallversorgung entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung zunächst zusätzliche Kosten. Diese liegen schätzungsweise bei rund 150 Millionen Euro, vor allem für den Ausbau des aufsuchenden

Dienstes (ca. 105 Millionen Euro) und für Akutleitstellen (ca. 45 Millionen Euro). Hinzu kommen weitere, derzeit noch nicht quantifizierbare Ausgaben etwa für die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren oder für die digitale Vernetzung. Auch die Entwicklung spezieller ambulanter Notfallversorgung (z. B. psychische Notfallhilfen, Gemeindenotfallsanitäter, vorbeugender Rettungsdienst), die Digitalisierung der Leitstellen sowie Qualitätsanforderungen verursachen zusätzliche Aufwendungen, die stark von den Strukturen in den Ländern abhängen.

Diesen Mehrausgaben stehen jedoch erhebliche Einsparpotenziale gegenüber. Durch eine verbesserte Steuerung der Patientenströme, die Vernetzung von Akut- und Rettungsleitstellen sowie die fallabschließende ambulante oder telemedizinische Versorgung können medizinisch nicht erforderliche Rettungswageneinsätze und Krankenhausaufenthalte deutlich reduziert werden. Schon die Umleitung von Rettungsstellenfällen an die Akutleitstellen wird auf mittlere Sicht jährliche Einsparungen von rund 834 Millionen Euro ermöglichen. Darüber hinaus belegt das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege 2024, dass durch eine Reform von Rettungsdienst und Notfallversorgung bis zu 30 Millionen Krankenhaus-Belegungstage pro Jahr vermieden werden könnten. Angesichts durchschnittlicher Folgekosten von etwa 3.600 Euro pro stationärem Aufenthalt ergibt sich daraus ein erhebliches Entlastungspotenzial. Da ein relevanter Anteil der heute ins Krankenhaus transportierten Patientinnen und Patienten auch ambulant oder direkt vor Ort versorgt werden kann, sind im Rahmen der Reform Einsparungen von bis zu 5 Milliarden Euro jährlich realistisch.

Insgesamt kann daher durch die Reformen langfristig nicht nur mit einer erheblichen Verbesserung der Versorgungsqualität, sondern auch mit jährlichen Minderausgaben in Milliardenhöhe gerechnet werden

Zu den Buchstaben c bis g

Wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Der jährliche Erfüllungsaufwand reduziert sich für alle drei Normadressatengruppen um insgesamt 205 699 000 Euro. Diese Entlastung unterfällt der „One-in-one-out“-Regel und beruht nicht auf unionsrechtlichen Vorgaben.

Zu Buchstabe b

Mit den Neuregelungen der Notfallreform wird eine verbesserte Kooperation der drei Leistungsbereiche des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Notaufnahmen der Krankenhäuser und des Rettungsdienstes angestrebt. Erfüllungsaufwand entsteht durch die Verhandlungen von Kooperationsvereinbarungen für die Bildung von Gesundheitsleitsystemen und Integrierten Notfallzentren sowie die Bildung von Organisationsgremien in den Integrierten Notfallzentren. Daneben wird durch die Erweiterung der Aufgaben von Gremien, unter anderem des Qualitätsausschusses Notfallrettung entstehen.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurde nicht erörtert.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Bürgerinnen und Bürgern entstehen keine Kosten.

Durch die Einführung von Sachleistungen der medizinischen Notfallrettung wird für Versicherte in der GKV das Risiko ausgeschlossen, die Kosten für Rettungseinsätze selbst übernehmen zu müssen. Dies ist sachgerecht, da die Entscheidung über einen Rettungseinsatz oft nicht selbst getroffen wird und keine Auswahlmöglichkeit des Leistungserbringers besteht. Das individuelle Risiko ist mit bis zu 2 000 Euro pro Einsatz hoch.

Durch die Neuregelungen reduziert sich für die Bürgerinnen und Bürger der Aufwand im Fall einer notwendigen notdienstlichen Akutversorgung durch eine telefonische oder videounterstützte Versorgung um 3,3 Millionen Stunden und reduziert den Sachaufwand um 4 650 000 Euro.

Zu Buchstabe b

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurde nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Durch die Neuregelungen reduziert sich der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft um jährlich 207 576 000 Euro. Es entsteht ein zusätzlicher einmaliger Erfüllungsaufwand von 1 959 000 Euro.

Zu Buchstabe b

Für die Krankenhäuser entsteht durch den Abschluss von rund 700 Kooperations- und Versorgungsverträgen ein einmaliger Erfüllungsaufwand von etwa 0,5 Millionen Euro bei gleichzeitig erwartbar hohen Synergieeffekten zwischen den Partnern. Hinzu kommt jährlich rund 1 Million Euro für die Arbeit in den Organisationsgremien der Integrierten Notfallzentren. Die Landeskrankenhausesellschaften tragen einen einmaligen Aufwand von rund 205.000 bis 217.000 Euro infolge der erweiterten Aufgaben der Landesausschüsse. Bei den privaten Krankenversicherungsunternehmen liegt der einmalige Aufwand für die Vereinbarung zur finanziellen Beteiligung am Notdienst bei etwa 10.000 Euro.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurde nicht erörtert.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Zu Buchstabe a

Keine.

Zu den Buchstaben b und c bis g

Wurden nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

Der zusätzliche Erfüllungsaufwand beträgt auf Länderebene inklusive Kommunen jährlich rund 160 000 Euro sowie auf Ebene der Sozialversicherung jährlich bei rund 1 718 000 Euro. Einmalig fällt ein Erfüllungsaufwand von rund 2 329 000 Euro im Bereich der Sozialversicherung an.

Zu Buchstabe b

Für Länder und Kommunen fällt ein einmaliger Aufwand von rund 210.000 bis 214.000 Euro für Kooperationsvereinbarungen der Gesundheitsleitsysteme an, ergänzt durch einen laufenden jährlichen Aufwand von etwa 34.000 bis 334.000 Euro für die zusätzliche Arbeit der Rettungsdienst-Vertretungen in den erweiterten Landesausschüssen. Zudem entsteht ein nicht näher bezifferbarer Aufwand für die Vertretung im Qualitätsausschuss Notfallrettung.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben einen einmaligen Aufwand zwischen 635.000 und 836.000 Euro für den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhäusern und Gesundheitsleitsystemen. Hinzu kommen jährlich rund 1,25 bis 1,27 Millionen Euro für die Organisationsgremien der Integrierten Notfallzentren sowie einmalige Kosten von rund 218.000 bis 229.000 Euro für die Arbeit in den erweiterten Landesausschüssen.

Darüber hinaus entstehen Kosten für jährliche Berichtspflichten in Höhe von 29.000 bis 71.000 Euro sowie ein nicht bezifferbarer Aufwand im Qualitätsausschuss Notfallrettung. Den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht zudem ein einmaliger Aufwand von rund 228.000 bis 230.000 Euro für ihre Beteiligung an den erweiterten Landesausschüssen. Für den Bewertungsausschuss schließlich sind mehrere einmalige Aufwände vorgesehen, darunter rund 13.500 Euro für die Beschlussfassung zur Vergütung der Ersteinschätzung, etwa 17.000 Euro für die Evaluation sowie weitere 7.500 bis 10.000 Euro für Beratungen zu Notaufnahmen und Notdienststrukturen.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Keine.

Zu Buchstabe b

Keine. Vielmehr ist durch eine verbesserte Steuerung und damit gezieltere Nutzung der Notfalleinrichtungen davon auszugehen, dass sich finanzielle Entlastungen für das Gesundheitssystem ergeben.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 21/6808 mit folgenden Maßgaben, im Übrigen unverändert anzunehmen:

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 ge-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

sondert 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:

„Nach § 61 Satz 3 werden die folgenden Sätze 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 haus-

arztzentrierten 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 §§ 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 Erstausrüstung 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 Medizinpro-

- dukte-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 Behandlungsdi-

agnose 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 Krankenversicherungsunternehmen, 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 zu Stande, 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 Ab-

satz 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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 von § 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 drei 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 drei 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 Versorgung mit Hilfsmitteln, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, bei Versorgung mit einem hohen Anteil an individuell zu erbringenden Dienstleistungen sowie bei auf Dauer angelegten Versorgung, bei denen ein Wechsel des Leistungserbringers mit erheblichen Belastungen für die Versicherten oder mit Risiken für die Kontinuität oder Qualität der Versorgung verbunden sein kann. 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 Leistungsbeschreibung die zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung erforderlichen Anforderungen an die Qualität der Hilfsmittel und der zu-

sätzlich zu erbringenden Leistungen enthält. Der Zuschlag ist auf das wirtschaftlichste Angebot zu erteilen. Der Preis oder die Kosten dürfen nicht das alleinige Zuschlagskriterium sein. Bei der Ermittlung des wirtschaftlichsten Angebots sind die Qualität der Produkte und der Versorgung angemessen zu berücksichtigen. Soweit qualitative Anforderungen an die Liefer- oder Dienstleistungen, die über die gesetzlichen und die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Mindestanforderungen wesentlich hinausgehen, nicht bereits in der Leistungsbeschreibung verbindlich festgelegt sind, darf die Gewichtung der die Qualität der Hilfsmittel und der Versorgung betreffenden Zuschlagskriterien 50 Prozent nicht unterschreiten. Bei der Bestimmung des Ausschreibungsgegenstands und der Bildung der Lose sind die Belange kleiner und mittlerer Leistungserbringer sowie die Auswirkungen auf die wohnortnahe Versorgung angemessen zu berücksichtigen. In den Verträgen ist eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln sicherzustellen. 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.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

- b) Nach Absatz 2 Satz 5 wird der folgende Satz angefügt:
„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 Abschlüsse 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 Abschlüsse 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 Abschlüssen 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 Abschlüssen 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 achtzehn Monate vor dem Zeitpunkt, zu dem der Erstattungsbetrag nach Satz 5 anzupassen ist, bis zum Beginn des Tages sechs Monate vor dem Zeitpunkt, zu dem der Erstattungsbetrag anzupassen ist, erstmals der Zeitraum vom Beginn des Tages achtzehn Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff bis zum Beginn des Tages dreißig Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Der Referenzjahreszeitraum nach Satz 7 Nummer 1 Buchstabe a ist der Zeitraum vom Beginn des Tages sechs Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff bis zum Beginn des Tages achtzehn Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff.“

dd) Satz 14 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Führt der berechnete Rabattsatz zu einer Änderung des vereinbarten oder festgesetzten Erstattungsbetrags, stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem pharmazeutischen Unternehmer die Höhe des Rabattsatzes sowie die festgestellten Bezugsgrößen und die ermittelten Ge-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

samtausgabenvolumina bis zum Tag einen Monat vor dem Zeitpunkt, zu dem der Erstattungsbetrag nach Satz 5 anzupassen ist, erstmals bis zum Tag fünfunddreißig Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff, zur Verfügung.“

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

ff) Satz 16 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

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

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 Sätze 9 und 10 gelten 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 Vergütungsabschlüsse 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 Wohl-

fahrtspflege, 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 Sätze 9 und 10 gelten 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 Abrechnungs-

prüfungen 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 Sätze 9 und 10 gelten entsprechend.“

q) Nummer 19 wird wie folgt geändert:

aa) § 133 Absatz 2 wird durch 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 zu Grunde 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 Bedarfssplanun g 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.“

- bb) § 133 Absatz 5 wird durch 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.“

- cc) 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.

- dd) § 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, an dem der jeweilige Leistungserbringer über eine softwarebasierte, standardisierte Notrufabfrage nach

§ 133c Absatz 4 verfügt. In einem Gesundheitssystem 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.“

- ee) § 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 wer-

den kann, das auf derselben Rechtsgrundlage benannt wurde.“

- ccc) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- ddd) Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:
- „1. die Anforderungen an Abfragesysteme im Sinne des § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer, 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,“.
- eee) 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 Notfallsanitättergesetzes oder für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c in Verbindung mit § 2a des Notfallsanitättergesetzes und“.
- fff) 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.“
- ggg) 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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.“

- ff) 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.“

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

- hh) § 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.“

- ii) 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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 Zusatzbeitragsatzes nach § 242a,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.“

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

„(4a) Die Krankenkasse ist verpflichtet, der Aufsichtsbehörde das gesonderte Schreiben nach Absatz 4 Satz 7 so rechtzeitig vorzulegen, dass dieser vor dem Versand ausreichend Zeit 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 elektronische 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 zu-

grunde 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 Om-

budspersonen 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 folgende 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 einheitli-

chen 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 27a eingefügt:

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

- x) Nach Nummer 28 wird die folgende Nummer 28a eingefügt:
„28a. § 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 2. Halbsatz und entgegen § 282 Absatz 4 Satz 1 2. 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.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 vorangegangenen 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 morbiditätsbedingten 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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 vereinbarenden 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 vereinbarenden 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 Honorar-

verteilung 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 morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:

1. nichtärztliche Dialyseleistungen,
2. alle Leistungen, für die zum jeweiligen Zeitpunkt der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das folgende Kalenderjahr keine Abrechnungsdaten von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen,
3. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
4. Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- und Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen,
5. Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie,
6. psychotherapeutische Akutbehandlungen nach den Richtlinien nach § 92 Absatz 6a in dem vorgesehenen Umfang über einen Zeitraum von 12 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 Bewer-

tungsausschusses 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 morbiditätsbedingen 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 Sachkos-

ten 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 0,2472-fache der monatlichen Bezugsgröße, im Jahr 2028 das 0,2546-fache der monatlichen Bezugsgröße, im Jahr 2029 das 0,2697-fache der monatlichen Bezugsgröße, im Jahr 2030 das 0,2849-fache der monatlichen Bezugsgröße und ab dem Jahr 2031 das 0,2995-fache der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.“
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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 mitteilt, die Arbeitsleistung nicht mehr oder nicht im vereinbarten Umfang erbringen zu können. Der Arbeitgeber kann vor Ablauf des attestierten Zeitraums die Teilarbeitsunfähigkeit beenden, indem er seine Zustimmung zur teilweisen Erbringung

der Arbeitsleistung gegenüber dem Arbeitnehmer in Textform zurücknimmt.

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

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

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

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

(8) Für die elektronische Übermittlung der Daten zur festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit und für die Ausstellung der Bescheinigung über eine Teilarbeitsunfähigkeit 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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 „Dienstleistungen“ durch die Angabe „Dienstleistungen“,“ 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.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 krankenhausesindividuellen Tagesentgelte“ durch die Angabe „der Entgelte nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.
 - b) In Nummer 5a wird die Angabe „mit krankenhausesindividuellen 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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 An-

nahmen 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, wenn

1. 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. , 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 Leistungs-

erbringung 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 krankenhausesindividuellen 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 So-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

zialgesetzbuch 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 folgende Nummer 0 eingefügt:
 - „0. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe zu Vierter 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“.
- b) 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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung 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:

Nr.	Datum	Datensatzbeschreibung	Datenformat
Datensatz nach § 23c Absatz 5			
„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.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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, Nummer 32 Buchstabe b, Nummer 33 Buchstabe b, Nummer 34, Nummer 48 Buchstabe b, Nummer 62, Nummer 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 fortgezählten 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 Verwaltungsangele-

genheiten 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.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

14. Die Liste EU-Rechtsakte wird durch die folgende Liste 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)“;

- b) den Gesetzentwurf auf Drucksache 21/2214 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 21/1748 abzulehnen;
- d) den Antrag auf Drucksache 21/1752 abzulehnen;
- e) den Antrag auf Drucksache 21/2228 abzulehnen;
- f) den Antrag auf Drucksache 21/6355 abzulehnen;
- g) den Antrag auf Drucksache 21/5822 abzulehnen.

Berlin, den 14. Oktober 2026

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Tanja Machalet
Vorsitzende

Dr. Hans Theiss
Berichtersteller

Nicole Hess
Berichtersteller

Dr. Tanja Machalet
Berichterstellerin

Dr. Janosch Dahmen
Berichtersteller

Stella Merendino
Berichterstellerin

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bericht der Abgeordneten Dr. Hans Theiss, Nicole Hess, Dr. Tanja Machalet, Dr. Janosch Dahmen und Stella Merendino**A. Allgemeiner Teil****I. Überweisung****Zu Buchstabe a**

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 21/6808** in seiner 89. Sitzung am 9. Juli 2026 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss und den Verteidigungsausschuss überwiesen. Nachträglich hat der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf in seiner 93. Sitzung am 10. September 2026 an den Innenausschuss überwiesen. Ebenfalls nachträglich hat der Deutsche Bundestag die Vorlage in seiner 100. Sitzung am 9. Oktober 2026 an den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen. Der Haushaltsausschuss wurde zudem nach § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beteiligt und legt einen eigenen Bericht vor.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 21/2214** in seiner 34. Sitzung am 16. Oktober 2025 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 21/1748** in seiner 28. Sitzung am 25. September 2025 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie an den Ausschuss für Forschung, Technologie, Raumfahrt und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 21/1752** in seiner 28. Sitzung am 25. September 2025 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie an den Ausschuss für Digitales und Staatsmodernisierung überwiesen.

Zu Buchstabe e

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 21/2228** in seiner 34. Sitzung am 16. Oktober 2025 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss sowie den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe f

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 21/6355** in seiner 83. Sitzung am 11. Juni 2026 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat ihn zur Mitberatung an den Petitionsausschuss, den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz und den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe g

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 21/5822** in seiner 89. Sitzung am 9. Juli 2026 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss überwiesen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stellt fest, dass eine gut funktionierende und wirtschaftliche Notfall- und Akutversorgung ein essenzieller Bestandteil einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung ist. Deutschland verfüge grundsätzlich über ein umfassend ausgebautes System der Notfall- und Akutversorgung einschließlich eines gut etablierten Rettungswesens. Die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – seien jedoch besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Es gebe außerdem Defizite bei der effizienten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene, was oftmals zu einer Fehlsteuerung führe, die eine Überlastung von Akteuren, insbesondere der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes, zur Folge haben könne. Es gebe bereits erste Verbesserungen der Koordinierung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, die Strukturen hätten sich allerdings durch die fehlende gesetzliche Verpflichtung regional sehr unterschiedlich entwickelt. Ein neues System der integrierten Notfallversorgung müsse auch das medizinische Leistungsspektrum der Rettungsdienste mitdenken.

Das Ziel der Reform sei es, für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen. Die Vernetzung der Versorgungsbereiche in der Notfall- und Akutversorgung und damit die Steuerung der Hilfesuchenden in die bedarfsgerechte Versorgungsebene soll verbessert werden. Die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich der Akutfallvermittlung soll künftig die sogenannte Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung wahrnehmen, was eine bessere Steuerung von Hilfesuchenden ermöglichen soll. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, durchgängig eine telemedizinische und eine aufsuchende Versorgung bereitzustellen. Integrierte Notfallzentren, bestehend aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung im oder am Krankenhausstandort und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen sollen flächendeckend etabliert werden. Um alle relevanten Versorgungsbereiche miteinander zu vernetzen, soll die medizinische Notfallrettung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankert werden und im Arzneimittelgesetz ein Abgaberecht zur unmittelbaren Anschlussversorgung mit Arzneimitteln in Integrierten Notfallzentren geschaffen werden.

Der **Nationale Normenkontrollrat** (NKR) kritisiert in seiner Stellungnahme gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKR-G), dass ihm ein finaler Regelungsentwurf erst wenige Tage vor der überraschend vorgezogenen Kabinettbefassung zugeleitet wurde und die Frist des § 50 der Gemeinsamen Geschäftsordnung damit zum wiederholten Male nicht eingehalten worden sei. Zum Gesetzentwurf stellt der NKR fest, dass die Darstellung der Regelungsfolgen nachvollziehbar und methodengerecht sei. Er erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags daher keine Einwände. Die mit dem Gesetzentwurf beabsichtigten erheblichen Einsparungen bei den Bürokratiekosten begrüßt er ausdrücklich (Drucksache 21/6808, Anlage 2).

Der **Bundesrat** hat in seiner 1066. Sitzung am 12. Juni 2026 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen. Die Stellungnahme des Bundesrates und die Gegenäußerung der Bundesregierung finden sich auf Drucksache 21/6808, Anlage 3 und 4.

Zu Buchstabe b

Die Initianten des Gesetzentwurfs stellen fest, dass eine gut funktionierende und wirtschaftliche Notfall- und Akutversorgung ein zentraler Pfeiler einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung ist. Bisher seien jedoch der vertragsärztliche Notdienst, die Notaufnahmen der Krankenhäuser und die Rettungsdienste sektoral getrennt und unzureichend aufeinander abgestimmt, was einerseits Fehlsteuerungen begünstige und andererseits zu Überlastungen führe. Die drei Versorgungsbereiche vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste verfügten über unterschiedliche gesetzliche Rahmenbedingungen. Die jeweiligen Finanzierungs- und Ordnungsprinzipien führten zu Fehlanreizen sowie zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen. Zudem würden die Fallzahlen im Rettungsdienst seit vielen Jahren ansteigen, vor allem durch die Inanspruchnahme durch ältere Menschen, was der demografische Wandel zukünftig noch verstärken werde. Ziel der Reform sei, die Notfallversorgung bundesweit einheitlich, sektorenübergreifend und ressourcenschonend auszurichten, sodass Hilfesuchende jederzeit eine gleichwertige, qualitativ hochwertige und am Stand der Wissenschaft orientierte Versorgung erhalten.

Die Akutfallvermittlung soll künftig eine Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigungen übernehmen, die eng mit den Rettungsleitstellen vernetzt sein und durch eine digitale Fallübergabe eine effektivere Steuerung von Patientinnen und Patienten ermöglichen soll, was wesentlich zur Entlastung von Notaufnahmen und Rettungsdiensten beitragen wird. Parallel dazu soll die notdienstliche Akutversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages ausgebaut, Notfallzentren als sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen integriert und der gesetzliche Rahmen für die Finanzierung der Leistungen des Rettungsdienstes neugestaltet werden.

Zu Buchstabe c

Die antragstellende Fraktion konstatiert eine stetig sinkende Zahl an Medizinstudienplätzen, bei gleichzeitig durch den demografischen Wandel bedingter erhöhter Nachfrage nach (Fach-)Ärzten. Eine ausreichende Zahl von Ärzten und Fachärzten sei Voraussetzung für ein qualitativ hochwertiges Gesundheitswesen. Dies müsse bei der Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden. Es sei nicht zielführend, wenn der Bund für zusätzliche Medizinstudienplätze finanzielle Mittel an die Bundesländer vergebe. Stattdessen müsse dafür Sorge getragen werden, dass keine Medizinstudienplätze an Nicht-EU-Ausländer ohne deutschen Schulabschluss reserviert würden und der Bund alle Studienplätze für die Zulassung im Sanitätsdienst der Bundeswehr selbst finanziert. Weiterhin müsse eine Regierungskommission zur Förderung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung eingerichtet werden, die den Bedarf an Medizinstudienplätzen und den Bedarf an Weiterbildungsmöglichkeiten zum Facharzt feststellt. Bei den Umstrukturierungen müssten die Auswirkungen auf die ärztliche Aus- und Weiterbildung mitgedacht und Weiterbildungsstrukturen an die zunehmende Verlagerung in den ambulanten Bereich angepasst werden.

Zu Buchstabe d

Die antragstellende Fraktion stellt fest, dass die Geschwindigkeit erster lebensrettender Maßnahmen bei Herzkreislauf-Stillstand entscheidend sei. Smartphonebasierte Ersthelfer-Apps ermöglichten es, in der Nähe befindliche freiwillige, geschulte Ersthelfer parallel zum regulären Rettungsdienst zu alarmieren. Derzeit sei eine flächendeckende Nutzung eines solchen Systems in Deutschland nicht gewährleistet, da die unterschiedlichen Systeme nicht interoperabel seien, bundesweit einheitliche Standards fehlten und die Finanzierung, sowie eine konsistente rechtliche Grundlage für den Betrieb und die Integration in bestehende Rettungssysteme fehle. Deshalb müssten die gesetzlichen Voraussetzungen für eine bundesweite, flächendeckende Einführung und den Betrieb von smartphonebasierten Ersthelfer-Alarmierungssystemen geschaffen, technische Mindeststandards und vollständige Interoperabilität gesichert, die Systeme mit Defibrillatorenregistern in den Rettungsleitstellen vernetzt, die Finanzierung über die gesetzliche und private Krankenversicherung sichergestellt, die Regelungen in den Bundesländern vereinheitlicht und dem Bundestag regelmäßig über den Stand der Umsetzung berichtet werden.

Zu Buchstabe e

Die Antragsteller führen aus, dass den Menschen im Falle eines medizinischen Notfalls drei verschiedene Anlaufstellen zur Verfügung stünden: die Bereitschaftsdienste der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Rettungsstellen der Krankenhäuser und der nach den jeweiligen Landesgesetzen organisierte Rettungsdienst. Die Finanzierung und Vergütung sei in den drei Systemen jeweils unterschiedlich geregelt. Dieses System funktioniere aber weder im Hinblick auf die schnelle Erreichbarkeit medizinischer Hilfe noch in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Finanzierung. Daher fordert die antragstellende Fraktion die Schaffung bundesweit einheitlicher Rettungsleitstellen als alleinige telefonische Ansprechpartner unter der Rufnummer 112, die unter Nutzung telemedizinischer Hilfsmittel eine ärztliche Ersteinschätzung, Zuordnung und Verteilung der Patientinnen und Patienten vornehmen sollen. Außerdem sollen die Rettungsstellen der Krankenhäuser um eine vertragsärztliche Portalpraxis ergänzt, Schnittstellenprobleme und unnötige stationäre Aufnahmen vermieden und die Leistungen des Rettungsdienstes in das SGB V aufgenommen werden. Ferner soll sichergestellt werden, dass die Rettungsleitstellen auch an Pflegedienste etc. vermitteln können, die dortigen Mitarbeiter verpflichtend geschult werden, das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit die Bevölkerung mit einer Informationskampagne über die Hilfsdienste im Notfall in Kenntnis setzt und nach sechs Monaten eine Evaluierung der Neuerungen stattfindet.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe f

Die antragstellende Fraktion stellt fest, eine flächendeckende, bedarfsgerechte und zeitnah erreichbare stationäre Gesundheitsversorgung gehöre zu der verfassungsrechtlichen Verpflichtung des Staates, gleichwertige Lebensverhältnisse in Deutschland sicherzustellen. Zur Sicherung der Behandlungsqualität gebe es mit den Mindestmengenregelungen ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung. In der Praxis könnten starre Mindestmengen in Ballungsräumen Qualitätsvorteile schaffen, jedoch insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu Versorgungslücken und verlängerten Transport- und Anfahrtswegen führen. Daher fordern die Antragsteller, die Länder in die Lage zu versetzen, im Rahmen der Krankenhausplanung Ausnahmen von Mindestmengenregelungen in eng definierten Fällen wirksam zuzulassen, wenn andernfalls die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre. Das trage dazu bei, Kliniken im ländlichen Raum und in strukturschwachen Regionen zu erhalten und Versorgungslücken zu vermeiden. Durch die Verknüpfung von Ausnahmen mit Qualitäts- und Strukturvoraussetzungen bleibe außerdem das Ziel der Qualitätsverbesserung bestehen.

Zu Buchstabe g

Die Antragsteller führen aus, die Akut- und Notfallversorgung sei in ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung strukturell überlastet und dringend reformbedürftig. Ihre verschiedenen Systeme seien schlecht aufeinander abgestimmt, an vielen Stellen unzureichend ausgestattet und es finde keine sinnvolle Steuerung der Patientinnen und Patienten statt. Im Rettungsdienst stiegen die Einsatzzahlen aufgrund des vielerorts fehlenden bedarfsgerechten Zugangs zur ambulanten Akutversorgung seit mehreren Jahren kontinuierlich an. Gleichzeitig werde die stationäre Versorgung abgebaut, was verstärkt zur Schließung von Krankenhäusern insbesondere in ländlichen Gebieten führe, ohne dass die Folgen aufgefangen würden. Die verbleibenden Notaufnahmen müssten die zusätzlichen Versorgungsaufgaben übernehmen, ohne dass Personal, Finanzierung und Infrastruktur entsprechend angepasst würden. Es fehle insgesamt an einer integrierten, sektorenübergreifenden Organisation und Bedarfsplanung der Akut- und Notfallversorgung. Die bestehende Fragmentierung führt zu ineffizienten Versorgungsstrukturen, vermeidbarer Überlastung der Beschäftigten und einer Versorgung, die sich nicht konsequent am tatsächlichen Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiere. Die Antragsteller fordern daher die Aufnahme des Rettungsdienstes in die Regelversorgung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Schaffung Integrierter Leitstellen und Integrierter Akut- und Notfallzentren (IANZ), die Sicherstellung der Akut- und Notfallversorgung, sowie die entsprechende Bedarfsplanung und die Förderung der Akademisierung der Pflege in der Notfallversorgung.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse**Zu Buchstabe a**

Der **Innenausschuss** hat in seiner 47. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion Die Linke beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 21/6808 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 50. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion Die Linke beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 21/6808 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 39. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion Die Linke beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 21/6808 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der **Verteidigungsausschuss** hat in seiner 37. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion Die Linke beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 21/6808 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich gemäß Einsetzungsantrag auf Drucksache 21/571 in seiner 19. Sitzung am 10. Juni 2026 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/6808 befasst und ist in seiner gutachtlichen Stellungnahme zu dem Ergebnis gekommen, dass der Gesetzentwurf in Einklang mit der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie steht und eine Prüfbitte daher nicht erforderlich ist (Ausschussdrucksache 21(26)51-12).

Zu Buchstabe b

Der **Innenausschuss** hat in seiner 47. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, AfD und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion Die Linke beschlossen, die Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 21/2214 zu empfehlen.

Zu Buchstabe c

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 50. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/1748 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 39. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/1748 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 31. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/1748 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Forschung, Technologie, Raumfahrt und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 31. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/1748 zu empfehlen.

Zu Buchstabe d

Der **Innenausschuss** hat in seiner 47. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/1752 zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 50. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/1752 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 39. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/1752 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Digitales und Staatsmodernisierung** hat in seiner 35. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/1752 zu empfehlen.

Zu Buchstabe e

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 50. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2228 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 39. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2228 zu empfehlen.

Zu Buchstabe f

Der **Petitionsausschuss** hat keine Stellungnahme zum Antrag auf Drucksache 21/6355 vorgelegt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 55. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/6355 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 39. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/6355 zu empfehlen.

Zu Buchstabe g

Der **Innenausschuss** hat in seiner 47. Sitzung am 14. Oktober 2026 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion Die Linke beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5822 zu empfehlen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Zu Buchstabe a

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 52. Sitzung am 8. Juli 2026 die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 21/6808 aufgenommen und vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum des Deutschen Bundestages beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Zu Buchstabe b

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 17. Sitzung am 5. November 2025 die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 21/2214 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 18. Sitzung am 12. November 2025 hat der Ausschuss für Gesundheit mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke bei Stimmenthaltung des Abg. Axel Müller (CDU/CSU) beschlossen, die Durchführung einer öffentlichen Anhörung zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 21/2214 am 3. Dezember 2025 abzulehnen.

In seiner 24. Sitzung am 14. Januar 2026 hat der Ausschuss für Gesundheit mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD beschlossen, die öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 21/2214 am 23. Februar 2026 durchzuführen. Letztendlich fand die Anhörung in der 31. Sitzung am 25. Februar 2026 statt.

Zu den Buchstaben c und d

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 8. Sitzung am 8. Oktober 2025 die Beratungen zu den Anträgen auf den Drucksachen 21/1748 und 21/1752 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Zu Buchstabe e

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 18. Sitzung am 12. November 2025 die Beratungen zu dem Antrag auf Drucksache 21/2228 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Zu Buchstabe f

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 52. Sitzung am 8. Juli 2026 die Beratungen zu dem Antrag auf Drucksache 21/6355 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Zu Buchstabe g

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 52. Sitzung am 8. Juli 2026 die Beratungen zu dem Antrag auf Drucksache 21/5822 aufgenommen und, vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum des Deutschen Bundestages, beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Zu Buchstabe a und g

Die öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 21/6808 und den Anträgen auf den Drucksachen 21/6355 und 21/5822 fand in der 54. Sitzung am 9. September 2026 statt.

Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: ADAC Luftrettung, Aktion Psychisch Kranke (APK), Allianz Kommunalen Großkrankenhäuser (AKG), Arbeitsgemeinschaft präklinische Notfallmedizin (AGPN), ASB Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland, Bayerisches Rotes Kreuz (BRK), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ), Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA), BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung, Björn Steiger Stiftung, Bitkom, BKS – Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst Deutschland (ÄLRD), Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg), Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW), Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Rettungsdienst und präklinische Notfallmedizin (DGRN), Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV), Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD), Deutscher Feuerwehrverband (DFV), Deutscher Hausärztinnen- und Hausärzterverband, Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Pflegerat (DPR), Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB), Deutscher Städtetag, Deutsches Rotes Kreuz (DRK), DRF Stiftung Luftrettung, Fachverband Leitstelle, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Johanniter-Unfall-Hilfe, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Malteser Hilfsdienst, Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands, Mobile Retter, Sozialverband VdK Deutschland, ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband), Verband der Universitätskliniken (VUD), Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Dr. Michael Bayeff-Filloff (RoMed Kliniken, Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim), Dr. Matthias Brachmann (Universität Witten-Herdecke), Prof. Dr. Dr. Bernd W. Böttiger (Bundesarzt DRK, Universität zu Köln), Kimberly Locher (Notfallsanitäterin). Auf das Protokoll der Anhörung sowie die als Ausschussdrucksache verteilten Stellungnahmen wird verwiesen (Ausschussdrucksache 21(14)102 (1-39)).

Zu den Buchstaben b, d und e

Die öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 21/2214 und den beiden Anträgen auf den Drucksachen 21/1752 und 21/2228 fand in der 31. Sitzung am 25. Februar 2026 statt.

Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: ADAC Luftrettung, Aktion Psychisch Kranke (APK), AOK-Bundesverband, Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland (ASB), Bayerisches Rotes Kreuz (BRK), Björn Steiger Stiftung, BKK Dachverband, Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz (BKS), Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW), Bundesverband der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschland (BAND), Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD), Deutscher Landkreistag, Deutscher Städte- und Gemeindebund (keine Rückmeldung), Deutscher Städtetag, Deutsches Rotes Kreuz (DRK – Absage), DRF Stiftung Luftrettung, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Hausärztinnen- und Hausärzterverband, Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen (IKK – Absage), Johanniter-Unfall-Hilfe, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV – Absage), Malteser Hilfsdienst (Absage), Mobile Retter, Verband der Ersatzkassen (vdek), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi – keine Rückmeldung). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Dr. Bernd W. Böttiger (Medizinische Fakultät, Universität zu Köln), Verena Frommer (Notfallsanitäterin in Ausbildung, Berlin), Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke). Auf das Protokoll der Anhörung sowie die als Ausschussdrucksache verteilten Stellungnahmen wird verwiesen (Ausschussdrucksache 21(14)64(1-19)).

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Dem Ausschuss lag zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 21/2214 eine Petition vor. Diese wurde in die Beratungen einbezogen.

Der Ausschuss hat den Gesetzentwurf auf Drucksache 21/2214 und die beiden Anträgen auf den Drucksachen 21/1752 und 21/2228 zunächst zur abschließenden Beratung in seiner 41. Sitzung am 6. Mai 2026 aufgesetzt. Die Vorlagen wurden aber mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD, SPD und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN von der Tagesordnung abgesetzt. In der 46. Sitzung am 10. Juni 2026 wurden die drei Vorlagen erneut aufgesetzt, jedoch nun mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke wieder abgesetzt.

Zu den Buchstaben c und f

Die öffentliche Anhörung zu den Anträgen auf den Drucksachen 21/1748 und 21/5822 sowie zu dem von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD vorgelegten Änderungsanträgen auf Ausschussdrucksache 21(14)107 und den von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgelegten Änderungsanträgen auf Ausschussdrucksache 21(14)110 fand in der 58. Sitzung am 7. Oktober 2026 statt.

Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Aktion Psychisch Kranke (APK), Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG), AOK-Bundesverband, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), BKK Dachverband, Bitkom, Bund Deutscher Cannabis-Patienten (BDCan), Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBST-HILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI), Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK), Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg, Bundesverband Medizintechnologie (BVMed), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Deutsche Stiftung für chronische Kranke (DSCK), Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), Deutscher Hanfverband, Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund, eurocom – European Manufacturers Federation for Compression Therapy and Orthopaedic Devices, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Hausärztinnen- und Hausärzterverband, IKK – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Interessenverband kommunaler Krankenhäuser (IVKK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKVD), Medizinischer Dienst Bund, Pharma Deutschland, Sozialverband Deutschland (SoVD), Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa), Spitzenverband digitale Gesundheitsversorgung (SVDGV), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen (vdek), Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband), Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD), Verband der Zytostatika herstellenden Apotheker (VZA), Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) Arbeitsgemeinschaft der Gesundheitshandwerke. Als Einzelsachverständiger war eingeladen: Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Universität Witten/Herdecke. Auf das Protokoll der Anhörung sowie die als Ausschussdrucksache verteilten Stellungnahmen wird verwiesen (Ausschussdrucksache 21(14)108(1-37)).

Der Ausschuss hat in seiner 59. Sitzung am 14. Oktober 2026 seine Beratungen zu allen Vorlagen fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und Die Linke die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 21/6808 in geänderter Fassung.

Außerdem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, AfD und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion Die Linke die Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 21/2214.

Ebenfalls empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD die Ablehnung der Anträge auf den Drucksachen 21/1748, 21/1752, 21/2228 und 21/6355.

Der **Ausschuss für Gesundheit** empfiehlt weiterhin mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, AfD und SPD gegen die Stimmen der Fraktion Die Linke bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/5822.

Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf auf Drucksache 21/6808

Dem **Ausschuss für Gesundheit** haben Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 21(14)107neu vorgelegen.

Die Änderungsanträge wurden auf Antrag der Fraktion der AfD einzeln abgestimmt und das Ergebnis lautet wie folgt:

Vorlage 21(14)107neu	CDU/CSU	SPD	AfD	Bündnis 90/ Die Grünen	Die Linke
ÄA 1	+	+	0	0	0
ÄA 2	+	+	+	+	0
ÄA 3	+	+	0	+	0
ÄA 4	+	+	-	0	0
ÄA 5	+	+	0	0	-
ÄA 6	+	+	0	-	0
ÄA 7	+	+	-	+	+
ÄA 8	+	+	-	0	0
ÄA 9	+	+	+	+	+
ÄA 10	+	+	-	-	0
ÄA 11	+	+	0	0	0
ÄA 12	+	+	+	0	-

ÄA: Änderungsantrag, + Zustimmung, - Ablehnung, 0 Enthaltung

Weiterhin haben dem **Ausschuss für Gesundheit** Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 21(14)116 vorgelegen. Auch diese Änderungsanträge wurden auf Antrag der Fraktion der AfD einzeln abgestimmt und das Ergebnis lautet wie folgt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorlage 21(14)116	CDU/CSU	SPD	AfD	Bündnis 90/ Die Grünen	Die Linke
ÄA 1	+	+	+	+	0
ÄA 2	+	+	-	-	-
ÄA 3	+	+	+	+	0
ÄA 4	+	+	+	+	0
ÄA 5	+	+	+	+	0
ÄA 6	+	+	+	+	0
ÄA 7	+	+	+	+	0
ÄA 8	+	+	+	+	+
ÄA 9	+	+	+	+	0
ÄA 10	+	+	+	+	-
ÄA 11	+	+	+	+	0
ÄA 12	+	+	+	0	+
ÄA 13	+	+	0	+	0
ÄA 14	+	+	0	+	+
ÄA 15	+	+	0	+	+
ÄA 16	+	+	0	-	0
ÄA 17	+	+	-	+	0
ÄA 18	+	+	+	+	0
ÄA 19	+	+	-	+	0
ÄA 20	+	+	+	+	+
ÄA 21	+	+	+	+	+
ÄA 22	+	+	-	+	+

ÄA: Änderungsantrag, + Zustimmung, - Ablehnung, 0 Enthaltung

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Änderungsantrag der Fraktion der AfD zum Gesetzentwurf auf Drucksache 21/6808

Außerdem hat dem **Ausschuss für Gesundheit** ein Änderungsantrag der Fraktion der AfD auf Ausschussdrucksache 21(14)114 mit folgendem Inhalt vorgelegen:

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

In § 133 Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„§ 71 Absatz 1 bis 3 findet auf die Vergütung der medizinischen Notfallrettung keine Anwendung, soweit dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden und kostendeckenden Notfallversorgung erforderlich ist.“

Begründung:

Die Überführung der medizinischen Notfallrettung aus der bisherigen bloßen Fahrkostenlogik in einen eigenständigen Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Grundsatz sachlich richtig und überfällig. Der Gesetzentwurf selbst legt zutreffend dar, dass die bisherige Finanzierung als reiner Fahrkostenersatz keine adäquate Versorgung von Hilfesuchenden ohne Transport oder deren Weiterleitung in die ambulante Versorgung ermöglicht und in der Folge zu einer unnötigen Inanspruchnahme von Rettungsmitteln und Notaufnahmen führt.

Diese strukturelle Neuausrichtung ist jedoch nur dann konsequent umgesetzt, wenn sie auch finanziell konsequent flankiert wird. Die im Entwurf gleichzeitig vorgesehene undifferenzierte Bindung der Vergütung an § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V wird der besonderen Kostenstruktur des Rettungsdienstes (hohe Vorhaltekosten, dynamische Personal-, Energie- und Investitionskosten) nicht gerecht und läuft der eigenen Zielsetzung des Gesetz-entwurfs zuwider. Der Bundesrat hat im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz bereits eine entsprechende Ausnahme gefordert; die Bundesregierung hat diese Forderung abgelehnt, obwohl sie mit dem vorliegenden Gesetzentwurf selbst anerkennt, dass die medizinische Notfallrettung als eigenständiger, hochspezialisierter Leistungsbereich zu behandeln ist.

Eine bedarfsgerechte, von der starren Grundlohnrate gelöste Vergütung der Notfallrettung führt zwar im ersten Schritt zu höheren Ausgaben in diesem Bereich, bewirkt jedoch nachweislich erhebliche Einsparungen an anderen Stellen des Gesundheitssystems.

Wissenschaftliche Untersuchungen zur präklinischen Versorgung vor Ort belegen dieses enorme Einsparpotenzial eindrucksvoll:

G-BA-Innovationsprojekt „ILEG“ (2024): Das vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss geförderte und evaluierte Projekt zur Einführung von Gemeindenotfallsanitätern (u. a. in Niedersachsen) belegt, dass eine gezielte medizinische Versorgung vor Ort ohne anschließenden Transport zu einer drastischen Vermeidung von unnötigen Rettungswagen-Einsätzen (RTW) führt und die klinischen Notaufnahmen massiv entlastet (vgl. G-BA-Transferbeschluss vom 21. November 2024).

Begleitende Beobachtungsstudien: Erhebungen (u. a. in der Stadt Braunschweig) zeigen, dass bei rund 59 bis 65 Prozent der medizinisch vor Ort versorgten Patienten auf einen anschließenden teuren Transport in eine Klinik verzichtet werden konnte. Die Beratung und Versorgung vor Ort reichten medizinisch vollständig aus.

Eine sachgerecht ausgestattete und nicht kaputtbudgetierte Notfallrettung kann Patientinnen und Patienten künftig regelhaft bereits am Einsatzort abschließend versorgen oder gezielt in den ambulanten Sektor steuern, statt sie – wie bislang aus strukturellen Fehlanreizen üblich – standardmäßig in die Notaufnahme zu transportieren. Dies vermeidet unnötige und extrem teure stationäre Krankenhausaufnahmen sowie Notaufnahmebehandlungen.

Die Ausnahme der medizinischen Notfallrettung von der starren Budgetierung nach § 71 SGB V ist somit keine Netto-Mehrbelastung der Beitragszahler, sondern eine dringend gebotene, volkswirtschaftlich hocheffiziente Investition, die an anderer Stelle des Gesundheitssystems zu signifikanten Einsparungen führt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat den Änderungsantrag der Fraktion der AfD auf Ausschussdrucksache 21(14)114 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD abgelehnt.

Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Gesetzentwurf auf den Drucksachen 21/2214 und 21/6808

Dem **Ausschuss für Gesundheit** lag ein Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 21/2214 auf Ausschussdrucksache 21(14)82 vor, der zurückgezogen wurde.

Ferner hat dem **Ausschuss für Gesundheit** ein weiterer Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 21(14)110 zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung auf Drucksache 21/6808 mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Änderungsantrag Nr. 1

Zu Artikel 1 Nummer 3a – neu – (§ 45 SGB V)

(Entfristung des erhöhten Kinderkrankengeldanspruchs)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 2 wird die folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. § 45 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „10“ durch die Angabe „15“ und die Angabe „20“ durch die Angabe „30“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „25“ durch die Angabe „35“ und die Angabe „50“ durch die Angabe „70“ ersetzt.

b) Absatz 2a wird gestrichen.“

2. Die bisherige Nummer 3 wird zu Nummer 3b.

Begründung:

Mit dem Änderungsantrag wird der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (Kinderkrankengeld) in der bisher nur befristet geltenden Höhe dauerhaft im Gesetz verankert. Gesetzlich versicherte Eltern erhalten künftig regelhaft bis zu 15 Arbeitstage je Kind und Elternteil, Alleinerziehende bis zu 30 Arbeitstage. Der Anspruch ist weiterhin auf höchstens 35 Arbeitstage je Elternteil und Kalenderjahr begrenzt, bei Alleinerziehenden auf höchstens 70 Arbeitstage je Kalenderjahr.

Zu Artikel 1 Nummer 3a Buchstabe a (§ 45 Absatz 2)

Laut § 45 Absatz 2 SGB V besteht der Anspruch je Kind nur für 10 Arbeitstage (Alleinerziehende: 20 Arbeitstage), insgesamt für höchstens 25 beziehungsweise 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Dieser Regelanspruch wurde in der COVID-19-Pandemie befristet angehoben, in den Jahren 2021 bis 2023 auf bis zu 30 beziehungsweise 60 Arbeitstage je Kind (vgl. BT-Drs. 21/855). Für die Jahre 2024 und 2025 hat der Gesetzgeber den Anspruch mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz (BGBl. 2023 I Nr. 359) auf 15 beziehungsweise 30 Arbeitstage festgesetzt und mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (Artikel 3 Nummer 10 des Regierungsentwurfs, BT-Drs. 21/1511; BGBl. 2025 I Nr. 371, in Kraft seit dem 1. Januar 2026) in § 45 Absatz 2a SGB V für das Kalenderjahr 2026 fortgeschrieben. Ohne gesetzgeberisches Handeln fiel der Anspruch zum 1. Januar 2027 auf 10 beziehungsweise 20 Arbeitstage zurück.

Die Bundesregierung selbst bezeichnet das Kinderkrankengeld als wichtige familienpolitische Leistung, die Eltern bei der Vereinbarkeit von Beruf und familiären Pflichten unterstützt. Sie weist darauf hin, dass es gerade in den ersten Lebensjahren häufig zu akuten Erkrankungen kommt, die eine elterliche Betreuung zwingend erforderlich machen, und dass das Kinderkrankengeld angesichts zunehmender Erwerbstätigkeit und einer steigenden Zahl von Einelternfamilien ein wesentliches Instrument zur Absicherung des Verdienstaustauschs ist (BT-Drs.

21/855, Vorbemerkung der Bundesregierung). Der Bedarf besteht damit unabhängig von der Pandemie. Eine Rückkehr zur früheren Anspruchsdauer lässt sich weder mit einer übermäßigen Inanspruchnahme noch mit nennenswerten Einsparungen begründen.

Für die Annahme, die erhöhte Anspruchsdauer führe zu einer systematisch übermäßigen Inanspruchnahme des Kinderkrankengeldes, gibt es keine belastbare empirische Grundlage. Im Jahr 2024 weist die amtliche GKV-Statistik rund 3,64 Millionen Leistungsfälle mit insgesamt rund 8,39 Millionen Bezugstagen aus. Das entspricht durchschnittlich lediglich rund 2,3 Bezugstagen je Leistungsfall. Bereits vor der Pandemie lag die durchschnittliche Bezugsdauer nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes mit rund 2,15 Tagen je Leistungsfall auf einem sehr ähnlichen Niveau. Die Anhebung der gesetzlichen Höchstgrenze hat mithin nicht zu einer annähernd proportionalen Verlängerung der einzelnen Leistungsfälle geführt.

Auch ein Missbrauchsgeschehen lässt sich aus den verfügbaren amtlichen Daten nicht ableiten. Die Bundesregierung hat in der Antwort auf eine Kleine Anfrage darauf hingewiesen, dass die amtliche GKV-Statistik nur aggregierte Angaben zu Leistungsausgaben, Fallzahlen und Bezugstagen enthält. Daten zu einzelnen Falldauern oder Diagnosen liegen ihr nicht vor; Daten zu Falldauern oberhalb der Höchstgrenze gibt es nicht, weil dort keine Leistung gezahlt wird (BT-Drs. 21/855). Zugleich ist der Leistungsbezug an klare Voraussetzungen gebunden: Die medizinische Notwendigkeit der Betreuung ist ärztlich zu bescheinigen, und es darf keine andere im Haushalt lebende Person für die Betreuung zur Verfügung stehen. Eine Verkürzung des Anspruchs lässt sich daher jedenfalls nicht mit einem empirisch belegten Missbrauch oder einer regelhaften Ausschöpfung der Höchstansprüche begründen.

Auch aus fiskalischer Sicht ist das Einsparpotenzial einer Rückkehr zur früheren Anspruchsdauer begrenzt. Schon bei der Anhebung des Anspruchs von zehn auf 15 Arbeitstage für die Jahre 2024 und 2025 ging der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages bei isolierter Betrachtung nur von einer jährlichen Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung im mittleren zweistelligen Millionenbereich aus. Auch für die Fortschreibung im Jahr 2026 wurden die Mehrkosten gegenüber einem ersatzlosen Wegfall der Regelung auf einen mittleren zweistelligen Millionenbetrag veranschlagt (BT-Drs. 21/2641). Die tatsächlichen Ausgaben für Kinderkrankengeld beliefen sich 2024 auf rund 474,3 Millionen Euro und gingen 2025 trotz unverändertem Anspruch von 15 beziehungsweise 30 Arbeitstagen nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen sogar auf rund 456,3 Millionen Euro zurück. Die gesetzliche Höchstzahl möglicher Anspruchstage übersetzt sich damit ersichtlich nicht linear in tatsächliche Leistungsausgaben. Zur Stabilisierung der Beitragssätze trägt eine Kürzung daher allenfalls in geringem Umfang bei.

Eine Verkürzung des Kinderkrankengeldanspruchs vermindert weder die Erkrankungshäufigkeit von Kindern noch den daraus entstehenden Betreuungsbedarf. Sind die gesetzlichen Anspruchstage ausgeschöpft, muss die notwendige Betreuung auf andere Weise sichergestellt werden, etwa durch Erholungsurlaub, unbezahlte Freistellung, die Verschiebung von Arbeitszeit oder die Übernahme der Betreuung durch andere Erwerbstätige im familiären Umfeld. Der damit verbundene Ausfall verfügbarer Arbeitszeit entfällt dadurch nicht, sondern wird lediglich anders finanziert und auf Familien und Arbeitgeber verlagert. Eine isolierte Minderausgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist deshalb nicht mit einer gleich hohen gesamtwirtschaftlichen Einsparung gleichzusetzen.

Dass bei fehlenden Betreuungsmöglichkeiten Ausweichreaktionen auftreten, ist empirisch beschrieben. Befragungsdaten zeigen, dass ein Teil der Eltern bei Erkrankung des Kindes angibt, sich mangels anderer Möglichkeiten selbst krankzumelden; auch der Zehnte Familienbericht weist ausdrücklich auf dieses Verhalten hin. Eine eigene Arbeitsunfähigkeit kann eine Freistellung zur Kinderbetreuung rechtlich nicht ersetzen. Soweit tatsächlich eine eigene Arbeitsunfähigkeit des Elternteils vorliegt, erfolgt zunächst regelmäßig eine vollständige Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber, während das Kinderkrankengeld grundsätzlich lediglich 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts ersetzt. Auch deshalb kann eine Verlagerung aus dem Kinderkrankengeld in andere Formen der Arbeitsabwesenheit die gesamtwirtschaftlichen Kosten erhöhen oder lediglich auf andere Kostenträger verschieben, statt sie einzusparen.

Hinzu kommen arbeitsmarkt- und gleichstellungspolitische Folgekosten. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lebten 2025 rund 1,62 Millionen Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern in Deutschland; 71,8 Prozent von ihnen waren erwerbstätig. Mehr als vier Fünftel der Alleinerziehenden sind Frauen. Zugleich entfielen nach der amtlichen GKV-Statistik 2024 rund 72 Prozent aller Bezugstage des Kinderkrankengeldes auf Frauen. Eine Verkürzung der Anspruchsdauer trifft damit in besonderem Maße Erwerbstätige, die bereits heute einen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

überproportionalen Anteil der familiären Sorgearbeit übernehmen und bei Alleinerziehenden keine zweite Betreuungsperson im Haushalt haben. Eine verlässliche Absicherung kurzfristiger krankheitsbedingter Betreuung trägt deshalb auch dazu bei, Erwerbsbeteiligung und verfügbare Arbeitszeit zu stabilisieren. Weil beide Elternteile den Anspruch nutzen können, unterstützt er zudem eine partnerschaftliche Aufteilung der Sorgearbeit. Nicht zuletzt dient ein ausreichender Anspruch dem Infektionsschutz, weil Eltern ein krankes Kind eher zu Hause lassen können, statt es mangels Alternative in Kita oder Schule zu schicken.

Schließlich liegt in der Befristung selbst ein Problem. Weil der erhöhte Anspruch wiederholt nur befristet verlängert wurde, zuletzt für das Jahr 2026, wissen Eltern und Arbeitgeber nie sicher, womit sie im Folgejahr rechnen können. Mit der Entfristung entfällt diese Unsicherheit, und der Gesetzgeber muss nicht jedes Jahr neu entscheiden. Der Anspruch auf unbezahlte Freistellung gegenüber dem Arbeitgeber nach § 45 Absatz 3 SGB V besteht im selben Umfang fort.

Zu Artikel 1 Nummer 3a Buchstabe b (§ 45 Absatz 2a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die auf das Kalenderjahr 2026 befristete Sonderregelung wird aufgehoben, weil die Anspruchsdauer nunmehr dauerhaft in Absatz 2 geregelt ist. Für das Kalenderjahr 2026 gelten nach geltendem Recht bereits dieselben Werte. Absatz 2b ist bereits weggefallen.

Zu Artikel 1 Nummer 3b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der neuen Nummer 3a.

Dieser Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 21(14)110 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD abgelehnt.

Auf Ausschussdrucksache 21(14)101 lagen dem **Ausschuss für Gesundheit** 25 Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung auf Drucksache 21/6808 mit nachfolgendem Inhalt vor.

Änderungsantrag Nr. 1

Zu Artikel 1 Nummer 1 (§§ 15a, 15b SGB V)

(Erweiterte heilkundliche Kompetenzen in Notfallsituationen)

Artikel 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

1. Vor Nummer 1 wird die folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. Nach § 15a wird der folgende § 15b eingefügt:

„§ 15b

Erweiterte heilkundliche Kompetenzen in Notfallsituationen

(1) Pflegefachpersonen, die über eine besondere notfall- oder akutmedizinische Qualifikation verfügen, sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit einer besonderen notfall- oder akutmedizinischen Qualifikation können heilkundliche Leistungen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch eigenverantwortlich erbringen, sofern sie über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügen.

(2) Die erforderlichen fachlichen Kompetenzen liegen insbesondere dann vor, wenn sie

1. aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz oder dem Notfallsanitätergesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung oder
2. aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung erworben wurden und gemäß gesetzlicher Vorgaben oder landeseinheitlicher Erhaltungsqualifikationen regelmäßig überprüft werden.

(3) Die eigenverantwortliche Erbringung heilkundlicher Leistungen nach Absatz 1 ist zulässig, wenn

1. bei einem Notfall- oder Akutpatientenzustand eine unmittelbare notfallpflegerische oder notfallsanitätsdienstliche Versorgung mindestens vorübergehend erforderlich ist und ohne diese eine unmittelbare und hinreichend wahrscheinliche Verschlechterung des Patientenzustandes angenommen oder nicht ausgeschlossen werden kann, und
2. andere geeignetere Versorgungsformen nicht in angemessener Zeit zur Verfügung stehen oder einen unverhältnismäßig großen Aufwand oder zusätzliche Risiken für die Patientin oder den Patienten mit sich bringen würden.

(4) Die heilkundlichen Maßnahmen nach Absatz 1 umfassen auch solche, die über die in den nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen hinausgehen, soweit und solange dies zur Abwendung einer hinreichend wahrscheinlichen akuten Gefahr für Leben oder einer erheblichen Einschränkung der Gesundheit erforderlich ist.

(5) Die Maßnahmen erfolgen unbeschadet der Gesamtverantwortung der Ärztinnen und Ärzte für die medizinische Versorgung.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zu Inhalt, Umfang und Anerkennung der in Absatz 2 genannten Qualifikationen sowie zu Verfahren der staatlichen Kompetenzfeststellung nach Absatz 2 Nummer 3 zu regeln.

(7) § 15b gilt ergänzend zu § 15a dieses Gesetzes und zu den Regelungen des Notfallsanitätergesetzes.“

2. Die bisherige Nummer 1 wird zu Nummer 1b.

Begründung:

Mit der Einführung eines neuen § 15b SGB V wird eine rechtliche Grundlage geschaffen, die Pflegefachpersonen mit besonderer notfall- oder akutmedizinischer Qualifikation sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern mit entsprechender Qualifikation eine eigenverantwortliche Heilkundenausübung in klar definierten Notfallsituationen ermöglicht. Das stellt einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit, zur Entlastung ärztlicher Ressourcen und zur Weiterentwicklung einer modernen und effizienten Notfallversorgung dar.

Änderungsantrag Nr. 2

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 SGB V)

(Spezielle ambulante Notfallversorgung)

Artikel 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

§ 30 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 2 wird in Nummer 2 die Angabe „und“ durch ein Komma ersetzt und die folgenden Nummer 3 und 4 eingefügt:

„3. den Notfalltransport und

4. die spezielle ambulante Notfallversorgung.

2. Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Die spezielle ambulante Notfallversorgung (SANV) nach Absatz 2 Nummer 4 umfasst geeignete spezialisierte ambulante Versorgungsangebote, hierzu zählen unter anderem notfallpflegerische Leistungen, psychische Notfallhilfen, akute palliative Notfallversorgung sowie Leistungen einer fachgerechten Versorgung außerklinischer, geburtshilflicher Notfälle und des vorbeugenden Rettungsdienstes. Die Leistungen müssen durch Gesundheitsfachpersonen durchgeführt werden. Die für das Notfallmanagement nach Absatz 3 zuständigen Stellen haben die Vermittlung dieser Leistungen für den Bedarfsfall in geeigneter Weise sicherzustellen.“

3. Der bisherige Absatz 6 wird zu Absatz 7.

Begründung:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einem akuten Behandlungsbedarf, der zwar keine stationäre Aufnahme erfordert, aber über die Möglichkeiten der regulären vertragsärztlichen Versorgung und Versorgung durch den Rettungsdienst hinausgeht, ist durch die im aktuellen Gesetzesentwurf beschriebenen Leistungsbereiche nicht ausreichend abgedeckt. Ohne eine Ergänzung der im Gesetz vorgesehenen Regelungen für die Notfallversorgung vor Ort, wird die Einbindung der weiteren nötigen Dienste in die Notfallversorgungsstrukturen gehemmt und die für die Realisierung des Einsparpotenziales und der Entlastung des Einsatzkräfte notwendigen strukturellen Veränderungen bleiben aus. Es bedarf deshalb der Einführung eines eigenen Leistungsbereichs der speziellen ambulanten Notfallversorgung (SANV) um diese Versorgungslücke zu schließen. Die SANV ermöglicht, dass eine notfallmedizinische Versorgung je nach medizinischem Bedarf auch durch eine spezialisierte ambulante Versorgungsangebote erfolgen kann. Dies können etwa Angebote der notfallpflegerischen oder notfallpalliativen Versorgung, der psychischen Notfallhilfe, des vorbeugenden Rettungsdienstes, der notfallmäßigen außerklinischen geburtshilflichen Versorgung oder Gemeindenotfallsanitäter sein. Spezialisierte ambulante Versorgungsangebote erlauben eine zielgerichtete Reaktion auf die speziellen Bedürfnisse der Hilfesuchenden und können mit spezialisierter Erfahrung und gegebenenfalls größerer zeitlicher Freiheit eine angemessene Versorgung der Patientinnen und Patienten bieten. Der Rettungsdienst wird hierdurch entlastet und unnötige Krankenhauseinweisungen verhindert.

Änderungsantrag Nr. 3

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 SGB V)

(Landeseinheitliche Notrufabfrage)

Artikel 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

§ 30 wird wie folgt geändert:

In Absatz 3 wird in Satz 3 nach der Angabe „auf Grundlage einer“ die Angabe „landeseinheitlichen“ eingefügt.

Begründung:

Der Regierungsentwurf sieht in § 30 Absatz 3 Satz 3 vor, dass die Leistung des Notfallmanagements nach Ablauf der Übergangsfrist nur noch erbracht wird, wenn die Hilfevermittlung auf Grundlage einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage erfolgt. Die Anforderung der Standardisierung bezieht sich dabei auf das Abfrageprotokoll selbst, nicht auf die Einheitlichkeit des eingesetzten Systems innerhalb eines Landes. Es ist damit zulässig, dass verschiedene Rettungsleitstellen desselben Landes unterschiedliche Softwaresysteme nutzen, sofern diese einem gemeinsamen Protokollstandard genügen. Dies ist unzureichend. Die Reform setzt für ihre Kernfunktion, die koordinierte Patientensteuerung zwischen Rettungsleitstelle und Akutleitstelle im Gesundheitsleitsystem nach § 133a, voraus, dass die Abfragesysteme auf 112-Seite und die Ersteinschätzungssysteme auf 116117-Seite so aufeinander abgestimmt werden können, dass übereinstimmende Bewertungen des Gesundheitszustandes eines Hilfesuchenden entstehen (§ 133a Absatz 2 Nummer 1). Diese Abstimmung ist technisch erheblich aufwändiger, wenn Rettungsleitstellen innerhalb desselben Landes unterschiedliche proprietäre Systeme betreiben, selbst wenn diese nominell demselben Protokollstandard entsprechen. Schnittstellenprobleme zwischen Systemen verschiedener Anbieter sind in der Praxis ein wesentlicher Grund für Brüche in der digitalen Fallübergabe. Darüber hinaus erfordert die Qualitätssicherung im Rahmen des Fachgremiums nach § 133b, dass Abfragedaten leitstellenübergreifend ausgewertet und verglichen werden können. Dies setzt zumindest auf Landesebene eine einheitliche Datenbasis und Systemkompatibilität voraus.

Die Einfügung des Wortes "landeseinheitlichen" stellt sicher, dass innerhalb eines Landes eine gemeinsame technische Grundlage für die Notrufabfrage besteht. Die Formulierung respektiert dabei die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung: Der Rettungsdienst ist Ländersache; eine bundeseinheitliche Systemvorgabe würde in das Landesorganisationsrecht eingreifen. Landeseinheitlichkeit ist die sachgerechte und bundesstaatlich konforme Minimalanforderung, um die Koordinationsarchitektur des Regierungsentwurfs technisch funktionsfähig zu machen.

Änderungsantrag Nr. 4

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 SGB V)

(Vorbeugender Rettungsdienst)

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Artikel 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

§ 30 wird wie folgt geändert:

In Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Die notfallmedizinische Versorgung umfasst auch Leistungen des vorbeugenden Rettungsdienstes.“

Begründung:

Der aktuelle Regierungsentwurf definiert in § 30 Absatz 4 SGB V den Inhalt der notfallmedizinischen Versorgung als reaktive Versorgungsleistung am Notfallort. Leistungen des vorbeugenden Rettungsdienstes, also rettungsdienstliche Maßnahmen zur Verhinderung von (erneuten) Notfalleinsätzen und zur Versorgung sogenannter Frequent User (Vielnutzer), finden im Normtext keine verbindliche Rechtsgrundlage. Diese Lücke ist versorgungspolitisch und finanzierungsrechtlich problematisch. Ohne ausdrückliche normative Verankerung im Leistungsrahmen des § 30 SGB V fehlt den Leistungs- und Kostenträgern die hinreichend konkrete Rechtsgrundlage, um Angebote des vorbeugenden Rettungsdienstes verbindlich in Entgeltverträgen nach § 133 SGB V zu verankern und flächendeckend einzuführen. Die im Regierungsentwurf beschriebenen Effizienzpotenziale bei der Einsatzsteuerung lassen sich ohne systematische Finanzierungsgrundlage nicht realisieren.

Der hier vorgeschlagene neue Satz 2 in § 30 Absatz 4 stellt klar, dass die notfallmedizinische Versorgung auch Leistungen des vorbeugenden Rettungsdienstes umfasst. Hierunter fallen insbesondere aufsuchende Nachversorgungseinsätze nach abgeschlossenem Rettungsdiensteinsatz, präventive Hausbesuche bei Frequent Usern/Vielnutzern des Rettungsdienstes sowie strukturiertes Fallmanagement zur Verhinderung vermeidbarer Folgeeinsätze, soweit diese durch nach § 133 Absatz 1 zugelassene Leistungserbringer erbracht werden. Die Einfügung erfolgt bewusst als Klarstellung innerhalb des Absatzes 4 und nicht als gesonderter Leistungsbereich. Sie schafft die gesetzlich notwendige Mindestverankerung, damit Leistungserbringer und Kostenträger Angebote des vorbeugenden Rettungsdienstes in Entgeltverträge aufnehmen können.

Änderungsantrag Nr. 5

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 75 Absatz 1b SGB V)

(Konkretisierung der Kooperationsmöglichkeiten)

Artikel 1 Nummer 7 wird wie folgt geändert:

In § 75 Absatz 1b wird Satz 8 durch den folgenden Satz 8 ersetzt:

„Wenn und soweit Landesrecht dies zulässt, können sie hierfür Kooperationen mit den Trägern und den Leistungserbringern des Rettungsdienstes eingehen.“

Begründung:

Die Änderung dient der Klarstellung der Kooperationsregelungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen für den aufsuchen Dienst. Durch die Neufassung wird klargestellt, dass sowohl mit den Trägern als auch mit den Leistungserbringern des Rettungsdienstes Kooperationen zur Sicherstellung des aufsuchenden Dienstes möglich sind.

Änderungsantrag Nr. 6

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 75 Absatz 1a SGB V)

(Verbindliche Terminvermittlung im Rahmen des Entlassmanagements nach Versorgung im Integrierten Notfallzentrum)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

1. Nach Doppelbuchstabe dd wie folgt ergänzt:

dd) Nach Satz 5 wird folgender Satz 6 eingefügt:

„Soweit im Anschluss an die Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum oder einem Integrierten Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche eine zeitnahe ambulante Weiterbehandlung medizinisch er-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

forderlich ist, stellt die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen des Entlassmanagements die Vermittlung eines entsprechenden Behandlungstermins sicher."

2. Die bisherigen Doppelbuchstaben dd bis ff werden zu den Doppelbuchstaben ee bis gg.

Begründung:

Ein wesentlicher Bestandteil einer funktionierenden Akut- und Notfallversorgung ist die nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in die erforderliche ambulante Weiterbehandlung. Der Gesetzentwurf stärkt die Steuerung innerhalb der Akutversorgung, enthält jedoch keine ausdrückliche Verpflichtung zur Sicherstellung notwendiger Folgetermine nach der Behandlung in einem Integrierten Notfallzentrum. Die vorgeschlagene Regelung verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen, im Rahmen des Entlassmanagements die Vermittlung medizinisch notwendiger Folgetermine sicherzustellen. Dadurch werden Versorgungslücken nach der Akutbehandlung vermieden, die Kontinuität der Behandlung verbessert und unnötige erneute Inanspruchnahmen von Notaufnahmen reduziert. Die Patientinnen und Patienten wissen konkret, wann sie sich bei wem wieder vorstellen müssen. Die Regelung beschränkt sich ausdrücklich auf medizinisch erforderliche Weiterbehandlungen nach einer Versorgung im Integrierten Notfallzentrum oder im Integrierten Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche. Eine allgemeine Terminvermittlung für alle vertragsärztlichen Leistungen ist damit nicht verbunden.

Änderungsantrag Nr. 7

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 75 Absatz 1b SGB V)

(Bundeseinheitliche Fallübergabe in der KV)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

In § 75 Absatz 1b werden nach Satz 15 die folgenden Sätze 16 und 17 eingefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 31. Dezember 2027 ein einheitliches softwaregestütztes System zur Fallübergabe und Dokumentation der Versorgung durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst, die Akutleitstellen und die Behandlung in einer Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums zur Verfügung, welches die digitale Fallübergabe bei einer Weiterleitung an eine weiterführende Versorgungseinrichtung über technische Schnittstellen sicherstellt. Bei der Bereitstellung des Systems ist die Kompatibilität mit der Telematikinfrastruktur sicherzustellen.“

Begründung:

Die digitale Fallübergabe zwischen den Akteuren der notdienstlichen Akutversorgung, insbesondere zwischen Ärztlichem Bereitschaftsdienst, Akutleitstellen und Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren, ist eine strukturelle Grundvoraussetzung für die sektorenübergreifende Koordination, die der Regierungsentwurf programmatisch anstrebt. Ohne ein bundeseinheitliches, technisch kompatibles System zur Dokumentation und Fallübergabe bleibt der angestrebte medienbruchfreie Informationsfluss zwischen diesen Versorgungsebenen faktisch nicht realisierbar. Der Regierungsentwurf enthält in § 75 Absatz 1b keine Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, ein solches System zentral bereitzustellen. Die Folge wäre eine dezentrale, technisch heterogene Systemlandschaft auf KV-Ebene, die Interoperabilität strukturell erschwert und bundeseinheitliche Qualitätsstandards bei der Patientensteuerung untergräbt. Die im Regierungsentwurf an anderer Stelle vorgesehenen digitalen Schnittstellen, etwa über §133d oder die Kooperationsvereinbarungen nach §123a, setzen das Vorhandensein eines funktionsfähigen Basissystems auf KV-Ebene voraus, ohne dessen Bereitstellung normativ sicherzustellen.

Die vorgeschlagene Ergänzung des § 75 Absatz 1b verpflichtet deshalb die Kassenärztliche Bundesvereinigung, bis zum 31. Dezember 2027 ein einheitliches softwaregestütztes System zur Fallübergabe und Dokumentation der Versorgungsleistungen im Bereich der notdienstlichen Akutversorgung bereitzustellen.

Änderungsantrag Nr. 8

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 75 Absatz 1b SGB V)

(Verbindliche Standards für die digitale Fallübergabe zwischen Akutleitstellen und Leistungserbringern des Notfallmanagements)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

In § 75 Absatz 1b wird nach Satz 17 folgender Satz 18 eingefügt:

„Die digitale Fallübergabe zwischen der Akutleitstelle und den Leistungserbringern des Notfallmanagements erfolgt nach bundeseinheitlichen technischen und semantischen Standards. Es ist sicherzustellen, dass die im Rahmen der standardisierten Ersteinschätzung erhobenen Daten vollständig, strukturiert und medienbruchfrei übermittelt und von den empfangenden Systemen ohne erneute Datenerfassung weiterverarbeitet werden können.“

Begründung:

Die digitale Vernetzung der Akutleitstellen mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements ist eine wesentliche Voraussetzung für eine effiziente Patientensteuerung. Der Gesetzesentwurf sieht eine digitale Fallübergabe vor, enthält jedoch keine näheren Anforderungen an deren technische und semantische Ausgestaltung. Bundeseinheitliche Standards gewährleisten, dass die im Rahmen der standardisierten Ersteinschätzung erhobenen Informationen ohne Medienbrüche zwischen den beteiligten Systemen übertragen und weiterverarbeitet werden können. Doppeluntersuchungen, Informationsverluste und vermeidbare Verzögerungen werden hierdurch reduziert. Die Regelung stärkt die Interoperabilität der digitalen Notfallversorgung und schafft die Voraussetzungen für eine bundesweit einheitliche Umsetzung der digitalen Fallübergabe und verbessert zugleich die Kontinuität der Patientenversorgung an den Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern.

Änderungsantrag Nr. 9

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 75 Absatz 1b SGB V)

(Qualitätsanforderungen an telemedizinische Leistungen der Akut- und Notfallversorgung)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

In § 75 Absatz 1b wird nach Satz 18 folgender Satz 19 eingefügt:

„Die telemedizinischen Leistungen nach diesem Absatz sind nach bundeseinheitlichen Qualitätsstandards zu erbringen. Diese umfassen insbesondere Anforderungen an die Qualifikation des eingesetzten medizinischen Personals, die technische Ausstattung, die Durchführung der telemedizinischen Behandlung sowie die Dokumentation und Qualitätssicherung.“

Begründung:

Der Gesetzesentwurf sieht eine flächendeckende telemedizinische Versorgung im Rahmen der Akutversorgung vor. Telemedizinische Leistungen werden damit zu einem wesentlichen Bestandteil der Patientensteuerung und Erstversorgung. Um bundesweit eine einheitlich hohe Versorgungsqualität sicherzustellen, sollten für diese Leistungen verbindliche Qualitätsstandards gesetzlich vorgegeben werden. Hierzu gehören insbesondere Anforderungen an die Qualifikation des eingesetzten medizinischen Personals, die technische Ausstattung, die Durchführung der telemedizinischen Behandlung sowie eine einheitliche Dokumentation und Qualitätssicherung. Die Regelung schafft bundesweit vergleichbare Qualitätsmaßstäbe für telemedizinische Leistungen, stärkt die Patientensicherheit und fördert die Akzeptanz der telemedizinischen Versorgung als gleichwertigen Bestandteil der Akut- und Notfallversorgung.

Änderungsantrag Nr. 10

Zu Artikel 1 Nummer 14 (§§ 101, 123a, 123b SGB V)

(Bundeseinheitliche Kriterien zur Einrichtung von INZ und KINZ)

1. In Artikel 1 wird nach Nummer 13 eine neue Nummer 14 wie folgt ergänzt:

„14. In § 101 Absatz 1 Satz 1 wird folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. Bundeseinheitliche Vorgaben für die Standortbestimmung von Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche gemäß §§ 123a und 123b.“

2. In § 123a Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „Bundeswehrkrankenhäuser“ die folgende Angabe eingefügt: „auf Grundlage der bundeseinheitlichen Vorgaben gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

3. In Artikel 1 der bisherigen Nummer 18 wird in § 123b Absatz 1 Satz 1 nach der Angabe „Kinder und Jugendliche“ die folgende Angabe eingefügt: „auf Grundlage der bundeseinheitlichen Vorgaben gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7“

Begründung:

§ 123a Abs. 1 und § 113b Absatz 1 SGB V im Gesetzesentwurf überlassen die Festlegung der INZ und KINZ-Standorte dem erweiterten Landesausschuss im Sinne des § 90 Abs. 4a SGB V. Der Entwurf nennt zwar Festlegungskriterien (Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten für 95 Prozent der zu versorgenden Menschen, Zahl der zu versorgenden Menschen, ÖPNV-Anbindung, Bestehen einer KV-Notdienstpraxis sowie Möglichkeiten der Einbeziehung von Kooperationspraxen, § 123a Abs. 1 Satz 4 SGB V neu), beschränkt diese aber auf eine Berücksichtigungspflicht. Bundeseinheitliche, fachlich konsenterte und verbindliche Vorgaben für strukturelle, fachliche und transsektorale Anforderungen an INZ- und KINZ-Standorte (insbesondere Mindestkriterien der notfallmedizinischen Vorhaltung, Anbindung an Rettungsdienst und Akutleitstelle, etc.) fehlen. Dies birgt das Risiko einer regional heterogenen Ausgestaltung, die der mit der Reform angestrebten bundeseinheitlichen Versorgungsqualität entgegenwirkt und die Vergleichbarkeit der INZ- und KINZ-Versorgung dauerhaft erschwert. Mit der Änderung werden verbindliche bundeseinheitliche Kriterien für die Ausweisung Integrierter Notfallzentren und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche als Grundlage der Landesentscheidungen verankert. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält über Nummer 7 in § 101 Abs. 1 SGB V den Auftrag, diese Kriterien unter Mitwirkung der Bundesländer, der Trägerverbände, der Patientenvertretung und der notfallmedizinischen Fachgesellschaften zu beschließen.

Für KINZ sind in den bundesweit einheitlich festzulegenden Kriterien insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen:

- eine qualifizierte pädiatrische Ersteinschätzung,
- standardisierte Behandlungspfade für Kindernotfälle,
- die jederzeitige Einbindung kinder- und jugendmedizinischer Fachkompetenz, einschließlich telemedizinischer Konsultationsmöglichkeiten.

Änderungsantrag Nr. 11

Zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 115a SGB V)

(Vorstationäre Vergütung bei Zuweisung durch den Rettungsdienst)

1. Artikel 1 Nummer 15 wird wie folgt geändert:

In § 115a Absatz 1 wird nach Nummer 2 folgender Satz eingefügt:

„Die Behandlung nach Satz 1 Nummer 1 ist auch bei Zuweisung der Versicherten durch den Rettungsdienst zulässig, wenn das Krankenhaus über ein Integriertes Notfallzentrum nach §123 verfügt.“

2. Die bisherigen Nummern 14 bis 27 werden zu den Nummern 16 bis 29.

Begründung:

Aktuell kann ein Krankenhaus die Versorgung eines Patienten oder einer Patientin nur als vorstationäre Behandlung abrechnen, wenn hierfür eine Verordnung zur Krankenhausbehandlung z.B. aus der Vertragsärzteschaft vorliegt. Der Behandlung in diesem Rahmen geht also eine medizinische Voruntersuchung voraus, die eine Verordnung zur Krankenhausbehandlung aufgrund des medizinischen Bedarfs zur Folge hat. Bei Zuweisung einer Patientin oder eines Patienten durch den Rettungsdienst kann, trotz vorheriger medizinischer Untersuchung, mit dem Ergebnis der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung, nur ambulant bzw. vollstationär abgerechnet werden. Dies verstärkt die Problematik defizitärer Notaufnahmestrukturen und stellt einen Anreiz für medizinisch nicht notwendige vollstationäre Aufnahmen. Es bedarf deshalb einer Ergänzung in § 115a, der auch bei Zuweisung durch den Rettungsdienst eine vorstationäre Abrechnung ermöglicht.

Änderungsantrag Nr. 12

Zu Artikel 1 Nummer 18 und Nummer 19 und Artikel 2 (§§ § 75 Absatz 1e, 123c Absatz 1, 133a, 133d SGB V)

(Transsektorale Qualitätssicherung und bundesweites Benchmarking)

1. Artikel 1 bisherige Nummer 18 wird wie folgt geändert:

In § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 3 wird die Angabe „und“ durch ein Komma ersetzt und die folgenden Nummer 4 und 5 eingefügt:

„4. zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung durchzuführen ist und

5. zur Art der Bereitstellung der im Rahmen der standardisierten Ersteinschätzung erhobenen Daten für Maßnahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie für bundesweite regionale Vergleichsauswertungen (Benchmarking).“

2. Artikel 1 Nummer 19 (§ 133a SGB V) wird wie folgt geändert:

a) § 133a wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 3 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 eingefügt:

„Die digitalen Strukturen sind so auszugestalten, dass eine standardisierte Erhebung und Übermittlung qualitätsrelevanter Daten für Zwecke der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gewährleistet ist.“

bb) In Absatz 5 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 eingefügt:

„Die erhobenen Daten sind nach bundesweit einheitlichen Vorgaben auszuwerten und für regionale Benchmarking-Verfahren bereitzustellen.“

b) § 133d wird wie folgt geändert:

Nach Satz 2 folgender neuer Satz 3 eingefügt:

„Die nach dieser Vorschrift übermittelten Daten dürfen zur Durchführung einer bundesweit einheitlichen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie zur Erstellung regionaler Vergleichsauswertungen (Benchmarking) verarbeitet und ausgewertet werden. Hierbei sind die Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit zu gewährleisten.“

2. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

§ 75 Absatz 1e wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 wird nach der Angabe „sowie auf die in Absatz 1b Satz 11 genannte Kooperation“ die Angabe „auf die Qualität der sektorenübergreifenden Patientensteuerung, die Ergebnisse standardisierter Ersteinschätzungsverfahren sowie auf bundesweit einheitliche Qualitätsindikatoren der Akut- und Notfallversorgung“ eingefügt.

2. Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Ergebnisse der Evaluation sind nach bundesweit einheitlichen Maßstäben auszuwerten und in einer Form aufzubereiten, die regionale Vergleichsauswertungen (Benchmarking) ermöglicht.“

Begründung:

Die Notfallreform verfolgt das Ziel einer sektorenübergreifenden, qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Akut- und Notfallversorgung. Hierfür reicht die Einführung neuer Versorgungsstrukturen allein nicht aus. Erforderlich ist vielmehr eine kontinuierliche und bundesweit vergleichbare Evaluation der Versorgungsqualität über die gesamte Versorgungskette hinweg. Der Entwurf enthält bereits Regelungen zur Evaluation der Akutleitstellen sowie zur digitalen Vernetzung und Datenübermittlung. Diese Strukturen sollten zugleich für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung genutzt werden. Die vorgeschlagenen Änderungen schaffen die Grundlage für ein bundesweites Benchmarking der Akut- und Notfallversorgung. Standardisierte Qualitätsindikatoren sowie eine einheitliche Datenauswertung ermöglichen transparente regionale Vergleiche, die Identifikation von Versorgungsdefiziten und die Verbreitung erfolgreicher Versorgungskonzepte. Hierdurch wird eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Akut- und Notfallversorgung unterstützt. Die Verarbeitung der Daten erfolgt ausschließlich zu Zwecken der gesetzlichen Qualitätssicherung und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Änderungsantrag Nr. 13

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 SGB V)**(Vorrangige Berücksichtigung der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken bei der Einrichtung Integrierter Notfallzentren)**

Artikel 1 bisherige Nummer 18 wird wie folgt geändert:

In § 123a Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „der Bundeswehrkrankenhäuser“ die Angabe „und der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken“ eingefügt.

Begründung:

Der Regierungsentwurf sieht in §123a Absatz 1 Satz 1 vor, dass der erweiterte Landesausschuss bei der Festlegung der INZ-Standorte die Bundeswehrkrankenhäuser vorrangig berücksichtigt. Die Begründung stellt darauf ab, dass Bundeswehrkrankenhäuser ein möglichst breites notfallmedizinisches Leistungsspektrum vorhalten müssen, um ihrem besonderen militärischen Versorgungsauftrag gerecht zu werden. Dieser strukturelle Gedanke des Vorrangs für Einrichtungen mit einem gesetzlich verankerten Versorgungsauftrag, der eine dauerhaft hohe notfallmedizinische Vorhalteleistung erfordert, gilt in gleicher Weise für die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken. Ihnen obliegt kraft gesetzlichen Auftrags die spezialisierte Versorgung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Dieser Auftrag verlangt die Vorhaltung hochspezialisierter Strukturen für die schwere Traumaversorgung, Schwerbrandverletzte und Berufserkrankungen rund um die Uhr. Die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken erfüllen in der Regel die Voraussetzungen der höchsten Notfallstufe nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen und verfügen über eine dauerhaft vorzuhaltende notfallmedizinische Kapazität, die weit über die Mindestanforderungen des §123a Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 hinausgeht.

Die Integration der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken in die INZ-Strukturen stärkt die sektorenübergreifende Notfallversorgung, nutzt vorhandene Spezialisierung und vermeidet Parallelstrukturen in Regionen, in denen BG-Kliniken bereits heute die notfallmedizinische Versorgungsinfrastruktur wesentlich mitprägen. Der vorrangige Berücksichtigungsauftrag beschränkt wie bei den Bundeswehrkrankenhäusern das Ermessen des erweiterten Landesausschusses, ohne eine automatische Zuweisung zu bewirken. Dem Landesausschuss verbleibt die Prüfung der übrigen Standortkriterien nach §123a Absatz 1 Sätze 4 bis 7.

Änderungsantrag Nr. 14Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123b SGB V)**(Verbindliches Qualitätsmanagement für Integrierte Notfallzentren)**

Artikel 1 bisherige Nummer 18 wird wie folgt geändert:

1. In § 123a wird nach Absatz 4 folgender Absatz 5 neu eingefügt:

„(5) Die Betreiber der Integrierten Notfallzentren haben ein einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagement sicherzustellen. Dieses umfasst insbesondere

1. standardisierte Verfahren der Zusammenarbeit zwischen Notaufnahme, Notdienstpraxis und zentraler Ersteinschätzungsstelle,
2. regelmäßige gemeinsame Qualitätsanalysen,
3. standardisierte Übergabe- und Kommunikationsprozesse sowie
4. Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Patientensteuerung und Patientensicherheit.

Das Nähere vereinbaren die Vertragspartner nach § 123c.“

Begründung:

Die Integrierten Notfallzentren bilden ein Kernstück der Reform der Akut- und Notfallversorgung. Ihr Erfolg hängt maßgeblich davon ab, dass die beteiligten Leistungserbringer sektorenübergreifend nach einheitlichen Qualitätsstandards zusammenarbeiten. Der Gesetzesentwurf schafft die organisatorischen Voraussetzungen für die Zusammenarbeit, enthält jedoch keine ausdrückliche Verpflichtung zu einem gemeinsamen Qualitätsmanagement der beteiligten Einrichtungen. Ein einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagement verbessert die Zusam-

menarbeit zwischen Notaufnahme, vertragsärztlicher Notdienstpraxis und zentraler Ersteinschätzungsstelle. Einheitliche Übergabeprozesse, gemeinsame Qualitätsanalysen und regelmäßige Auswertungen stärken die Patientensicherheit, und vermeiden Schnittstellenverluste.

Änderungsantrag Nr. 15

Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123c SGB V)

(Verbindliche Patientensteuerung auf Grundlage der standardisierten Ersteinschätzung)

Artikel 1 bisherige Nummer 18 wird wie folgt geändert:

In § 123c Absatz 2 werden nach Satz 3 folgende Sätze 4 bis 6 eingefügt:

„Das Ergebnis der standardisierten Ersteinschätzung ist für die Zuweisung der hilfesuchenden Person zur jeweils geeigneten Versorgungsebene grundsätzlich verbindlich. Eine Abweichung hiervon ist nur zulässig, wenn aufgrund besonderer medizinischer Umstände im Einzelfall eine anderweitige Versorgung erforderlich ist. Die Gründe für die Abweichung sind zu dokumentieren.“

Begründung:

Die standardisierte Ersteinschätzung ist das zentrale Steuerungsinstrument der Reform der Akut- und Notfallversorgung. Ihr Ziel besteht darin, Patientinnen und Patienten entsprechend der medizinischen Dringlichkeit und des individuellen Versorgungsbedarfs der geeigneten Versorgungsebene zuzuweisen. Der Gesetzentwurf sieht die Durchführung einer standardisierten Ersteinschätzung vor, regelt jedoch nicht ausdrücklich, welche rechtlichen Folgen sich aus deren Ergebnis ergeben. Ohne eine grundsätzliche Verbindlichkeit besteht die Gefahr, dass die Steuerungswirkung der Ersteinschätzung erheblich eingeschränkt wird und die angestrebte Entlastung der Notaufnahmen nicht erreicht werden kann. Die vorgeschlagene Regelung stellt klar, dass das Ergebnis der standardisierten Ersteinschätzung grundsätzlich maßgeblich für die Zuweisung zur geeigneten Versorgungsebene ist. Gleichzeitig bleibt ausreichend Raum für ärztliche oder medizinisch begründete Einzelfallentscheidungen. Die Dokumentationspflicht gewährleistet Transparenz und ermöglicht eine spätere Qualitätssicherung der Abweichungsentscheidungen. Die Ergänzung stärkt die Wirksamkeit der Patientensteuerung, verbessert die Nutzung vorhandener Versorgungskapazitäten und trägt zu einer zielgerichteten Inanspruchnahme der Versorgungskapazitäten bei.

Änderungsantrag Nr. 16

Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123c SGB V)

(Wissenschaftliche Evaluation und Weiterentwicklung der standardisierten Ersteinschätzungsverfahren)

Artikel 1 bisherige Nummer 18 wird wie folgt geändert:

In § 123c wird nach Absatz 3 folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Die im Rahmen der Akut- und Notfallversorgung eingesetzten standardisierten Ersteinschätzungsverfahren sind regelmäßig anhand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Ergebnisse der Qualitätssicherung und Versorgungsforschung zu überprüfen und fortzuentwickeln. Hierbei sind insbesondere Erkenntnisse zur Patientensicherheit, zur Steuerungsqualität sowie zur Praktikabilität der Verfahren zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Überprüfung sind zu dokumentieren und bei der Weiterentwicklung der Verfahren angemessen zu berücksichtigen.“

Begründung:

Die standardisierte Ersteinschätzung ist ein zentrales Element der Reform der Akut- und Notfallversorgung. Sie entscheidet maßgeblich darüber, dass Patientinnen und Patienten frühzeitig der medizinisch geeigneten Versorgungsebene zugeführt werden. Der Gesetzesentwurf sieht den Einsatz standardisierter Ersteinschätzungsverfahren vor, enthält jedoch keine ausdrückliche Regelung zu deren kontinuierlicher wissenschaftlicher Evaluation und Weiterentwicklung. Eine regelmäßige Evaluation auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Ergebnisse der Qualitätssicherung und Versorgungsforschung gewährleistet, dass die eingesetzten Verfahren fortlaufend an den Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst werden. Die vorgeschlagene Ergänzung stärkt die Qualität und Akzeptanz der standardisierten Ersteinschätzung und trägt zu einer bundesweit einheitlichen sowie evidenzbasierten Weiterentwicklung der Akut- und Notfallversorgung bei.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Änderungsantrag Nr. 17

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§§ 133a Absatz 2, 133c Absatz 1, Absatz 2 und Absatz 3 SGB V)

(Verbindliche Interoperabilitätsstandards in der Akut- und Notfallversorgung)

Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

1. In § 133a Absatz 2 wird nach Satz 6 folgender Satz eingefügt:

„Die eingesetzten informationstechnischen Systeme müssen spätestens ab dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die nach § 133e festgelegten Interoperabilitätsanforderungen erfüllen. Der Nachweis hierüber ist gegenüber den zuständigen Vertragspartnern zu erbringen.“

2. § 133c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Die zur Durchführung der standardisierten Ersteinschätzung eingesetzten Systeme müssen die nach § 133e festgelegten technischen und semantischen Interoperabilitätsstandards erfüllen.“

b) In Absatz 2 wird nach Satz 6 folgender Satz eingefügt:

„Die Einhaltung der Interoperabilitätsanforderungen ist regelmäßig nachzuweisen.“

c) In Absatz 3 wird nach Satz 4 folgender Satz eingefügt:

„Bei der Auswahl und Weiterentwicklung digitaler Anwendungen sind ausschließlich interoperable und offene Standards zu verwenden.“

Begründung:

Die Reform der Akut- und Notfallversorgung kann ihre Ziele nur erreichen, wenn die informationstechnischen Systeme der Akutleitstellen, Integrierten Notfallzentren, der medizinischen Notfallrettung sowie der weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer technisch und semantisch interoperabel zusammenarbeiten. Der Gesetzesentwurf sieht zwar eine umfassende digitale Vernetzung der Akteure vor, enthält jedoch keine verbindlichen Vorgaben, bis wann Interoperabilitätsstandards umzusetzen sind und wie deren Einhaltung nachgewiesen wird. Verbindliche Interoperabilitätsanforderungen schaffen die Voraussetzung für einen medienbruchfreien Austausch strukturierter Gesundheitsdaten über die gesamte Versorgungskette hinweg. Dadurch werden Mehrfachdokumentationen, Informationsverluste und vermeidbare Verzögerungen vermieden sowie die Kontinuität der Patientenversorgung verbessert. Die Einführung einer verbindlichen Umsetzungsfrist mit Nachweispflicht gewährleistet, dass alle beteiligten Systeme innerhalb eines einheitlichen Zeitrahmens die festgelegten Standards erfüllen. Die Ergänzung stärkt die digitale Handlungsfähigkeit der Akut- und Notfallversorgung, erhöht die Investitions- und Planungssicherheit für die beteiligten Akteure und schafft die Grundlage für eine bundesweit einheitliche, sichere und zukunftsfähige digitale Infrastruktur der Notfallversorgung.

Änderungsantrag Nr. 18

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 4 SGB V)

**(Katalog der Empfehlungen des Fachgremiums
medizinische Notfallrettung)**

Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

In § 133b Absatz 4 werden nach Nummer 9 folgende Nummern eingefügt:

„10. der Qualifikation des Personals, der Ausstattung, Besetzung und ärztlichen Leitung der Leitstellen einschließlich des Einsatzes eines Telenotarztes zur Unterstützung und Sicherstellung einer fachgerechten Patientenversorgung,

11. der automatisierten und standardisierten Ortung von Notrufenden,

12. nach medizinischer Indikation und disponiertem Einsatzmittel differenzierter Hilfsfristen beziehungsweise Planungsfristen sowie Maßnahmen zur Optimierung des jeweiligen Zielerreichungsgrades,
13. der Auswahl von bedarfsgerechten Einsatzmitteln (Disposition) und Maßnahmen zur Disposition anhand des Einsatzmittelstandorts,
14. der Qualifikation des Personals, der Ausstattung und der Besetzung der Einsatzmittel einschließlich des Einsatzes eines Telenotarztes zur Unterstützung oder Sicherstellung einer fachgerechten Patientenversorgung,
15. der Aufgaben der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes, inklusive des Einsatzes eines ärztlichen Führungsdienstes soweit medizinisch auf Grund der Komplexität des Einsatzgeschehens oder der Durchführung besonderer invasiver medizinischer Maßnahmen erforderlich,
16. des Einsatzes von Luftrettungsmitteln, Intensivtransportwagen und spezialisierten Rettungsfahrzeugen für die Versorgung von Kindern soweit medizinisch im Speziellen erforderlich.“

Begründung:

Es ist begrüßenswert, dass dem Gremium nach § 133b SGB V im Rahmen von § 133b Absatz 3 SGB V Vorgaben zum Umfang und zu prioritär zu bearbeitenden Teilbereichen gemacht wird. Der Katalog von Rahmenempfehlungen für die Notfallrettung gemäß § 133b Absatz 4 SGB V umfasst im aktuellen Entwurf aber nur einen geringen Teil der Bereiche, die durch die Rahmenempfehlung abgedeckt werden sollten, um den Zielen der Reform wie Einheitlichkeit, Standardisierung und Vernetzung ausreichend Sorge zu tragen. Der Katalog sollte deshalb erweitert werden. Nur durch eine entsprechende Erweiterung des Katalogs der Rahmenempfehlungen wird sichergestellt, dass die für eine qualitativ hochwertige Notfallrettung im gesamten Bundesgebiet notwendigen Vorgaben erarbeitet und lokal umgesetzt werden.

Änderungsantrag Nr. 19

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b SGB V)

(Transparenz des Fachgremiums medizinische Notfallrettung)

Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

1. In § 133b wird nach Absatz 4 folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Die Empfehlungen des Fachgremiums medizinische Notfallrettung sind einschließlich ihrer fachlichen Begründung zu veröffentlichen, soweit überwiegende öffentliche oder schutzwürdige Interessen Dritter nicht entgegenstehen. Die Veröffentlichung erfolgt in geeigneter barrierefreier Form. Das Fachgremium berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit mindestens einmal jährlich über seine Tätigkeit sowie über den Stand der Umsetzung seiner Empfehlungen. Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht den Bericht spätestens einen Monat nach Erhalt.“

Begründung:

Mit dem Fachgremium medizinische Notfallrettung schafft der Gesetzentwurf ein zentrales Gremium zur Entwicklung bundesweit einheitlicher Standards für die medizinische Notfallrettung. Seine Empfehlungen werden maßgeblichen Einfluss auf die zukünftige Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen sowie der Qualitätsanforderungen haben. Um die Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz der Arbeit des Fachgremiums zu stärken, sollten dessen Empfehlungen grundsätzlich veröffentlicht werden. Dies fördert die Transparenz gegenüber den beteiligten Leistungserbringern, den Ländern, den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Öffentlichkeit. Der jährliche Tätigkeitsbericht ermöglicht zudem eine kontinuierliche Beobachtung der Umsetzung der Empfehlungen und unterstützt die evidenzbasierte Weiterentwicklung der medizinischen Notfallrettung.

Änderungsantrag Nr. 20

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 4 SGB V)

**(Verbindlichkeit der Empfehlungen des Fachgremiums
medizinische Notfallrettung)**

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

1. In § 133b wird nach dem neuen Absatz 5 folgender Absatz 6 eingefügt:

„(5) Die nach Absatz 2 beschlossenen Empfehlungen des Fachgremiums sind bei der Ausgestaltung der Verträge nach § 133 Absatz 2 sowie bei der Festlegung der technischen, organisatorischen und medizinischen Standards der medizinischen Notfallrettung zu berücksichtigen. Abweichungen sind zu begründen und zu dokumentieren.“

2. Der bisherigen Absätze 5 und 6 werden zu den Absätzen 7 und 8.

Begründung:

Mit dem Fachgremium medizinische Notfallrettung schafft der Gesetzesentwurf erstmals ein bundesweites Gremium zur Entwicklung einheitlicher fachlicher Standards für die medizinische Notfallrettung. Seine Empfehlungen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Harmonisierung der Versorgungsqualität und zur Weiterentwicklung der medizinischen Notfallrettung. Ohne eine gesetzliche Verpflichtung, diese bei der Ausgestaltung der Verträge und der Festlegung fachlicher Standards zu berücksichtigen, besteht die Gefahr einer uneinheitlichen Umsetzung in den Ländern und bei den Leistungserbringern. Die vorgeschlagene Regelung verpflichtet die zuständigen Akteure, die Empfehlungen des Fachgremiums bei ihren Entscheidungen einzubeziehen. Gleichzeitig bleibt die notwendige Flexibilität erhalten, indem begründete Abweichungen weiterhin möglich sind. Die Dokumentationspflicht schafft Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen.

Änderungsantrag Nr. 21

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133h SGB V)

(Weiterentwicklung des bundesweiten AED-Katasters und der digitalen Ersthelferalarmierung)

Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

§ 133h wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Das AED-Kataster ist nach bundesweit einheitlichen technischen und semantischen Standards zu führen und so auszugestalten, dass eine medienbruchfreie Nutzung durch die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, die Akutleitstellen sowie anerkannte digitale Ersthelferalarmierungssysteme gewährleistet ist.“

2. In Absatz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Daten des AED-Katasters sind fortlaufend auf Aktualität und Vollständigkeit zu überprüfen; hierfür sind geeignete Verfahren zur Qualitätssicherung vorzusehen.“

3. In Absatz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die für das AED-Kataster vorgesehenen Schnittstellen sind interoperabel auszugestalten und an die Telematikinfrastruktur sowie an die nach diesem Buch vorgesehenen digitalen Systeme der Akut- und Notfallversorgung anzubinden.“

4. In Absatz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Die im AED-Kataster erhobenen Daten dürfen in anonymisierter oder pseudonymisierter Form für Zwecke der Qualitätssicherung, der wissenschaftlichen Evaluation sowie der Weiterentwicklung der medizinischen Notfallrettung genutzt werden.“

Begründung:

Der Gesetzesentwurf führt mit § 133h SGB V ein bundesweites AED-Kataster ein und sieht dessen Nutzung im Rahmen des Notfallmanagements sowie der digitalen Ersthelferalarmierung vor. Die vorgeschlagenen Ergänzungen stellen sicher, dass das AED-Kataster nach bundesweit einheitlichen Standards betrieben wird und eine medienbruchfreie Nutzung durch alle relevanten Akteure der Akut- und Notfallversorgung ermöglicht. Darüber hinaus wird die Grundlage für eine kontinuierliche Qualitätssicherung sowie für wissenschaftliche Evaluationen

geschaffen. Die Nutzung anonymisierter oder pseudonymisierter Daten dient ausschließlich der Verbesserung der Versorgungsqualität und erfolgt unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Änderungsantrag Nr. 22

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133c SGB V)

(Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht für Leistungserbringer des Notfallmanagements)

Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

1. Nach § 133c Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Die Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 sind verpflichtet, alle für die Beurteilung des Hilfeersuchens und die Dispositionsentscheidung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse vollständig und strukturiert zu dokumentieren und in digitaler Form für die Dauer von zehn Jahren nach Entgegennahme des Hilfeersuchens aufzubewahren. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind einzuhalten.“

2. Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden zu den Absätzen 3 und 4.

Begründung:

§ 133c Absatz 1 verpflichtet die Leistungserbringer des Notfallmanagements zur digitalen Erhebung, Speicherung und Übermittlung versorgungsrelevanter Daten an die jeweils weiterversorgende Stelle. Eine eigenständige Pflicht zur vollständigen Dokumentation der Dispositionsentscheidung sowie zur Aufbewahrung der Aufzeichnungen enthält § 133c Absatz 1 nicht. Diese Lücke betrifft einen fachlich und haftungsrechtlich besonders sensiblen Bereich: Die Notrufabfrage ist der Punkt, an dem über Art, Umfang und Dringlichkeit der einzuleitenden Versorgung entschieden wird. Fehler in der Dispositionsentscheidung können für die Versorgten unmittelbare Folgen haben. Für die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist eine entsprechende Pflicht bereits in § 75 Absatz 1c Satz 8 verankert: Sie haben Sprachaufzeichnungen der Anrufe anzufertigen und für zehn Jahre aufzubewahren. Eine gleichwertige Pflicht für die Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 besteht bisher nicht. Das ist im Hinblick auf eine einheitliche Qualitätssicherung und die Funktionsfähigkeit des gemeinsamen Qualitätsmanagements nach § 133a Absatz 3 nicht sachgerecht. Der neue Absatz 2 schließt diese Lücke. Er verpflichtet die Leistungserbringer des Notfallmanagements zur vollständigen, strukturierten Dokumentation und zur digitalen Aufbewahrung für die Dauer von zehn Jahren. Die Frist entspricht der für die Akutleitstellen geltenden Aufbewahrungspflicht nach § 75 Absatz 1c Satz 8 und stellt sicher, dass Dispositionsentscheidungen im Kontext zivilrechtlicher und strafrechtlicher Auseinandersetzungen nachvollzogen werden können.

Änderungsantrag Nr. 23

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133d SGB V) sowie Nummer 25 (§ 354 Absatz 4 SGB V)

(Datenschutzkonforme Verknüpfung von Notfallversorgungsdaten für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung)

1. Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

In § 133d SGB V Absatz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die nach dieser Vorschrift übermittelten Daten dürfen für Zwecke der Qualitätssicherung, der wissenschaftlichen Versorgungsforschung sowie der Evaluation der Akut- und Notfallversorgung verarbeitet und mit den hierfür erforderlichen Datenbeständen datenschutzkonform verknüpft werden, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.“

2. Artikel 1 bisherige Nummer 25 wird wie folgt geändert:

In § 354 Absatz 4 SGB V Absatz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die nach dieser Vorschrift bereitgestellten Daten dürfen für Zwecke der Qualitätssicherung, der wissenschaftlichen Versorgungsforschung sowie der Evaluation der Akut- und Notfallversorgung mit den

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

nach den §§ 133a bis 133d erhobenen Daten zusammengeführt und verarbeitet werden, soweit die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind."

Begründung:

Die Verarbeitung und Auswertung der übermittelten Daten zu Zwecken der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und des Benchmarkings ermöglicht eine wissenschaftlich fundierte Bewertung der Versorgungsqualität. Die Nutzung der Daten erfolgt ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Änderungsantrag Nr. 24

Zu Artikel 5 (Änderung des Arzneimittelgesetzes) und Artikel 6 (Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung)

(Arzneimittel- und Medizinprodukteabgabe im aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst)

1. Artikel 5 wird wie folgt geändert:

In § 43 Absatz 4 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes wird nach der Angabe „Ärzte einer Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Angabe „sowie Ärztinnen und Ärzte im aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

2. Artikel 6 wird wie folgt geändert:

In § 3 Absatz 2 der Medizinprodukte-Abgabeverordnung wird nach der Angabe „Ärzte der Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Angabe „sowie Ärztinnen und Ärzte im aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 5 – Arzneimittelgesetz)

Der Gesetzentwurf ermöglicht Ärztinnen und Ärzten in Notdienstpraxen die Abgabe von Arzneimitteln für den unmittelbaren Behandlungsbedarf. Diese Möglichkeit sollte gleichermaßen für den aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst gelten. Gerade im Rahmen von Hausbesuchen besteht regelmäßig dieselbe Versorgungssituation wie in einer Notdienstpraxis. Die Erweiterung stellt sicher, dass Patientinnen und Patienten auch im häuslichen Umfeld unmittelbar nach der Behandlung mit den erforderlichen Arzneimitteln versorgt werden können. Dadurch werden unnötige Wege zu Notdienstapotheken vermieden und die Versorgung insbesondere älterer, immobiler oder pflegebedürftiger Menschen verbessert.

Zu Nummer 2 (Artikel 6 – Medizinprodukte-Abgabeverordnung)

Die Erweiterung der Abgabebefugnis für apothekenpflichtige Medizinprodukte ergänzt die Änderungen des Arzneimittelgesetzes. Auch im aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst kann es erforderlich sein, Patientinnen und Patienten unmittelbar mit medizinisch notwendigen Produkten zu versorgen. Eine unterschiedliche Behandlung von Arzneimitteln und Medizinprodukten wäre sachlich nicht gerechtfertigt und würde den Zweck der Regelung unterlaufen. Die Ergänzung gewährleistet daher eine einheitliche und praxistaugliche Versorgung im aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Änderungsantrag Nr. 25

Zu Artikel 11 – neu (§§ 12a, 17b KHG)

(Vorhaltefinanzierung von Notaufnahmen)

1. Nach Artikel 10 wird folgender Artikel 11 eingefügt:

„Artikel 11

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 wird die Angabe „integrierter Notfallstrukturen“ durch die Angabe „Integrierter Notfallzentren nach § 123 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

2. In § 17b Absatz 1a wird Nummer 1 durch folgende Angabe ersetzt:

„1. die Vorhaltefinanzierung der Personalkosten des ärztlichen Personals in der Notfallversorgung nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V,“

2. Der bisherige Artikel 11 wird zu Artikel 12

Begründung:

Der Gesetzesentwurf adressiert die Vorhaltefinanzierung der stationären Notaufnahmen nicht in hinreichendem Umfang. Zwar werden mit Integrierten Notfallzentren neue Strukturen geschaffen, deren ambulanter Anteil über eine pauschale Vorhaltefinanzierung gemeinsam von GKV und KV getragen wird, eine kostendeckende Finanzierung der Vorhaltung der eigentlichen Notaufnahmen der Krankenhäuser bleibt jedoch ungeregelt. Dies wird der besonderen Rolle der Notaufnahmen im transsektoralen Versorgungspfad nicht gerecht. Notaufnahmen müssen rund um die Uhr vollständig vorgehalten werden, ohne dass die Inanspruchnahme planbar wäre; ihre Leistungsfähigkeit ist eine zentrale Voraussetzung jeder Notfallreform und Bedingung für die im Gesetz angestrebte Patientensteuerung. Eine fall- und DRG-bezogene Finanzierung allein reicht für diese systemkritische Vorhaltung strukturell nicht aus; sie verstärkt im Gegenteil ökonomischen Druck, Notfallleistungen zugunsten elektiv besser planbarer Leistungen zurückzufahren. Mit der Änderung wird daher eine pauschale, fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung für Notaufnahmen aller an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser verankert, die sich an der jeweiligen Versorgungsstufe und an den Strukturvorgaben des G-BA orientiert.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat die 25 Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 21(14)101 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, AfD und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke abgelehnt.

Weiterhin lagen dem **Ausschuss für Gesundheit** weitere 5 Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung auf Drucksache 21/6808 auf Ausschussdrucksache 21(14)111 mit folgendem Inhalt vor:

Änderungsantrag Nr. 26

Zu Artikel 1 Nummern 2, 7 und 18 (§§ 30, 75 und 123c SGB V)

(Sprachmittlung in der Akut- und Notfallversorgung)

1. Artikel 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

In § 30 Absatz 3 nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 ist sicherzustellen, dass bei Bedarf unverzüglich eine qualitätsgesicherte Sprachmittlung, insbesondere telefonisch oder videobasiert, in den wichtigsten Sprachen und in Gebärdensprache hinzugezogen werden kann.“

2. Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

In § 75 Absatz 1c wird folgende Angabe als neuer Satz 9 eingefügt:

„Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 3 haben die Akutleitstellen sicherzustellen, dass bei Bedarf unverzüglich eine qualitätsgesicherte telefonische oder videobasierte Sprachmittlung in den wichtigsten Sprachen und in Gebärdensprache hinzugezogen werden kann.“

3. Artikel 1 Nummer 18 wird wie folgt geändert:

In § 123c Absatz 1 Satz 5 wird nach Nummer 4 folgende Nummer 5 eingefügt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„5. zu den Anforderungen an die Sicherstellung einer unverzüglich verfügbaren qualitätsgesicherten Sprachmittlung bei der Ersteinschätzung, insbesondere telefonisch oder videobasiert, in den wichtigsten Sprachen und in Gebärdensprache.“

Begründung

Eine sichere sprachliche Verständigung ist Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Akut- und Notfallversorgung. Sprachbarrieren erschweren die Schilderung von Beschwerden und Vorerkrankungen, die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit und die Vermittlung in die geeignete Versorgungsebene. Die Folgen können Fehlsteuerung sowie Über-, Unter- oder Fehlversorgung mit vermeidbaren gesundheitlichen Risiken sein.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung verfolgt das Ziel Hilfesuchende durch das Notfallmanagement, die Akutleitstellen und die zentralen Ersteinschätzungsstellen zuverlässig in die medizinisch gebotene Versorgungsebene zu steuern. Grundlage sind bundesweit einheitliche, standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzungsverfahren. Diese führen nur dann zu sachgerechten Entscheidungen, wenn die Angaben der Hilfesuchenden zutreffend erfasst und verstanden werden. Der Gesetzentwurf berücksichtigt zwar die Notwendigkeit einer barrierefreien telefonischen oder telemedizinischen Notfallberatung. Sprachbedingte Zugangshürden erfasst er jedoch nicht hinreichend.

Der Änderungsantrag schließt diese Lücke. Bei Bedarf muss unverzüglich eine qualitätsgesicherte Sprachmittlung in den wichtigsten Sprachen und in Gebärdensprache hinzugezogen werden können, insbesondere telefonisch oder videobasiert. Da der Bedarf in der Akut- und Notfallversorgung nicht planbar ist, ermöglichen diese Formen eine schnelle und ortsunabhängige Unterstützung, auch außerhalb regulärer Versorgungszeiten. Erfahrungen aus Modellprojekten mit telefonischer Sprachmittlung zeigen, dass die Inanspruchnahme je nach Einrichtung erheblich variiert. Ein bedarfsabhängiger Abruf ermöglicht deshalb eine zielgerichtete und wirtschaftliche Bereitstellung. Die Regelung ist technologieoffen und anbieterneutral und schafft keine bestimmte Anbieterstruktur. Der Änderungsantrag begründet keinen allgemeinen Anspruch auf Sprachmittlung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, die Anforderungen an die Sprachmittlung nach § 123c als Bestandteil der Ersteinschätzung festzulegen. Zusätzliche Aufwendungen sind bei der Bewertung der Ersteinschätzungsleistung zu berücksichtigen. Einer gesonderten Vergütungsregelung bedarf es nicht.

Änderungsantrag Nr. 27

Zu Artikel 1 Nummer 18 (§§ 123 und 123a SGB V)

(Telemedizinische Verfügbarkeit von Palliativfachärzten in INZ und Palliativmedizin als Standortkriterium für INZ)

Artikel 1 bisherige Nummer 18 wird wie folgt geändert:

1. In § 123 Absatz 3 wird die Angabe „und“ in Nummer 1 gestrichen, die Angabe „.“ in Nummer 2 durch die Angabe „und“ ersetzt und die folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. bei akutem palliativmedizinischem Beratungs- oder Behandlungsbedarf von Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin unterstützt werden, wenn an ihrem Standort keine Fachabteilung für Palliativmedizin vorhanden ist.“

2. In § 123a SGB V wird nach der Angabe „Innere Medizin,“ die Angabe „ Palliativmedizin,“ eingefügt.

Begründung:

Palliativmedizinische Expertise kann in der Akut- und Notfallversorgung helfen, eine Fehlversorgung (z.B. Übertherapie) am Lebensende vermeiden und die Belastung des Behandlungsteams deutlich reduzieren, beispielsweise durch Beratung bei ethisch herausfordernden Therapieentscheidungen. In Anbetracht der zunehmenden Zahl hochbetagter und multimorbider Patientinnen und Patienten in komplexen Erkrankungssituationen, steigt die Relevanz palliativmedizinischer Expertise in der Akut und Notfallversorgung. Es ist deshalb für die Versorgungsqualität wichtig, dass auch Fachärztinnen und Fachärzte für Palliativmedizin mindestens telemedizinisch in die Ersteinschätzung und Versorgung in INZ eingebunden werden, insofern akuter palliativmedizinischer Beratungs- oder Behandlungsbedarf besteht.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zudem ist die Palliativmedizin eine für die Akut- und Notfallversorgung relevante Fachabteilung und sollte deshalb in den Katalog der relevanten Fachabteilung im Rahmen der Kriterien zur Auswahl von INZ-Standorten nach § 123a aufgenommen werden.

Änderungsantrag Nr. 28

Zu Artikel 13 – neu (§ 53 StPO)

(Zeugnisverweigerungsrecht für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter)

1. Nach Artikel 11 wird folgender Artikel 12 eingefügt:

„Artikel 12

Änderung der Strafprozessordnung

Die Strafprozessordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. April 1987 (BGBl. I S. 1074, 1319), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 25. Juni 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 182) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 53 Absatz 1 StPO wird nach der Angabe „Apotheker“ die Angabe „, Notfallsanitäter“ eingefügt.“

2. Der bisherige Artikel 12 wird Artikel 13.

Begründung:

Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führen heute einen wachsenden Anteil der Rettungseinsätze eigenverantwortlich ohne direkte ärztliche Beteiligung durch. § 2a NotSanG kodifiziert diese eigenverantwortliche Handlungskompetenz ausdrücklich; sie ist erklärtes Ziel der mit dem vorliegenden Gesetz angestrebten Strukturreform. Die strafprozessuale Rechtslage hat mit dieser Entwicklung bisher nicht Schritt gehalten. § 53 Absatz 1 StPO ist ein abschließender Katalog, indem Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nicht aufgeführt sind. Ein abgeleitetes Zeugnisverweigerungsrecht nach § 53a StPO setzt voraus, dass eine konkret behandelnde Ärztin in den Einsatz eingebunden ist und ihr Zeugnisverweigerungsrecht aktiv ausübt. Fehlt diese Voraussetzung, geht die Aussagepflicht der Schweigepflicht vor. Das gilt auch im Vorabdelegationsmodell, da die vorabdelegierende ärztliche Person rechtlich nicht selbst behandelnd tätig ist. Die später aufnehmende Krankenhausärztin oder der Ärztliche Leiter Rettungsdienst gelten nicht als behandelnde Ärztinnen oder Ärzte während des Einsatzes. Diese Schutzlücke wächst proportional zum Ausbau des eigenverantwortlichen Handelns von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern. Wenn Patientinnen und Patienten damit rechnen müssen, dass ihre Angaben im Rahmen der Notfallversorgung in einem Strafverfahren verwertbar sind, kann das die Qualität der notfallmedizinischen Versorgung gefährden. Wer relevante Vorerkrankungen, Medikamente oder Umstände verschweigt, gefährdet damit die notwendige Versorgung. Die vorgeschlagene Aufnahme in den Katalog des § 53 Absatz 1 Nummer 3 StPO entspricht der analogen Regelung für Hebammen, die ebenfalls eigenverantwortlich handeln, und trägt der durch § 2a NotSanG normierten gewachsenen Verantwortung der Berufsgruppe der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter systematisch Rechnung.

Änderungsantrag 29

Zu Artikel 13 – neu (NotSanG)

(Auftrag zur Überarbeitung des NotSanG)

1. Nach Artikel 12 wird folgender Artikel 13 eingefügt:

„Artikel 13

Änderung des Notfallsanitätergesetzes

Das Bundesministerium für Gesundheit wird verpflichtet das Notfallsanitätergesetz vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348), das zuletzt durch Artikel 7c des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist, bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] an die Bestimmungen dieses Gesetzes anzupassen.“

2. Der bisherige Artikel 13 wird Artikel 14.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Das Notfallsanitätergesetz (NotSanG) war bei seiner Verabschiedung im Jahr 2014 ein Meilenstein in der Professionalisierung der rettungsdienstlichen Berufe in Deutschland. Die Versorgungsrealität hat seit der Verabschiedung aber an einigen Stellen gezeigt, dass das Gesetz zu Rechtsunsicherheiten im Einsatzalltag führt. Besonders in Bezug auf die sehr unterschiedliche Auslegung des § 2a NotSanG, die unter anderem abhängig von den Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst in den jeweiligen Rettungsdienstbereichen ist. Die Regelungen im vorliegenden Gesetz sehen einige neue Handlungsfelder für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter vor, die auch die Durchführung eigenständiger Maßnahmen betreffen. Um Rechtssicherheit zu schaffen, die neuen Handlungsfelder im Gesetz ausreichend zu würdigen und eine bundeseinheitliche Auslegung der relevanten Bestimmungen dieses Gesetz sicherzustellen, bedarf es einer zeitnahen Anpassung des NotSanG. Diese stellt auch sicher, dass die im Gesetz vorgesehenen Strukturreform ihr volles Potenzial entfalten können, die Attraktivität des Notfallsanitäterberufes steigt und die prognostizierten Einsparungen vollumfänglich umgesetzt werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit wird mit diesem Änderungsantrag aufgefordert eine entsprechende Überarbeitung des NotSanG innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Notfallreform zu verabschieden.

Änderungsantrag 30Zu Artikel 14 – neu (NotSanAPrV)

(Auftrag zur Überarbeitung der NotSanAPrV)

1. Nach Artikel 13 wird folgender Artikel 14 eingefügt:

„Artikel 14

Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

Das Bundesministerium für Gesundheit wird verpflichtet, im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und mit Zustimmung des Bundesrates die gemäß § 11 des Notfallsanitätergesetzes vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348), das zuletzt durch Artikel 7c des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist, erlassene Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV) vom 16. Dezember 2013 (BGBl. I S. 4280), die zuletzt durch Artikel 12 der Verordnung vom 7. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 148) geändert worden ist, bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] an die Bestimmungen dieses Gesetzes anzupassen.“

2. Der bisherige Artikel 14 wird Artikel 15.

Begründung:

Die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes sehen einige neue Handlungsfelder für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, u.a. im Sinne der Durchführung eigenständiger Maßnahmen und im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen, vor. Um dem Umstand der sich ändernden Struktur und neuer Rollenbilder gerecht zu werden und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach Ihrem zehnjährigen Bestehen auf den aktuellen Versorgungsalltag sowie moderne pädagogische Konzepte anzupassen, wird das Bundesministerium für Gesundheit verpflichtet, den Prozess der Neufassung anzustoßen und innerhalb von zwölf Monaten eine entsprechend überarbeitete Rechtsverordnung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und mit Zustimmung des Bundesrates zu verabschieden.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat die 5 Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 21(14)111 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke abgelehnt.

Weiterhin haben dem **Ausschuss für Gesundheit** auf Ausschussdrucksache 21(14)118 sieben Änderungsanträge der Fraktion Die Linke zum Gesetzentwurf auf Drucksache 21/6808 mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Änderungsantrag 1

Nutzungspflicht, Legaldefinition und Qualitätsanforderungen der soft-warebasierten standardisierten Notrufabfrage

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Normstelle: Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 Absatz 3 Satz 3 SGB V) und Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 1 SGB V)

Der Ausschuss für Gesundheit möge beschließen:

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

,a) In Nummer 2 ist § 30 Absatz 3 Satz 3 zu streichen.

b) In Nummer 19 ist § 133 Absatz 1 wie folgt zu fassen:

„(1) Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 werden ausschließlich durch Leistungserbringer erbracht, die nach Landesrecht dafür vorgesehen sind. Ab dem [Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] kann Leistungserbringer für Leistungen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 nur sein, wer die Entgegennahme des medizinischen Hilfeersuchens und die Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage vornimmt. Eine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage im Sinne dieses Buches ist ein softwaregestütztes Verfahren, das

1. das Hilfeersuchen strukturiert, symptombezogen und algorithmusgestützt anhand eines medizinisch-wissenschaftlich begründeten und regelmäßig fortentwickelten Abfrageprotokolls erhebt,

2. auf dieser Grundlage eine nachvollziehbare und reproduzierbare Zuordnung des Hilfeersuchens zu einer Dringlichkeitsstufe und zu der erforderlichen Leistung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 oder 3 oder zu einer anderen Versorgungsebene vornimmt,

3. die Erkennung eines Kreislaufstillstands einschließlich einer Schnappatmung unterstützt und die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen strukturiert vorgibt,

4. jeden Abfragevorgang vollständig, nachvollziehbar und auswertbar dokumentiert und in ein Qualitätsmanagement eingebunden ist, das die regelmäßige Auswertung der Abfragevorgänge anhand definierter Qualitätsindikatoren sowie die Schulung, Zertifizierung und wiederkehrende Rezertifizierung der eingesetzten Mitarbeitenden umfasst.

Das Nähere zu den Anforderungen nach Satz 3 bestimmen die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 4 Nummer 1.““

Begründung

Die Regelung verlagert die Bindung an die SSNA aus dem Leistungsrecht in das Leistungserbringerrecht.

§ 30 Absatz 3 Satz 3 SGB V-E in der Entwurfsfassung führt dazu, dass die Vermittlung der erforderlichen Hilfe nach Ablauf von 24 Monaten nicht mehr vom Leistungsanspruch umfasst wäre, wenn sie ohne SSNA erfolgt. Der Leistungsanspruch der Versicherten würde damit an ein Organisationsversäumnis

des Leistungserbringers geknüpft. Bundesrat (Ziffer 2) und Bundesregierung (Gegenäußerung zu Ziffer 2) sind sich einig, dass dies nicht sachgerecht ist. Die Streichung ist deshalb konsequent, sie darf jedoch nicht ersatzlos erfolgen, sondern muss durch eine Pflicht im Leistungserbringerrecht ersetzt werden.

Satz 2 entspricht inhaltlich dem Vorschlag des Bundesrates. Die Frist von 24 Monaten übernimmt die im Regierungsentwurf ohnehin vorgesehene Umstellungsfrist und schafft keine zusätzliche Belastung. Die Anknüpfung er-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

folgt an die Eigenschaft als Leistungserbringer im Sinne des SGB V, nicht an die landesrechtliche Bestimmung des Trägers; Satz 1 bleibt unberührt.

Satz 3 schließt die zentrale Lücke des Entwurfs: Der Begriff der softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage wird an drei Stellen des Gesetzes verwendet, aber nirgends definiert. Ohne Legaldefinition wäre bereits eine elektronische Eingabemaske ohne medizinischen Algorithmus, ohne Dringlichkeitszuordnung und ohne Anleitung zur Reanimation gesetzeskonform. Damit ginge das eigentliche Reformziel, nämlich eine bundesweit gleichwertige, medizinisch begründete Steuerung des Patienten in die passende Versorgungsstruktur, verloren. Die Nummern 1 bis 5 beschreiben den international etablierten fachlichen Standard; sie sind technologieoffen formuliert und legen kein bestimmtes Produkt fest.

Nummer 3 ist von besonderer Bedeutung. Beim außerklinischen Kreislaufstillstand entscheidet die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen über das Überleben. Sie setzt voraus, dass die Leitstelle den Kreislaufstillstand, häufig verdeckt durch eine Schnappatmung, überhaupt erkennt. Das leistet nur ein Abfragealgorithmus, nicht die Erfahrung im Einzelfall. § 30 Absatz 3 Satz 1 SGB V-E nennt die telefonische Anleitung bereits als Bestandteil des Notfallmanagements; Nummer 3 stellt sicher, dass das eingesetzte System sie auch tatsächlich unterstützt.

Nummer 5 verankert das Qualitätsmanagement als Bestandteil der Definition. Ein Abfragesystem ohne Auditierung, Schulung und Rezertifizierung verliert seine Wirkung binnen weniger Jahre. Der Verweis in Satz 4 auf die Rahmenempfehlungen nach § 133b ermöglicht die fachliche Konkretisierung, ohne den Gesetzestext zu überfrachten.

Transparent

Dieser Änderungsantrag wird auf Vorschlag der Björn- Steiger-Stiftung gestellt.

Vorschlag 2 - Absicherung der Vergütungskopplung (Folgeänderung zu Vorschlag 1)

Normstelle: Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 SGB V)

Der Ausschuss für Gesundheit möge beschließen:

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

„In Nummer 19 sind dem § 133 Absatz 2 die folgenden Sätze anzufügen:

„Entgelte für Leistungen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 dürfen ab dem [Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] nur vereinbart und abgerechnet werden, wenn der Leistungserbringer die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 2 und 3 erfüllt. Der Leistungserbringer weist die Erfüllung dieser Voraussetzungen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor Vertragsschluss und danach jährlich nach.““

Begründung

Der Regierungsentwurf erzeugt seine faktische Verbindlichkeit heute vor allem über die Vergütung: Nach Ablauf von 24 Monaten ist das Notfallmanagement ohne SSNA nicht mehr vom Leistungsanspruch umfasst und damit nicht abrechenbar; zugleich entfällt die bislang mögliche Abrechnung von Leitstellenkosten als Nebenleistung zum Transport. Dieser Hebel ist wirksam und muss erhalten bleiben.

Wird § 30 Absatz 3 Satz 3 SGB V-E zu Recht gestrichen, entfällt die Kopplung ohne ausdrückliche Nachfolgeregelung. Vorschlag 2 stellt sie im Vergütungsrecht wieder her, nun aber ohne Rückwirkung auf den Anspruch der

Versicherten. Die Nachweispflicht macht die Voraussetzung in den Entgeltverhandlungen praktisch handhabbar und schafft zugleich die Datengrundlage für die Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 133 Absatz 5 Satz 2 SGB V-E.

Die Sätze werden dem Absatz 2 angefügt und nicht eingeschoben, damit die Zählung der bestehenden Sätze unverändert bleibt. Andernfalls liefen die Verweise in § 60 Absatz 5 Satz 3 und Absatz 6 Satz 3 SGB V-E sowie in § 133 Absatz 5 Satz 1 SGB V-E, die auf § 133 Absatz 2 Satz 2, 6 und 7 Bezug nehmen, ins Leere.

Ohne Vorschlag 2 würde die Übernahme des Bundesratsvorschlags allein die Verbindlichkeit im Ergebnis nicht erhöhen, sondern verschieben. Beide Vorschläge gehören zwingend zusammen.

Änderungsantrag 3 - Gesundheitsleitsystem: Pflicht statt Antrag, Frist und Konfliktlösung

Normstelle: Artikel 1 Nummer 19 (§ 133a Absatz 1 und Absatz 1a - neu - SGB V)

Der Ausschuss für Gesundheit möge beschließen:

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

„Nummer 19 wird wie folgt geändert: a) § 133a Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle und die Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 sind verpflichtet, bis zum [Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen.“

Nach § 133a Absatz 1 ist der folgende Absatz 1a einzufügen:

„(1a) Kommt eine Kooperationsvereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nicht oder teilweise nicht bis zu dem dort genannten Zeitpunkt zustande, bestimmt auf Antrag einer der Parteien die nach Landesrecht errichtete Schiedsstelle nach § 133 Absatz 4 Satz 1 den Inhalt der Kooperationsvereinbarung. § 133 Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.“

Begründung

Der Entwurf macht die Bildung eines Gesundheitsleitsystems vom Antrag des Leistungserbringers des Notfallmanagements abhängig. Eine Steuerungsfunktion, die im Belieben einer der beteiligten Seiten steht, ist keine Steuerungsfunktion. Der Bundesrat hat dies in Ziffer 34 zutreffend beschrieben; die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung die verpflichtende Einrichtung als grundsätzlich zu begrüßen bezeichnet.

Eine ausschließlich landesrechtliche Umsetzung würde dem Ziel einer bundesweit einheitlichen und verbindlichen Steuerungsstruktur nicht hinreichend Rechnung tragen. Sie würde genau jene sechzehn unterschiedlichen Umsetzungsstände erzeugen, die die Re-form überwinden soll. Die Zusammenführung von 112 und 116117 ist ein bundesrechtlich zu regelnder Vorgang, weil beide Seiten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen.

Gegenüber dem Bundesratsvorschlag ist die Frist an die im Übrigen geltende 24-Monats-Frist angeglichen; die vom Bundesrat genannte Frist bis zum 31. Dezember 2029 würde die

Einführung der SSNA und die Bildung des Gesundheitsleitsystems zeitlich entkoppeln und den Umstellungsaufwand unnötig verdoppeln. Die Frist ist bewusst in Satz 1 integriert und nicht als zusätzlicher Satz ausgestaltet, damit die Zählung der Sätze des Absatzes 1 unverändert bleibt; die Verweise in § 133a Absatz 2 Satz 1 und Satz 7 SGB V-E auf „Absatz 1 Satz 2“ bleiben dadurch zutreffend.

Absatz 1a schließt eine praktische Lücke des Entwurfs: Für die Kooperationsvereinbarung nach § 133a ist bislang kein Konfliktlösungsmechanismus vorgesehen. Eine Pflicht ohne Schiedsverfahren läuft leer, sobald sich eine Partei der Vereinbarung entzieht. Der Verweis auf die bereits in § 133 Absatz 4 SGB VE vorgesehene Schiedsstelle vermeidet die Errichtung eines zusätzlichen Gremiums.

Änderungsantrag 4 - Ergebnisgleichheit der Abfragesysteme, bundeseinheitliche Festlegung und Eintreffzeiten

Normstelle: Artikel 1 Nummer 19 (§ 133a Absatz 2 SGB V); Folgeänderung § 133c Absatz 1 Satz 2 SGBV

Der Ausschuss für Gesundheit möge beschließen:

Artikel 1 Nummer 19 wird wie folgt geändert:

,a) § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

„1. wie die Verfahren der softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage und das in § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 genannte bundesweit einheitliche, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen (Abfragesysteme) so aufeinander abgestimmt werden, dass ein Hilfe-ersuchen unabhängig davon, unter welcher Rufnummer und bei welcher Partei der Kooperationsvereinbarung es eingeht, zu derselben Bewertung des Gesundheitszustandes, derselben Dringlichkeits-stufe und derselben Zuweisung zu der medizinisch gebotenen Versorgungsebene führt,“

b) § 133a Absatz 2 Satz 2 und 3 sind durch die folgenden Sätze zu ersetzen:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum [Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gemeinsam und einheitlich die für alle Gesundheitsleitsysteme verbindliche Ausgestaltung der nach Satz 1 Nummer 1 zu vereinbarenden Regelungen; die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 4 Nummer 1 sind zu beachten. Kommt die Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, trifft das Bundes-ministerium für Gesundheit die Festlegung im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Parteien der Kooperationsvereinbarung legen für die nach Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarenden Zuständigkeiten Eintreffzeiten des aufsuchen-den Dienstes der Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich fest; die in den Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 4 Nummer 1a festgelegten bundeseinheitlichen Höchstwerte dürfen dabei nicht überschritten werden. Kommt eine Festlegung nach Satz 4 nicht zustande, gelten die bundeseinheitlichen Höchstwerte unmittelbar.“

c) Als Folgeänderung ist in § 133c Absatz 1 Satz 2 die Angabe „§ 133a Absatz 2 Satz 8“ durch die Angabe „§ 133a Absatz 2 Satz 10“ zu ersetzen.‘

Begründung

Zu Buchstabe a: Der Entwurf verlangt lediglich „übereinstimmende Bewertungen des Gesundheitszustandes“. Das ist zu wenig. Entscheidend für die Entlastung von Rettungsdienst und Notaufnahmen ist nicht, dass zwei Systeme denselben Zustand ähnlich beschreiben, sondern dass sie dieselbe Konsequenz ziehen, dieselbe Dring-

lichkeit und dieselbe Versorgungsebene. Erst dann ist es für die Hilfesuchenden gleichgültig, welche Nummer sie wählen, und erst dann entsteht eine durchgängige Steuerung zum Best Point of Service. Eine bloße Verzahnung zweier getrennter Welten wird die gewünschte Entlastungswirkung nicht erreichen.

Zu Buchstabe b: Die Sätze 2 und 3 werden in einem Änderungsbefehl zusammengefasst neu gefasst, damit die Reihenfolge des Vollzugs eindeutig ist und die neuen Sätze fortlaufend gezählt werden können. Der Eintreffzeiten-Satz ist in der Endfassung Satz 4; der Aufgangssatz nimmt hierauf Bezug.

Die Entwurfsfassung des Satzes 2 verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen lediglich, auf eine einheitliche Ausgestaltung „hinzuwirken“. Eine Hinwirkungspflicht ohne Frist, ohne Verfahren und ohne Ersatzbefugnis ist rechtlich folgenlos. Bei bundesweit über hundert Kooperationsvereinbarungen führt dies absehbar zu einer erneuten Fragmentierung - diesmal auf Ebene der Schnittstellen. Die vor-geschlagene Fassung verlagert die Festlegung auf die Bundesebene, wo sie sachlich hingehört, und sichert sie durch eine Ersatzbefugnis des Bundesministeriums für Gesundheit ab. Diese folgt bewusst dem bereits im Entwurf vorgesehenen Modell des § 133b Absatz 6 SGB V-E und benötigt keine zusätzliche Verordnungsermächtigung.

Die verbindliche Festlegung von Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes ist ein Kernbestandteil der Reform. Der Bundesrat hat in Ziffer 7 vorgeschlagen, die Verbindlichkeit zu einer bloßen Zielgröße abzuschwächen. Dem ist entgegenzutreten: Ohne verbindliche Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes wird die Leitstelle im Zweifel weiterhin den Rettungswagen entsenden, weil nur dieser eine belastbare Zusage über den Eintreffzeitpunkt bietet. Die Steuerungswirkung des Gesundheitsleitsystems bliebe damit aus.

Zugleich ist die Entwurfsfassung unvollständig: Sie verlangt eine verbindliche Festlegung, sieht aber weder einen bundeseinheitlichen Rahmen noch eine Regelung für den Fall der Nichteinigung vor. Die vorgeschlagene Fassung löst beides ohne zusätzliches Verfahren, der bundeseinheitliche Höchstwert gilt bei Nichteinigung unmittelbar. Damit besteht für keine Seite ein Anreiz, die Verhandlung zu verzögern.

Zu Buchstabe c: Durch die Neufassung wächst § 133a Absatz 2 um zwei Sätze; der bisherige Satz 8 (digitale Fallübergabe) wird Satz 10. Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung ohne inhaltliche Wirkung.

Änderungsantrag 5 - Verbindlichkeit der Rahmenempfehlungen zu Abfragesystemen und Eintreffzeiten

Normstelle: Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 1, Absatz 4 und Absatz 4a - neu - SGB V)

Der Ausschuss für Gesundheit möge beschließen:

Artikel 1 Nummer 19 wird wie folgt geändert:

„§ 133b wird wie folgt geändert: a) Dem Absatz 1 ist der folgende Satz anzufügen:

„Die Rahmenempfehlungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 1a sind bis zum [Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu erstellen.“

b) Absatz 4 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

„1. die Nutzung und einheitliche Anwendung von Abfragesystemen im Sinne des § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, das Nähere zu den Anforderungen an die softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage nach § 133 Absatz 1 Satz 3, die auf der Grundlage der Abfragesysteme erfolgenden Entscheidungen über zu vermittelnde Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30, die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

sowie die hierfür geltenden Qualitätsindikatoren, Zielwerte und Verfahren der Auditierung, der Schulung und der Zertifizierung,“

c) Nach Absatz 4 Nummer 1 ist die folgende Nummer 1a einzufügen:

„1a. die bundeseinheitlichen Höchstwerte für die Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes nach § 133a Absatz 2 Satz 4,“

d) Nach Absatz 4 ist der folgende Absatz 4a einzufügen:

„(4a) Die Rahmenempfehlungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 1a sind für die Vertragsparteien nach § 133 Absatz 2 Satz 1 und für die Parteien der Kooperationsvereinbarung nach § 133a Absatz 1 verbindlich. Im Übrigen sind die Rahmenempfehlungen bei den Vereinbarungen nach § 133 Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigen.““

Begründung:

Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung zu Ziffer 35 der Stellungnahme des Bundesrates ausdrücklich auf den „bloß unverbindlichen Rechtscharakter“ der Rahmenempfehlungen hingewiesen. Damit ist die entscheidende Schwäche des Entwurfs benannt: Die inhaltlich wichtigsten Festlegungen (Anwendung der Abfragesysteme, telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen, Qualitätsindikatoren) werden einem Gremium überantwortet, dessen Ergebnisse niemanden binden.

Absatz 4a stellt die Verbindlichkeit gezielt nur für die beiden Bereiche her, in denen bundeseinheitliche Gleichwertigkeit unverzichtbar ist. Für alle übrigen Gegenstände der Rahmenempfehlungen bleibt es bei der Berücksichtigungspflicht des Entwurfs; regionale Besonderheiten nach § 133b Absatz 1 Satz 3

SGB V-E bleiben unberührt. Der Eingriff in die Verhandlungsautonomie der Vertragsparteien ist damit auf das Erforderliche begrenzt.

Die Frist in Buchstabe a ist erforderlich, damit die Rahmenempfehlungen vor Ablauf der 24-monatigen Umstellungsfrist vorliegen. Andernfalls müssten die Leistungserbringer in Vorleistung gehen, ohne die maßgeblichen Anforderungen zu kennen. Der Satz wird angefügt und nicht eingeschoben, damit die Zählung der bestehenden Sätze des Absatzes 1 unverändert bleibt. Die Ersatzbefugnis des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 133b Absatz 6 SGB V-E greift bei Fristversäumnis bereits nach gel-tender Entwurfsfassung und bedarf keiner Ergänzung.

Die Angabe in Buchstabe c berücksichtigt, dass der Eintreffzeiten-Satz nach der Neufassung des § 133a Absatz 2 durch Vorschlag 4 dort Satz 4 ist. Wird Vorschlag 4 nicht übernommen, ist stattdessen auf § 133a Absatz 2 Satz 3 zu verweisen.

Ausdrücklich nicht unterstützt wird der Vorschlag des Bundesrates, die Beschlussfassung des Fachgremiums an eine Zweidrittelmehrheit zu binden (Ziffer 36). Die Bundesregierung hat diesen Vorschlag zu Recht abgelehnt. Eine derartige Hürde würde einer Sperrminorität gleichkommen und das Fachgremium in genau den Fragen handlungsunfähig machen, für die es geschaffen wurde.

Änderungsantrag 6 - Messbare Qualitätsvorgaben und leitstellenbezogene Transparenz

Normstelle: Artikel 1 Nummer 19 (§ 133d Absatz 1, Absatz 2 und Absatz 4 - neu - SGB V)

Der Ausschuss für Gesundheit möge beschließen:

Artikel 1 Nummer 19 wird wie folgt geändert:

„§ 133d ist wie folgt zu ändern:

a) In Absatz 1 ist nach Satz 1 der folgende Satz einzufügen: „Zu übermitteln sind mindestens Daten zu

1. der Anzahl der eingegangenen Hilfeersuchen sowie den Zeiten bis zur Annahme des Hilfeersuchens und bis zur Alarmierung der Einsatzmittel,

2. dem Anteil der Hilfeersuchen, der vollständig auf der Grundlage einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage bearbeitet wurde,

3. der Erkennung von Kreislaufstillständen im Rahmen der Notrufabfrage sowie dem Anteil der Fälle, in denen eine telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen erfolgt ist,

4. den Eintreffzeiten der Einsatzmittel der medizinischen Notfallrettung,

5. der Übereinstimmung der auf Grundlage des Abfragesystems getroffenen Dringlichkeitsbewertung mit einer nach einheitlichen Kriterien erfolgenden retrospektiven medizinischen Bewertung des Hilfeersuchens und

6. dem Versorgungsergebnis bei den vom Fachgremium medizinische Notfallrettung nach § 133b Absatz 7 bestimmten Notfallbildern, insbesondere beim außerklinischen Kreislaufstillstand.“

b) In Absatz 1 Satz 1 ist die Angabe „nach Satz 2“ durch die Angabe „nach Satz 3“ zu ersetzen.

c) In Absatz 2 Satz 1 sind die Wörter „und nach Ausschluss der Möglichkeit von Rückschlüssen auf Leistungserbringer und einzelne Einsätze“ durch die Wörter „und nach Ausschluss der Möglichkeit von Rückschlüssen auf einzelne Einsätze und auf betroffene Personen“ zu ersetzen und ist nach den Wörtern „gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen“ die Angabe „sowie bezogen auf die einzelnen Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1“ einzufügen.

d) Nach Absatz 3 ist der folgende Absatz 4 anzufügen:

„(4) Übermittelt ein Leistungserbringer die Daten nach Absatz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht, mindern sich die mit ihm nach § 133 Absatz 2 Satz 1 für das folgende Kalenderjahr vereinbarten Entgelte um ein Prozent.““

Begründung

Die Anerkennung der medizinischen Notfallrettung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist der zentrale Fortschritt dieses Gesetzes. Sie darf jedoch nicht bei der Finanzierung stehenbleiben. Wer Strukturen dauerhaft aus Beitragsmitteln finanziert, ohne deren Ergebnisqualität zu kennen, finanziert im Ergebnis Unbekanntes. Die gesetzliche Krankenversicherung kennt für jeden anderen Leistungsbereich eine Qualitätssicherung; für die Notfallrettung soll sie nach der Entwurfsfassung erst durch eine Rechtsverordnung entstehen, deren Zeitpunkt offen ist. Zu Buchstabe a: Ein gesetzlicher Mindestkatalog stellt sicher, dass die für die Steuerungsqualität entscheidenden Kennzahlen unabhängig vom Erlass der Rechtsverordnung erhoben werden. Die Nummern 3 und 5 sind dabei die eigentlichen Ergebnisindikatoren der Notrufabfrage: Erkennungsrate des Kreislaufstillstands, Quote der telefonisch angeleiteten Wiederbelebung und Trefferquote der Dringlichkeitseinstufung. Erst diese Kennzahlen erlauben die Aussage, ob eine eingesetzte Software tatsächlich qualitätsgesichert arbeitet. Die Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 3 bleibt für die weitere Ausgestaltung unberührt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b: Redaktionelle Folgeänderung. Durch die Einfügung nach Satz 1 wird die Verordnungsermächtigung zu Satz 3; der Verweis in Satz 1 ist entsprechend anzupassen.

Zu Buchstabe c: Die Entwurfsfassung schließt Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringer ausdrücklich aus. Damit entstünde ein Qualitätsregister, dessen Ergebnisse für die Steuerung des einzelnen Standorts unbrauchbar sind. Bundes- und Landesdurchschnitte verdecken gerade jene Unterschiede, um deren Beseitigung es geht. Der Schutz der betroffenen Personen und einzelner Einsätze bleibt vollständig erhalten; der Schutz des Leistungserbringers vor Vergleichbarkeit ist demgegenüber kein schützenswerter Belang. Vergleichbare einrichtungsbezogene Veröffentlichungen sind im Krankenhausbereich seit Jahren etabliert.

Zu Buchstabe d: Eine Datenübermittlungspflicht ohne Rechtsfolge bei Nichterfüllung ist erfahrungs-gemäß unvollständig erfüllt. Der Abschlag ist bewusst niedrig bemessen; er wirkt als Verfahrensanzreiz, nicht als Sanktion mit Versorgungsrelevanz.

Änderungsantrag 7 –

Streichung der Zuzahlung zur medizinischen Notfallrettung

Normstelle: Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 Absatz 6 SGB V) und Artikel 1 Nummer 4 (§ 61 Satz 4 SGB V)

Der Ausschuss für Gesundheit möge beschließen:

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

,a) In Nummer 2 ist § 30 Absatz 6 zu streichen.

b) In Nummer 3 ist § 60 Absatz 7 zu streichen.

c) Nummer 4 ist zu streichen. ‘

Begründung

Zuzahlungen sind generell abzulehnen, denn sie setzen einen Anreiz, keine Leistungen in Anspruch zu nehmen. Zudem verlagern sie Finanzierungsverantwortung von den Arbeitgebern auf Versicherte und darunter auch nur auf erkrankte Versicherte. Wer einen Krankentransport benötigt, soll keine Zuzahlung leisten müssen.

Das gilt mindestens ebenso für den Notfalltransport: Die vorgesehene Zuzahlung von 10 Euro zur notfall-medizinischen Versorgung und zum Notfalltransport verlagert Verantwortung an die falsche Stelle. Die Fehlanspruchnahme des Rettungsdienstes ist kein Verhaltensproblem der Versicherten, sondern die Folge eines Systems, das über Jahrzehnte keine verlässliche Alternative zur 112 angeboten hat. Wer in einer Ausnahmesituation den Notruf wählt, trifft in aller Regel keine Konsumententscheidung, sondern die einzige Entscheidung, die ihm bekannt ist.

Die Steuerung muss dort ansetzen, wo sie fachlich möglich ist: bei einer qualifizierten, standardisierten Ersteinschätzung, die den Hilfesuchenden der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zuweist. Genau dafür schafft dieses Gesetz mit der softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage und dem Gesundheitsteilsystem die Instrumente. Eine Zuzahlung ist daneben nicht nur entbehrlich, sondern kontraproduktiv: Sie erzeugt eine Abwägung im ungeeignetsten Moment und trifft strukturell diejenigen am stärksten, die ohnehin die schlechteste Anbindung an die Regelversorgung haben.

Hinzu tritt ein systematischer Einwand. Die Zuzahlung knüpft nach § 30 Absatz 6 SGB V-E an die tat-sächliche Erbringung der notfallmedizinischen Versorgung oder des Notfalltransports an, also an eine Leistung, deren Erforderlichkeit die Leitstelle disponiert hat, nicht die Versicherte oder der Versicherte. Belastet würde damit derjenige, der das Ergebnis der Disposition nicht beeinflussen kann.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat die 7 Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 21(14)118 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, AfD und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke abgelehnt.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** betonte, dass die Notfall- und Akutversorgung ein entscheidendes Element der Gesundheitsversorgung darstelle und durch das Gesetz effizienter, wirtschaftlicher sowie patientenorientierter gestaltet werde. Eine effektive digitale Vernetzung der Notrufnummern 112 und 116117 auf Basis der elektronischen Patientenakte und unter Nutzung künstlicher Intelligenz solle zur Entlastung überfüllter Notaufnahmen beitragen und die telemedizinische Versorgung vorantreiben. Der Rettungsdienst werde durch eine differenzierte Vergütung, welche die Behandlung am Einsatzort präzise abbilde und unnötige Transporte in Krankenhäuser vermeide, sowie eine erstmals gesetzlich verankerte Finanzabsicherung im SGB V gestärkt, wodurch drohenden Regressnahmen gegen Patienten oder Kommunen begegnet werde. Zudem solle die flächendeckende Einführung integrierter Notfallzentren als sektorenübergreifende Strukturen mit zentraler Ersteinschätzung und einheitlichen Standortkriterien erfolgen. Weitere Maßnahmen umfassten die Stärkung der Luftrettung mit ihren spezifischen Belangen, die Einbeziehung palliativer Strukturen sowie die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen. Zudem werde ein Monitoring-System für den missbräuchlichen Konsum von Betäubungsmitteln und psychoaktiven Stoffen geschaffen. Im Bereich der fachfremden Änderungen werde eine finanzielle Entlastung der Krankenhäuser in Höhe von 550 Millionen Euro jährlich sowie eine Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung durch erweiterte extrabudgetäre Vergütungen für Kinder, Jugendliche und schwer psychisch Erkrankte erfolgen. Zudem werde der Fixkostenregressionsabschlag für Haus- und Kinderärzte abgeschafft, während zur Gegenfinanzierung die Verwaltungskosten der Krankenkassen begrenzt und die sektorengleiche Hybrid-DRG-Vergütung weiterentwickelt werde, um das Gesundheitssystem langfristig leistungsfähig und finanzierbar zu halten.

Die **Fraktion der AfD** begrüßte die Anerkennung der medizinischen Notfallrettung als eigenständige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, forderte jedoch, dass diese bei Bedarf explizit von der Begrenzung des § 71 SGB V ausgenommen werden müsse. Dies sei zwingend erforderlich, um die unvermeidbaren Vorhaltekosten für Rettungswagen, Wachen und Personal insbesondere im ländlichen Raum abzusichern, da diese Kosten auch ohne konkreten Einsatz anfielen. Die Verknüpfung der eigentlichen Reform mit titelfremden Änderungen werde als inakzeptabel abgelehnt. Insbesondere die geplante Regelung der Hybrid-DRG ab 2027 werde kritisch bewertet, da eine Vergütung nach EBM bei Eingriffen ohne Übernachtung die bisherigen Ambulantisierungsbestrebungen konterkariere und ein bemerkenswerter Widerspruch zur Steuerung der Patienten in den ambulanten Bereich vorliege. Zudem würden die Rückführung zahlreicher extrabudgetärer ärztlicher Leistungen in die Budgetierung sowie die zusätzlichen Belastungen bei der Hilfsmittelversorgung durch Abschläge und die Wiedereinführung von Ausschreibungen scharf kritisiert, da dies die wohnortnahe Versorgung und kleinere Leistungserbringer existenziell gefährde. Die Reform werde in ihrer Gesamtheit als ein Versuch gewertet, verschiedene Berufsgruppen gegeneinander auszuspielen, weshalb man sich an der Abstimmung enthalten werde.

Die **Fraktion der SPD** betonte, man gestalte die Abläufe im Rettungswesen effizienter und mache den Menschen das Leben leichter. Man schaffe ein System mit schneller Übergabe zwischen 112 und 116117 sowie zwischen RTW und INZ, ergänzt um eine bundesweit einheitliche Ersteinschätzung. So entlaste man überfüllte Notaufnahmen und verhindere unnötige Rettungsfahrten - die verschiedenen Rettungswege würden konsequent zusammengedacht, und zum Glück gehörten da auch smartphonebasierte Ersthelfendensysteme dazu. Im parlamentarischen Verfahren habe man erreicht, dass Menschen mit nichtsichtbaren Behinderungen explizit mitgedacht werden müssten und dass die Medikamentenabgabe funktioniere und einheitlich geregelt sei, egal ob in der Notdienstpraxis, in der Notaufnahme oder in der aufsuchenden Versorgung: Am nächsten Tag müsse niemand sofort losrennen, um die nächste Verordnung zu bekommen. Auch damit mache man den Menschen das Leben leichter! Gestern

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

hätten die Hilfsorganisationen viel Aufmerksamkeit auf das Thema gelenkt. Mit 3 Hubschraubern und vielen RTWs hätten sie gezeigt, wie vielfältig das Rettungswesen sei. Die Finanzierung des gesamten Rettungswesens müsse gesichert werden - auch dafür haben man gesorgt. Reiche das Geld, trotz Ausschöpfens aller Wirtschaftlichkeitsreserven nicht, dürfe von der Grundlohnanbindung abgewichen werden und klare Kriterien (z.B. überregionale Bedarfsplanung) erleichterten den Nachweis. Kein Hubschrauber bleibe am Boden, weil die Kosten für das Kerosin nicht gedeckt seien. Zum BStabG: Mit der Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlags für die hausarztzentrierte Versorgung und für bereits entbudgetierte Leistungen verhindere man finanzielle Nachteile für Haus- und Kinderarztpraxen, die mehr Patientinnen und Patienten behandelten - denn wer im Primärversorgungssystem mehr Steuerungsverantwortung übernehme, brauche passende Rahmenbedingungen. In der Psychotherapie setze man die Vereinbarungen aus dem Entschließungsantrag vom Juli 2026 um: Bestandsschutz für begonnene Behandlungen, extrabudgetäre Vergütung für Kinder und Jugendliche, schwer psychisch erkrankte Menschen und dringliche Fälle sowie verbindliche G-BA-Kriterien zur Dringlichkeit. Auch werde die Informationspflicht für Krankenkassen bei Zusatzbeitragssteigerungen wieder eingeführt. Digital vor analog! Mit der Notfallreform setze man endlich eine große Reform um, die schon lange auf sich warten ließ - und bei allen Problemen: Sie sei wirklich gut geworden. Besser gehe immer, aber wirklich gut sei auch schon viel wert!

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** bewertete die Reform als dringend notwendig und als einen großen Fortschritt für Patienten und Personal, kritisierte jedoch, dass zentrale Ziele zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit liegen geblieben seien. Insbesondere werde die unzureichende Finanzierung ambulanter Notfallkontakte in Notaufnahmen bemängelt, wodurch Fehlanreize zur stationären Aufnahme aus wirtschaftlichen Gründen bestehen blieben und das Risiko eines anhaltenden Overcrowdings bestehe. Die Finanzierung des Rettungsdienstes werde als ausgewogen beurteilt, allerdings werde die fehlende Regelung einer speziellen ambulanten Notfallversorgung im Zuständigkeitsbereich des Rettungsdienstes für seelische, palliative oder pflegerische Krisen kritisiert, um Versorgungslücken in einer alternden Gesellschaft zu vermeiden. Zur besseren Patientensteuerung müsse die KBV gesetzlich verpflichtet werden, ein einheitliches System zur Wiedererkennbarkeit von Patienten bei erneuten Vorstellungen bereitzustellen. Im Bereich der fachfremden Änderungen würden die Rücknahme von Einschränkungen in der Kinder- und Jugendmedizin sowie die Wiedereinführung der Informationspflichten der Krankenkassen begrüßt, wobei Letzteres als Korrektur vermeidbarer Fehler im Gesetzgebungshandwerk bezeichnet wurde. Gleichzeitig werde das Auslaufen der Kinderkrankentags-Gelder als falsch abgelehnt und eine Entfristung gefordert.

Die **Fraktion Die Linke** betonte die Überfälligkeit der Reform über drei Legislaturperioden hinweg und begrüßte die Vergütung der tatsächlichen Behandlung statt nur des Transports im Rettungsdienst sowie das verbesserte Abgaberecht für Arzneimittel. Die Umsetzung der integrierten Notfallzentren werde jedoch als unzureichend bewertet, zum Beispiel im Hinblick auf die Öffnungszeiten. Eine Organisation der Notfallversorgung völlig unabhängig von den KVen würde als zielführender erachtet, da aufgrund der Erfahrungen mit den KVen im Bereich der Akutversorgung bezweifelt wird, dass strengere gesetzliche Vorgaben an die KVen ausreichen, um deren Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Stark kritisiert wurden die Grundlohn-Summenbindung im Rettungsdienst, welche viele Verbesserungen an anderer Stelle des Gesetzes konterkariere, sowie die Zuzahlungserhöhungen für Krankentransporte und Rettungseinsätze, womit Patienten für ihren Behandlungsbedarf finanziell bestraft würden und außerdem zweifelhafte Anreize gesetzt würden. Ebenso werde die Wiedereinführung der Hilfsmittelausschreibungen als rückschrittlich und patientenfeindlich bewertet. Die Fraktion Die Linke fordere in einem eigenen Antrag im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens eine weitreichendere Reform, deren Entwicklung auf einem intensiven Austausch mit Praktikern basiere, und plädiere unter anderem dafür, die 112 als einheitliche Not- und Akutnummer auszubauen und die 116117 auf ein reines Terminserviceangebot zu beschränken. Die aktuelle Fassung des Gesetzes lasse sich somit als lediglich erster Schritt in die richtige Richtung charakterisieren. Insgesamt werde man sich enthalten. Zum Gesetzentwurf der Grünen werde man sich ebenfalls enthalten, da er im Wesentlichen deckungsgleich sei.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 21/6808 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Begründung

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 1**Zu Buchstabe a****Zu § 4 SGB V**

Mit der Regelung wird der zulässige Anstieg der Verwaltungskosten der Krankenkassen je Versicherten für das Jahr 2027 zusätzlich zu der für die Jahre 2027 bis 2029 in § 71 Absatz 3 Satz 4 bereits vorgesehenen Verringerung von einem Prozentpunkt um einen weiteren Prozentpunkt verringert. Da zum Zeitpunkt der Aufstellung des Haushaltsplans einer Krankenkasse die abschließende Jahresrechnung des vorangegangenen Haushaltsjahrs noch nicht vorliegt, kann diese nicht als Ausgangswert zur Ermittlung des zulässigen Ausgabenanstiegs heran-gezogen werden. Zum Zeitpunkt der Aufstellung des Haushaltsplans ist daher auf die zuletzt vorgelegte Jahresrechnung abzustellen. Bezogen auf das Jahr, für das der Haushaltsplan aufzustellen ist, handelt es sich hierbei um die Jahresrechnung des vorvergangenen Jahres. Die Abbildung dieses Zwei-Jahres-Zeitraums erfolgt, indem auf die in der Jahresrechnung des vorvergangenen Jahres ausgewiesenen Verwaltungsausgaben die Entwicklung der nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate der beiden folgenden Jahre angewendet wird. Für das Jahr 2027 wird entsprechend dieser Regelung die um einen weiteren Prozentpunkt verringerte Veränderungsrate angewendet.

Zu § 6 SGB V**Zu § 6 Absatz 1**

Inhaltsgleich mit Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe a des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes. Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einfügung eines neuen Absatzes 8. Aus Gründen des Bestands- und Vertrauensschutzes gilt für die davon umfassten Personen die bisherige Jahresarbeitsentgeltgrenze, die auch in Zukunft entsprechend der Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter fortgeschrieben wird, weiter. Solange das Arbeitsentgelt der betroffenen Personen die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 8 übersteigt, bleiben sie daher versicherungsfrei. Dies wird durch Nennung des Absatzes 8 in Absatz 1 Nummer 1 sichergestellt.

Zu § 6 Absatz 6

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

Zu § 6 Absatz 7

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

Zu § 6 Absatz 8

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

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine rechtssystematische Änderung. Die Regelung, dass zwei Jahre nach dem Inkrafttreten alle Leistungserbringer des Notfallmanagements eine softwarebasierte, standardisierte Notrufabfrage einsetzen müssen, wird vom Anspruch in § 30 in das Leistungserbringungsrecht in § 133c transferiert. Das bildet auch das Fundament für das Gesundheitssystem.

Zu Buchstabe c

Zu Nummer 2a (§ 31 SGB V)

Die Änderung dient der Konkretisierung und Weiterentwicklung der bereits mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes getroffenen Regelung in § 31 Absatz 6 Satz 2. Mit der Regelung wird festgelegt, dass im Rahmen des Anspruchs auf Versorgung mit Cannabis nach Absatz 6 zunächst ein Therapieversuch mit einem cannabis-haltigen Fertigarzneimittel in der Indikation, für das es nach dem Arzneimittelgesetz zugelassen ist, zu erfolgen hat. Der Vorrang des cannabis-haltigen Fertigarzneimittels gilt somit nur innerhalb des zugelassenen Anwendungsgebiets.

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

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

Zur Weiterentwicklung der mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes eingeführten Regelung wird der bislang gesetzlich verpflichtende Zeitraum eines Therapieversuchs von sechs Monaten gestrichen und im Sinne der ärztlichen Therapiefreiheit die Länge des Therapieversuchs in das Ermessen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gestellt. Die Weiterverordnung eines nicht wirksamen oder von der behandelten Patientin oder dem behandelten Patienten nicht vertragenen cannabis-haltigen Fertigarzneimittels ist nicht sachgerecht.

Zu Nummer 2b (§ 35 SGB V)

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

Zu Buchstabe d

Im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (BStabG) wurde die Höhe der Zuzahlungen von höchstens 10 Euro auf höchstens 15 Euro angehoben. Die Erhöhung des Zuzahlungsbetrages für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung von 10 auf 15 Euro vollzieht diese Änderung nach.

Zu Buchstabe e

Zu § 73b Absatz 4 SGB V

Die Regelung entspricht dem Regierungsentwurf.

Zu § 73b Absatz 5 SGB V

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

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Neuregelung dient der Stärkung der Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen. Bis-her sind die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gegenüber der Terminservicestelle lediglich zur Meldung „freier“ Termine in gesetzlich nicht näher bestimmtem Umfang verpflichtet. Aufgrund der steigenden Bedeutung der Terminvermittlung durch die Neuregelungen dieses Gesetzes (Terminvermittlung durch die Akutleitstellen, Terminvermittlung durch die Integrierten Notfallzentren und die Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche) wird die Verbindlichkeit dieser Terminmeldepflicht mit vorliegender Änderung erhöht. Hier-zu wird eine ausdrückliche Rechtsgrundlage für die Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen, den Umfang der Terminmeldepflicht für ein ausreichendes digitales und telefonisches Vermittlungsangebot bedarfsorientiert festzulegen. Im Sinne eines Einvernehmenserfordernisses sieht die Regelung ferner vor, dass auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in die Bestimmung zum Umfang der Terminmeldepflichten einbezogen werden. Ihr Einvernehmen ist gemeinsam und einheitlich zu erklären. Die Festlegung ist für eine zeitnahe Umsetzung spätestens bis zum 1. März 2027 zu treffen und vom Schiedsamt vorzunehmen, soweit sie nicht oder nicht fristgerecht zustande kommt. Schließlich wird das Merkmal „frei“ gestrichen, da es bei einer verbindlichen Festlegung der zu meldenden Termine durch die Kassenärztlichen Vereinigungen keine Bedeutung hat.

Zu Doppelbuchstabe bb**Zu Dreifachbuchstabe aaa**

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, da das Wort „vertragsärztliche“ aufgrund des Bezuges zu § 95 überflüssig ist.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung zur Vermeidung einer sprachlichen Doppelung.

Zu Dreifachbuchstabe ccc und ddd

Der von der Kassenärztlichen Vereinigung zu gewährleistende jederzeit verfügbare aufsuchende Dienst wird in „aufsuchende Versorgung“ umbenannt, um klarzustellen, dass kein Aufbau einer Doppelstruktur zur vertragsärztlichen Regelversorgung beabsichtigt ist. Vielmehr liegt die Entscheidung über die Art und Weise der Organisation einer aufsuchenden Versorgung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Sicherstellung der aufsuchenden Versorgung kann regional zum Beispiel auch mit organisierten hausärztlichen Hausbesuchsdiensten erfolgen, soweit die Situation vor Ort dies ermöglicht. Die Norm stellt keine Verpflichtung von Vertragsärzten zur Übernahme von Hausbesuchen während der Sprechstundenzeiten dar.

Zu Buchstabe g

§ 84a regelt die gesetzliche Grundlage für die Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Vereinbarungen werden bislang ohne ausdrückliche gesetzliche Regelung getroffen. Der rechtliche Rahmen der Vereinbarungen wird nun gesetzlich klargestellt und um weitere Anforderungen ergänzt.

Zu Absatz 1

Das etablierte Verfahren der Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und den Kassenärztlichen Vereinigungen wird beibehalten und gesetzlich verankert. Gemeinsame Vereinbarungen aller Krankenkassen führen zu Effizienz bei der Beschaffung sowie Zeit- und Kostenersparnis.

Sprechstundenbedarf sind Arzneimittel, Verbandmittel und andere und Medizinprodukte, die ihrer Art nach bei mehr als einem Anspruchsberechtigten im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung angewendet werden oder bei Notfällen zur Verfügung stehen müssen und die nicht bereits mit der Abrechnung von Leistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 Absatz 1 Satz 1 abgegolten oder zur Erstausrüstung der vertragsärztlichen Betriebsstätte gehörende Artikel sind. Hierdurch wird die vertragsärztliche Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten auch für Fälle sichergestellt, in denen eine patientenindividuelle Abrechnung nicht möglich ist, diese in der Arztpraxis angewendet werden müssen oder in Notdienstpraxen der Integrierten Notfallzentren aus medizinischen Gründen nicht abgewartet werden kann, dass der Patient oder die Patientin nach

einer Verschreibung durch den Vertragsarzt oder die Vertragsärztin das Arzneimittel, Verbandmittel oder ein anderes Medizinprodukt in der Apotheke selbst erwirbt.

Die Vereinbarungen werden zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung getroffen. Die Versorgung mit Sprechstundenbedarf wird insbesondere für Versicherte und für nicht Versicherungspflichtige nach § 264 Absatz 2 vereinbart.

Die inhaltliche Konkretisierung dessen, was als Sprechstundenbedarf verordnet werden kann, erfolgt durch die Vertragsparteien in Form eines Sachverzeichnisses. Zusätzlich ist zu vereinbaren, welche Arzneimittel, Verbandmittel und andere Medizinprodukte in den Notdienstpraxen im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 oder durch Ärzte im Falle einer notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 in Verbindung mit Satz 3 als Sprechstundenbedarf verordnet und nach § 43 Absatz 4 des Arzneimittelgesetzes sowie § 3 Absatz 2 der Medizinprodukte-Abgabeverordnung abgegeben werden können. Bei der Erstellung der Sachverzeichnisse sind die Erforderlichkeit für die Akutversorgung und die Besonderheiten des Ortes der Abgabe sowie der Lagerung und des Transports zu berücksichtigen.

In den Sprechstundenbedarfsvereinbarungen wird auch der Bezugsweg geregelt, soweit er nicht wie zum Beispiel bei Betäubungsmitteln gesetzlich festgelegt ist. Zudem sind Regelungen zur Umsetzung des Wirtschaftsgebots nach § 12, insbesondere hinsichtlich der Verordnung beziehungsweise Beschaffung sowie zur Verwendung sowohl durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer im Allgemeinen, als auch in den Notdienstpraxen zu treffen.

Die Vereinbarungen sind erstmals 6 Monate nach Inkrafttreten der Norm zu treffen. Danach sind sie mindestens einmal im Jahr und in geeigneten Zeiträumen zu überprüfen. Damit zeitnah nach Wirksamwerden des Erlasses oder der Änderung einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 15 die jeweiligen Arzneimittel auch über den Sprechstundenbedarf bezogen und abgerechnet werden können oder Streichungen im Sachverzeichnis zeitnah umgesetzt werden können, sind die Inhalte nach § 84a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 spätestens drei Monate nach Wirksamwerden des Erlasses oder der Änderung einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 15 anzupassen. Der Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Erlasses oder der Änderungen ergibt sich aus der Richtlinie, die nach § 94 Absatz 2 Satz 1 im Bundesanzeiger veröffentlicht wird. Ein Bedarf zur Anpassung besteht nicht, wenn sich keine Änderungen am Leistungsanspruch ergeben.

Zu Absatz 2

Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 nicht oder nicht fristgerecht zustande, setzt das zuständige Landesschiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest. So wird sichergestellt, dass die zu regelnden Inhalte nicht ungeregelt bleiben. Eine bisherige Vereinbarung gilt bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder einer Entscheidung durch das Landesschiedsamt weiter. Hierdurch wird eine lückenlose Regelung erreicht.

Zu Buchstabe h

Es handelt sich um Folgeänderungen in § 87 Absatz 2a Satz 21 Nummer 1 und 2 an die Regelungen des Gesetzesentwurfs in § 75 Absatz 1b zum organisierten Notdienst bzw. notdienstlichen Akutversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten. Die Streichung der Nummer 9 Buchstabe b des Gesetzesentwurfs folgt dem Wegfall der entsprechenden Normen in § 87 SGB V durch Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe c und d des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I, Nr. 228).

Zu Buchstabe i

Zu Nummer 10

Zu § 87a Absatz 3b und 3c SGB V

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

Zu Nummer 10a

Zu § 87b SGB V

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Zu Nummer 10b

Die Regelung in Nummer 10 des Gesetzentwurfs (§ 87a) entfällt aufgrund der Streichung der Regelung in § 87a Absatz 3 SGB V durch Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe b des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I, Nr. 228). In der neuen Nummer 10b wird eine Neuregelung zur Besetzung der Landesschiedsämter mit einem zusätzlichen Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verbandes) sowie einem zusätzlichen Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung aufgenommen. Durch die Beteiligung des PKV-Verbandes im Verfahren vor dem Landesschiedsamt wird eine angemessene Berücksichtigung der Interessen der privaten Krankenversicherungsunternehmen sichergestellt. Auch ist dadurch gewährleistet, dass der Schiedsspruch gegenüber dem PKV-Verband und damit gegenüber den privaten Krankenversicherungsunternehmen gilt. Um eine paritätische Besetzung auf Seiten der Krankenkassen und der Ärzte zu ermöglichen, ist auch die Vertreteranzahl der Ärzte auf fünf zu erhöhen.

Zu Buchstabe j

Zu Nummer 12a (§ 91 SGB V)

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

Zu Buchstabe k

Zu Nummer 13a (§ 92 Absatz 1 SGB V)

Die Regelung entspricht dem Regierungsentwurf.

Zu Nummer 13b (§ 92 Absatz 6a SGB V)

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

Zu Buchstabe l

Die Anpassungen in Satz 1 sehen eine unmittelbare Einbeziehung des PKV-Verbandes in die Vereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor. Sie sind erforderlich, um eine gleichmäßige Berücksichtigung der Interessen der Kostenträger auf Seite der Krankenversicherungen zu gewährleisten, da in diesem Fall die Entscheidung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem PKV-Verband gemeinsam und einheitlich zu treffen ist. Flankierend dazu sind in dem neu eingefügten Satz 2 Regelungen zur Herbeiführung einer gemeinsamen Position der Kostenträger durch Stimmengewichtung auf Seite der Krankenversicherungen vorgesehen, für den Fall, dass diese sich nicht auf eine gemeinsame und einheitliche Position in den Verhandlungen einigen können. Diese Regelungen basieren auf den in § 211a genannten Regelungen. Da der PKV-Verband nicht in der KM6-Statistik vertreten ist, wird die landesweite Anzahl der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten um zehn Prozent erhöht, um die Versicherten der privaten Krankenversicherung (PKV) in die Gesamtzahl der Versicherten einzubeziehen. Die Stimme der Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen wird entsprechend des Anteils gewichtet, den die jeweilige Versichertenanzahl an der um die PKV-Versicherten erhöhten Gesamtzahl an Versicherten ausmacht. Für den Vertreter des PKV-Verbandes wird der Anteil der Versichertenanzahl, um die die gesamte

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Versichertenanzahl erhöht wurde, an der erhöhten Gesamtzahl an Versicherten berechnet und damit seine Stimme gewichtet.

Zu Buchstabe m

Zu § 111 SGB V

Redaktionelle Anpassungen. Die Bezugnahme auf die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres dient ausschließlich der Bestimmung des Referenzwerts für die Vergütungssteigerung und bezieht sich auf die jeweils geltende Vergütung. Hieraus folgt nicht, dass die Vergütungsvereinbarung selbst an das Kalenderjahr gebunden ist.

Zu § 111c SGB V

Redaktionelle Anpassungen. Die Bezugnahme auf die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres dient ausschließlich der Bestimmung des Referenzwerts für die Vergütungssteigerung und bezieht sich auf die jeweils geltende Vergütung. Hieraus folgt nicht, dass die Vergütungsvereinbarung selbst an das Kalenderjahr gebunden ist.

Zu Buchstabe n

Zu § 115g SGB V

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

In Satz 3, der den zweijährigen Turnus für die Anpassung der Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse regelt, wird nunmehr vorgegeben, dass diese erstmals zum 30. Juni 2030 zu erfolgen hat. Die Terminvorgabe orientiert sich daran, dass nach der zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband nach § 115g Absatz 3 geschlossenen Vereinbarung eine Vertragskündigung frühestens zum 31. Dezember 2029 möglich ist. Durch die Festlegung des Datums 30. Juni 2030 wird ermöglicht, dass das neue Leistungs- und Vergütungssystem sich etablieren kann und auch entsprechende Erfahrungen vorliegen, wenn über eine Anpassung der Vereinbarung verhandelt wird. Die Verpflichtung, zum 30. Juni 2030 erstmals eine Vertragsanpassung zu prüfen und erforderlichenfalls zu vereinbaren, schränkt aber nicht die Möglichkeit der Vertragsparteien ein, sich auch schon früher auf Änderungen zu einigen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe c

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Ersetzung des bisherigen Satzes 2 durch die neuen Sätze 2 und 3.

Zu Buchstabe o

Zu Doppelbuchstabe aa

Für die palliativmedizinische Versorgung von Menschen am Lebensende bestehen grundsätzlich Versorgungsstrukturen. Hierzu zählen insbesondere Palliativstationen, die Leistungsgruppe Palliativmedizin, palliativmedizinische Teams in Krankenhäusern, Strukturen zur Gewährleistung der Hospizversorgung nach § 39a SGB V und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V. Die Regelung soll sicherstellen, dass sich Integrierte Notfallzentren, an deren Standort keine dieser Strukturen vorhanden ist, mit den bestehenden Strukturen vernetzen. Dies ist notwendig, wenn Personen, die noch palliativmedizinisch versorgt wurden, zum Notfall werden und eine palliativmedizinische Expertise erforderlich ist.

Integrierte Notfallzentren als zentrale Anlaufstellen der Not- und Akutfallversorgung müssen auch auf die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen eingestellt sein. Diese sind insbesondere bei der Organisation der Abläufe im Integrierten Notfallzentrum sowie bei der Durchführung der Ersteinschätzung besonders zu berücksichtigen. Neben der Barrierefreiheit sind auch insbesondere kommunikative Maßnahmen für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen umfasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Ergänzung stellt klar, dass die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde bei der Festlegung von Standorten für Integrierte Notfallzentren dieselben gesetzlichen Kriterien anwenden muss wie der erweiterte Landesausschuss.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der Begriff der ambulanten Leistungserbringer wird zur Vereinheitlichung durch den in § 123 Absatz 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch definierten Begriff der Notdienstpraxis ersetzt.

Zu Buchstabe p

Zu Nummer 18a (§ 126 Absatz 1 Satz 1)

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

Zu Nummer 18b (§ 127)

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 1b

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

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

Einzelfall zuzuordnen ist oder in welchem Verhältnis die Ausgaben zwischen Kranken- und Pflegekasse aufgeteilt werden. Der Abschlag beträgt einheitlich drei Prozent des vertraglich vereinbarten Preises.

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

Die Wahl eines objektiv bestimmbaren Anknüpfungspunkts führt an den zeitlichen Grenzen des Anwendungszeitraums zwangsläufig zu Stichtagseffekten. Diese wirken jedoch in beide Richtungen. Abrechnungen für bereits vor Beginn des Abschlagszeitraums erbrachte Versorgungslösungen können dem Abschlag unterliegen, wenn sie erst ab dem 1. Januar 2027 eingehen. Umgekehrt unterliegen Abrechnungen für noch innerhalb des Abschlagszeitraums erbrachte Versorgungslösungen nicht mehr dem Abschlag, wenn sie erst nach dem 31. Dezember 2028 eingehen. Die Stichtagseffekte treten damit sowohl zu Beginn als auch zum Ende des Geltungszeitraums auf und sind Folge der bewusst gewählten abrechnungsbezogenen Anknüpfung. Eine vollständige Vermeidung solcher Randwirkungen wäre nur unter Inkaufnahme zusätzlicher Nachweis- und Prüfpflichten und dem Risiko von aufwändiger Revisionskorrekturverfahren möglich.

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

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

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

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

Zu Absatz 1c

Mit dem neuen Absatz 1c wird den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und Arbeitsgemeinschaften erneut die Möglichkeit eröffnet, Verträge über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln im Wege der Ausschreibung zu schließen. Vertragspartner können neben einzelnen Leistungserbringern auch Zusammenschlüsse von Leistungserbringern sein. Dies umfasst sowohl für die Teilnahme an einem Ausschreibungsverfahren gebildete Bietergemeinschaften als auch bereits bestehende Zusammenschlüsse, soweit diese die ausgeschriebene Versor-

gung gemeinsam sicherstellen können. Die Ausschreibung tritt als zusätzliche Beschaffungsform neben die Vertragsverhandlungen, wobei diese weiterhin der Regelfall bleiben.

Die Möglichkeit zum Abschluss von Ausschreibungsverträgen im Hilfsmittelbereich war durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz im Jahr 2019 abgeschafft worden. Hintergrund waren insbesondere Hinweise auf Qualitäts- und Versorgungsprobleme bei Ausschreibungen sowie die Sorge, dass ein vorwiegend über den Preis geführter Wettbewerb den besonderen Anforderungen der Hilfsmittelversorgung nicht hinreichend Rechnung trägt. Dies betraf insbesondere Versorgungen, die durch eine individuelle Anpassung des Hilfsmittels, einen hohen Anteil persönlicher Dienstleistungen oder ein besonderes Bedürfnis nach Versorgungskontinuität geprägt sind. Die Neuregelung greift die Erfahrungen mit Ausschreibungen auf. Daher werden Ausschreibungen nur für Versorgungen, bei denen dieses Beschaffungsinstrument unter Berücksichtigung der Versorgungsqualität, der Versorgungsstrukturen und der Wirtschaftlichkeit geeignet ist, ermöglicht.

Zu Satz 1

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

Zu Satz 2

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

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

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

Zu Satz 3 und 4

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

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

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

Zu Satz 5 bis 10

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

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

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

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

Zu Satz 11

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

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

Zu Satz 12

Es wird eine Evaluation der Auswirkungen der Wiedereinführung von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich vorgenommen. Dabei soll insbesondere untersucht werden, ob und in welchem Umfang durch Ausschreibungen Wirtschaftlichkeitsvorteile erzielt werden und welche Auswirkungen sie auf die Qualität und Kontinuität der Hilfsmittelversorgung sowie auf die Anbieter- und Wettbewerbsstruktur im Hilfsmittelbereich haben. Zu berücksichtigen sind dabei auch die Auswirkungen auf die Wahlmöglichkeiten der Versicherten und die Entwicklung der Anbieterstruktur insbesondere im Hinblick auf kleine und mittlere Leistungserbringer. Bei der Untersuchung der Ausgabenentwicklung sollen neben möglichen Einsparungen bei den Versorgungsausgaben auch die Mehrkosten der Versicherten sowie die mit der Durchführung der Ausschreibungen verbundenen Aufwendungen und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

etwaige Folgekosten berücksichtigt werden. Die Evaluation soll damit eine Grundlage für die Bewertung schaffen, ob sich Ausschreibungen als Instrument einer wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Hilfsmittelversorgung bewähren und ob gesetzgeberischer Anpassungsbedarf besteht.

Zu Absatz 1d

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

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummer 18c

Zu § 130a SGB V

Zu Buchstabe a und b

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

Zu Buchstabe c bis e

Es handelt es sich um überwiegend redaktionelle Anpassungen. In Buchstabe d wird die Überprüfung der Erforderlichkeit der Abschläge in Absatz 4 um den Abschlag nach Absatz 2 ergänzt.

Zu Nummer 18d

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu § 130b SGB V

Redaktionelle Anpassungen.

Zu Nummer 18e

Zu § 132 SGB V

Redaktionelle Anpassungen. Die Bezugnahme auf die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres dient ausschließlich der Bestimmung des Referenzwerts für die Vergütungssteigerung und bezieht sich auf die jeweils geltende Vergütung. Hieraus folgt nicht, dass die Vergütungsvereinbarung selbst an das Kalenderjahr gebunden ist.

Zu Nummer 18f

Zu § 132a SGB V

Redaktionelle Anpassungen. Die Bezugnahme auf die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres dient ausschließlich der Bestimmung des Referenzwerts für die Vergütungssteigerung und bezieht sich auf die jeweils geltende Vergütung. Hieraus folgt nicht, dass die Vergütungsvereinbarung selbst an das Kalenderjahr gebunden ist.

Zu Nummer 18g

Zu § 132l SGB V

Redaktionelle Anpassungen. Die Bezugnahme auf die Vergütung des vorangegangenen Kalenderjahres dient ausschließlich der Bestimmung des Referenzwerts für die Vergütungssteigerung und bezieht sich auf die jeweils geltende Vergütung. Hieraus folgt nicht, dass die Vergütungsvereinbarung selbst an das Kalenderjahr gebunden ist.

Zu Buchstabe q

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben die Verträge mit den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung über die notwendigen Kosten nunmehr nach Satz 1 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zu schließen. Dadurch sind auch die privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Vereinbarung der Entgelte verbindlich beteiligt und es wird der Prozess für landesrechtlich einheitliche Entgelte erleichtert.

Die Neuregelung in Satz 2 ermöglicht, dass nach Landesrecht vorgesehen werden kann, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auch mit mehreren Leistungserbringer einheitliche Entgeltvereinbarungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung schließen können. Die leistungserbringer-übergreifenden Verträge führen zu mehr Einheitlichkeit in der Entgeltstruktur und effizienteren Vertragsgestaltungen. Die Änderung ermöglicht die Fortführung und Etablierung effizienter, landesweiter Abrechnungsstrukturen für die medizinische Notfallrettung. Sie schafft Rechtssicherheit für bereits bestehende und künftige Bündelungsmodelle und verhindert doppelte Verwaltungsaufwände. Durch das effiziente System einer landesweiten Abrechnungsstelle wird die mehrfache Vorhaltung von Abrechnungsstrukturen bei jedem einzelnen Leistungserbringer vermieden und im Rahmen einer professionellen Bündelung eine Struktur geschaffen, die sowohl die Leistungserbringer als auch die Krankenkassen von Bürokratie entlastet. Entscheidend bei diesem Modell ist, dass schließlich über eine zentrale Abrechnungsstelle die Verteilung der Entgelte auf die beteiligten Leistungserbringer stattfindet, die insbesondere die unterschiedlichen Kostenstrukturen der Leistungserbringer berücksichtigt.

Mit Satz 6 wird die strenge Anbindung der Vergütung für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung an die Grundlohnsumme aus dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz nachvollzogen und damit auch im Bereich der medizinischen Notfallrettung eine strenge Ausgabenbegrenzung eingeführt. Es wird klargestellt, dass die Bemessung der Ausgabensteigerung sich nicht auf das zwischen den Vertragsparteien vereinbarte einzelne Entgelt, sondern auf die der Entgeltfestsetzung zu Grunde liegenden Gesamtkosten bezieht; auf der Grundlage dieser ansatzfähigen Kosten sind dann nach Satz 5 Entgelte für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung (Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport) zu vereinbaren. Dies erlaubt eine umfassendere Betrachtung der Kosten und ermöglicht es, auch durch strukturelle Maßnahmen die Gesamtkosten zu sen-

ken. Aufgrund des hohen durch die Vorhaltung bedingten Fixkostenanteils in der Notfallrettung wäre eine Kopplung des § 71 an das Entgelt nicht sinnvoll. Ebenso soll vermieden werden, dass die Entgelte durch eine Steigerung der Fallzahlen stabilisiert werden können. Dies würde einen unerwünschten Anreizsetzen, der dem Ziel der Notfallreform entgegensteht.

Um im Bereich der medizinischen Notfallrettung für die Vertragsparteien mehr Rechtssicherheit herzustellen, wird die in § 71 Absatz 1 Satz 1 bereits enthaltene Ausnahmeregelung für den Fall, dass die notwendige medizinische Versorgung auch bei Ausschöpfung aller Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten ist, konkretisiert. Damit sollen Streitigkeiten über Auslegungsfragen in Bezug auf die Anwendung der Ausnahmeregelung im Bereich der medizinischen Notfallrettung zwischen den Vertragsparteien aber auch in Schiedsverfahren für die Zukunft vermieden werden. Durch die Neuregelung in Satz 6 wird klargestellt, dass sich der Nachweis der Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven nicht auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung allgemein, sondern konkret auf die zwischen den Vertragsparteien zu verhandelnden Kosten bezieht. Nur so kann der von den Leistungserbringern geforderte Nachweis überhaupt erbracht werden. Dabei wird mit Satz 7 - wie auch im bereits geltenden § 133 - klargestellt, dass die Sicherstellung der Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu gewährleisten ist.

Für den Fall, dass ein Leistungserbringer von der Ausnahmeregelung Gebrauch und höhere Kostensteigerungen gegenüber den Kostenträgern geltend machen muss, hat er nach Satz 8 grundsätzlich einen transparenten Nachweis gegenüber dem Kostenträger in Form einer Kosten-Leistungsrechnung vorzulegen.

Darüber hinaus werden in Satz 9 für die Frage, ob die Wirtschaftlichkeitsreserven eines Leistungserbringers ausgeschöpft sind, verschiedenen Kriterien genannt, von denen in den Verhandlungen mit den Kostenträgern eine starke Indizwirkung ausgeht. Wenn die dort genannten Anforderungen erfüllt sind, wird den Leistungserbringern der geforderte Nachweis erleichtert. Ihm bleibt es jedoch unbenommen, den Nachweis auch auf anderem Weg zu erbringen.

Es wird grundsätzlich anerkannt, dass die medizinische Notfallrettung systemimmanent von einem hohen Fixkostenanteil geprägt ist. Dies bezieht sich insbesondere auf Vorhaltekosten insbesondere in Einsatzgebieten mit niedriger Bevölkerungsdichte und hohe Investitionskosten in hochspezialisierten Bereichen wie der Luftrettung. Ebenso sind Treibstoff-/Kerosinkosten starken, nicht beeinflussbaren Schwankungen aufgrund der Weltmarktlage unterworfen. Gleichzeitig darf dies aber nicht dazu führen, dass der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit nach § 71 Absatz 1 Satz 1 nicht eingehalten wird. Die Vertragspartner haben die Aufgabe, diese Wirtschaftlichkeitsaspekte trotz des hohen Fixkostenanteils zu beachten. Es gibt bereits in einigen Ländern gute Beispiele, wie dies umgesetzt wird, beispielsweise durch ein Einvernehmen der Sozialversicherungsträger für Strukturentscheidungen im Rahmen der Bedarfsplanung oder einer einheitlichen Beschaffung von Investitionsgütern wie Rettungswagen. So können trotz des hohen Fixkostenanteils im Bereich der medizinischen Notfallrettung noch Wirtschaftlichkeitspotentiale gehoben werden, für die die nachfolgenden Kriterien gelten.

Das Kriterium nach Nummer 1 ist erfüllt, wenn im rechtzeitigen Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen eine landesweite oder zumindest überregionale Bedarfsplanung durchgeführt und die dort aufgestellten Vorgaben eingehalten werden. Dies bedeutet, dass das Einvernehmen der Kostenträger so lange im Voraus zu der Investitionsentscheidung eingeholt werden muss, dass noch die Möglichkeit für Anpassungen besteht. Die Beteiligung räumt den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die einen großen Teil dieser Kosten über die vereinbarten Entgelte refinanzieren, ein angemessenes Mitspracherecht bei Investitionsentscheidungen (z.B. dem Bau einer Rettungswache, der Anschaffung von Rettungsfahrzeugen oder der Einrichtung einer Luftretungsstation) ein, aus denen dann entsprechende Vorhaltekosten folgen. Solange die Bedarfsplanung sehr regional, beispielsweise in Städten oder Landkreisen isoliert durchgeführt wird, ist davon auszugehen, dass Wirtschaftlichkeitspotenziale nicht hinreichend ausgenutzt werden. Wie bereits in einigen Ländern üblich soll deswegen die Bedarfsplanung möglichst landesweit erfolgen, um Synergien bestmöglich zu nutzen. Solange dies noch nicht möglich ist, soll dies zumindest überregional erfolgen. Dies bedeutet, dass zumindest die Vorhaltung in benachbarten Planungsregionen mit in die Bedarfsplanung einbezogen wird. Der Umfang der Einbeziehung kann sich je nach Bevölkerungsdichte, Geographie und anderen Faktoren sehr unterscheiden und geht von einer Einbeziehung der unmittelbar benachbarten Wachen anderer Rettungsdienstbereiche bis zu einer sehr umfassenden großräumigen Planung für die Sonderrettungsmittel und insbesondere die Luftrettung.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Das Kriterium nach Nummer 2 ist erfüllt, wenn Investitionen aufgrund einer wie beschrieben erfolgten Bedarfsplanung überregional, landesweit oder bei der Luftrettung auch über Landesgrenzen hinweg durchgeführt werden. In der landesweiten Planung und Beschaffung von Einsatzmitteln liegt ein erhebliches Einsparpotenzial, da nicht nur Anschaffungs- und Verwaltungskosten deutlich gesenkt werden, sondern auch bei dem entstehenden größeren Pool an Fahrzeugen ein geringerer Anteil an Ersatzfahrzeugen beschafft werden muss. Gleichzeitig stehen bei einem Ausfall schneller Ersatzfahrzeuge zur Verfügung. Ein zusätzlicher Vorteil für eine effiziente medizinische Notfallrettung ist, dass das Rettungsfachpersonal mit den landesweit eingesetzten Fahrzeugen vertraut und flexibel einsetzbar ist. Für hochspezialisierte Bereiche wie der Luftrettung gilt das grundsätzlich in vergleichbarer Weise, die Besonderheiten der Ausgestaltung der Luftrettung sind zu beachten.

Mit Satz 11 wird ein weiteres Element eingeführt, das sowohl die Bedarfsgerechtigkeit als auch die Wirtschaftlichkeit von Leistungen der Notfallrettung sichern kann. Auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen nach § 133b des Fachgremiums medizinische Notfallrettung können von den Spitzenorganisationen auf Bundesebene – dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen einerseits und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene andererseits – Rahmenverträge vereinbart werden, die die Rahmenempfehlungen konkretisieren und operationalisieren. Hier können konkrete Details bereits auf Bundesebene ausgehandelt werden, die in den einzelnen Verhandlungen auf Landesebene als Grundlage dienen. Dies ist ein Schritt zur Reduktion von Verwaltungsaufwand und dient dem Prozess, ein einheitliches Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der medizinischen Notfallrettung zu erreichen. Wenn derartige Rahmenverträge bestehen und angewendet werden, ist dies nach Nummer 3 ein weiteres Kriterium für die Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven.

Durch diese Ergänzungen wird insgesamt sichergestellt, dass eine mögliche Ausnahme von der Grundlohnsummenanbindung nach § 71 möglichst konkret nachgewiesen, geprüft und angewendet wird.

In Satz 13 wird schließlich klargestellt, dass die dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermittelnden wesentlichen Inhalte der Verträge insbesondere die der Entgeltfestsetzung zugrunde gelegten Kostenkalkulation umfasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich eine redaktionelle Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung.

Zu Doppelbuchstabe dd

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die Änderung des bisherigen Antragsverfahrens in eine gesetzliche Abschlusspflicht beseitigt vertragliche Blockaden zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Leistungserbringern des Notfallmanagements, um bundesweit eine zügige und flächendeckende Etablierung von Gesundheitsleitsystemen zu gewährleisten. Die nachgeschaltete Schiedslösung nach Landesrecht greift bei fehlender fristgerechter Einigung. Der Landesvorbehalt respektiert, dass die Länder eine solche Zusammenarbeit verhindern oder Kooperationen im Rahmen ihrer Planungshoheit zentralisieren können.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Um hinsichtlich der Eintreffzeiten der aufsuchenden Versorgung den Kooperationspartnern des Gesundheitsleitsystems eine größere Flexibilität zu eröffnen, auf die konkreten Verhältnisse vor Ort einzugehen, werden die Eintreffzeiten durch die Änderung nicht mehr verbindlich, sondern als Zielgröße festgelegt. Damit haben die Kooperationspartner die Möglichkeit, die Eintreffzeiten stärker an den regionalen Gegebenheiten auszurichten und die örtlichen Strukturen der vertragsärztlichen Leistungserbringer stärker zu berücksichtigen. Gleichzeitig verbleibt dem Gesundheitsleitsystem das notwendige Maß an Verbindlichkeit für eine funktionierende Vernetzung und Fallabgabe.

Zu Doppelbuchstabe ee

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die zusätzlichen Mitglieder des Fachgremiums medizinische Notfallrettung aus dem Kreis der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, der maßgeblichen Fachgesellschaften und der maßgeblichen Fachverbände auf Bundesebene sollen auf Vorschlag der jeweils entsprechenden Organisationen von den bereits von den Ländern und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitglieder benannt werden. Der Vorschlag umfasst das zu benennende Mitglied in Person. Durch das Vorschlagsrecht und die dem Vorschlag vorausgehenden Abstimmungen unter den entsprechenden Organisationen soll sichergestellt werden, dass die jeweilige Gruppe insgesamt repräsentiert wird und geeignete Personen benannt werden können. Die Neuregelung führt zu einer Flexibilisierung der Zusammensetzung des Gremiums, indem bewusst auf die Festlegung einer starren Mitgliederanzahl für die einzelnen Organisationsgruppen verzichtet wird. Die bisherige Aufteilung nach Leistungserbringern, Fachverbänden und Fachgesellschaften ist zu unflexibel. Gleichzeitig wird durch die Neuregelung die Verpflichtung verankert, bei der konkreten Benennung der Mitglieder eine angemessene Repräsentanz der unterschiedlichen Organisationen und Fachrichtungen der medizinischen Notfallrettung zu gewährleisten. Das Auswahl- und Benennungsverfahren hat sich dabei an der tatsächlichen Relevanz der jeweiligen Akteure für die Notfallrettung zu orientieren. Um eine fachlich fundierte und ganzheitliche Abbildung der Versorgungsrealität sicherzustellen, müssen sämtliche relevanten Fachbereiche der Notfallrettung eingebunden werden. Dies schließt ausdrücklich sowohl den bodengebundenen Teil der Leistungserbringung als auch die Luftrettung ein. Maßstab für die Gewichtung bei der Besetzung ist die jeweilige Bedeutung und der quantitative sowie qualitative Anteil der Akteure an der Sicherstellung der notfallmedizinischen Versorgung der Versicherten. Zudem ist für diese zusätzlichen Mitglieder aus dem Kreis der genannten Organisationen jeweils eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter zu benennen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es wird klargestellt, dass die Übertragung der Stimmrechte nur innerhalb der drei Gruppen von Mitgliedern im Fachgremium medizinische Notfallrettung möglich ist; also unter den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern, unter von den Ländern benannten Mitgliedern und unter den benannten Mitgliedern aus dem Kreis der maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, der maßgeblichen Fachgesellschaften und der maßgeblichen Fachverbände. Eine Übertragung von Stimmrechten auf Mitglieder einer anderen Gruppe würde das Gleichgewicht, das auch der Stärkung fachlicher Beiträge dient, stören.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Zu Buchstabe (i)

Die Rahmenempfehlungen zu standardisierten digitalen Abfragesystemen sollen nicht nur deren einheitliche Anwendung, sondern auch Anforderungen an die Systeme selbst umfassen. Dies sind insbesondere technische Anforderungen an inhaltliche Entscheidungsbäume und Algorithmen, an Schnittstellen sowie Ausfall- und Datensicherheit.

Zu Buchstabe (ii)

Die neue Formulierung dient dazu, die Entwicklung standardmäßiger Verfahrensweisen sowohl für die eigenständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen im Rahmen der Delegation als auch der eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen umfassend zu ermöglichen. Dies umfasst sowohl Rahmenempfehlungen für die Entwicklung standardmäßiger Verfahrensweisen bei eigenständiger Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bei notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), als auch bei eigenverantwortlicher Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c oder § 2a NotSanG. Damit soll eine gleichwertige Versorgungsqualität erzielt werden. Die Rahmenempfehlungen können dann durch die jeweils verantwortlichen Personen, beispielsweise die Ärztlichen Leitungen, im jeweiligen Verantwortungsbereich in konkrete medizinische bzw. standardisierte Handlungsanweisungen, sogenannte „Standard Operating Procedures“ (SOP), Behandlungspfade oder Dienstanweisungen umgesetzt werden. Wünschenswert wäre, wenn bei der Gestaltung der jeweiligen Rahmenempfehlungen auch die unterschiedliche rechtliche Situation, in der sich die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bei einer Tätigkeit im Rahmen des § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c NotSanG oder im Rahmen des § 2a NotSanG befinden, Berücksichtigung findet.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Dreifachbuchstabe ddd

Die Verpflichtung zur Errichtung von Fachausschüssen sowie zur Benennung weiterer, nicht dem Hauptgremium angehörender Mitglieder für diese Untergremien stellt eine breitere Repräsentanz von Leistungserbringern, Fachverbänden und Fachgesellschaften sicher. Dies ermöglicht es insbesondere solchen Organisationen, die im originären Fachgremium selbst keinen Sitz erhalten, ihre fachspezifische Expertise und Perspektive einzubringen. Diese Erweiterung der Partizipationsmöglichkeiten ist vor allem deswegen von zentraler Bedeutung, da im Bereich der medizinischen Notfallrettung keine übergreifende Spitzenorganisation existiert, die die vorhandene fachliche Kompetenz gebündelt repräsentieren könnte. Über die Unterausschüsse wird somit die notwendige tiefere fachliche Durchdringung spezifischer Fragestellungen bei gleichzeitiger Wahrung einer schlanken und arbeitsfähigen Struktur des Hauptgremiums realisiert.

Zu Dreifachbuchstabe eee

Dem Fachgremium medizinische Notfallrettung werden ausdrücklich Sitzungen in einem digitalen Format ermöglicht, die eine Mitgliedschaft von Vertreterinnen und Vertreter etwa der Leistungserbringer aus dem ganzen Bundesgebiet erleichtern und zu Einsparungen bei Reisekosten führen können. Die Geschäftsordnung bedarf des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Zu Doppelbuchstabe ff

Es handelt sich um eine rechtssystematische Änderung. Die Regelung, dass zwei Jahre nach dem Inkrafttreten alle Leistungserbringer des Notfallmanagements eine softwarebasierte, standardisierte Notrufabfrage einsetzen müssen, wird vom Anspruch in § 30 in das Leistungserbringungsrecht in § 133c transferiert. Das bildet auch das Fundament für das Gesundheitsleitsystem.

Zu Doppelbuchstabe gg

Da die Datenstelle zwar vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eingerichtet, aber von diesem organisatorisch getrennt ist, bekommt auch der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein Antragsrecht zur Auswertung.

Zu Doppelbuchstabe hh**Zu Dreifachbuchstabe aaa**

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Der Wortlaut sieht bislang nur die Förderung von Investitionen für die Etablierung der dort genannten Vorhaben vor. Länder, die bereits als positive Beispiele vorangegangen sind und in denen die genannten Vorhaben bereits umgesetzt wurden, hätten bei enger Wortlautauslegung insoweit das Nachsehen. Daher ist es geboten, dass auch die Weiterentwicklung und Verbesserung von bereits eingeführten Vorhaben ebenfalls ausdrücklich förderfähig sind, um so eine qualitativ hochwertige Versorgung und Steuerung von medizinischer Notfallrettung weiterhin gewährleisten zu können. Zur erfolgreichen Umsetzung sind die hierfür notwendigen bundes-einheitlichen Schnittstellen und Standards von Spezifikationsakteuren mit der notwendigen Fachexpertise zu entwickeln und in hinreichendem Umfang für die Nutzung in der Praxis zu pilotieren.

Zu Doppelbuchstabe ii

Zu § 133i SGB V

Hintergrund der Regelung ist das vermehrte Auftreten hochwirksamer psychoaktiver Substanzen auf den illegalen Drogenmärkten, beispielsweise synthetischer Opioide wie Nitazene und Cathinone. Damit verbunden sind steigende Fallzahlen akuter Vergiftungen, insbesondere mit synthetischen Opioden aufgrund von (unbeabsichtigten) Überdosierungen bei Drogenkonsumierenden, sowie damit assoziierte Todesfälle. Zudem werden zunehmend Fälle des Missbrauchs psychoaktiver Arzneimittel mit erhöhtem Suchtpotenzial beobachtet, insbesondere die Verwendung opioidhaltiger Analgetika durch junge Menschen zu Rauschzwecken.

Um auf den Drogenmärkten auftretende gefährliche Substanzen sowie Entwicklungen beim Konsumverhalten in Bezug auf Betäubungsmittel, neue psychoaktive Stoffe, sonstige psychoaktive Substanzen und psychoaktive Arzneimittel frühzeitig erkennen und Betroffene zielgruppengerecht vor Ort vor dem missbräuchlichen Konsum war-

nen und im Notfall gezielter versorgen zu können, hat das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit dem Bundesministerium des Innern und für Heimat sowie den Ländern das bestehende Frühwarnsystem für Neu-entwicklungen beim Konsum von psychoaktiven Substanzen und beim missbräuchlichen Konsum von psychoaktiven Arzneimitteln (Nationales Early Warning System (NEWS)) zu einem integrierten nationalen Drogenmonitoring- und Frühwarnsystem weiterentwickelt. Der nationale Knotenpunkt beim IFT Institut für Therapiefor-schung München wurde auf der Grundlage einer Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit in die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht eingegliedert.

Das weiterentwickelte Monitoring- und Frühwarnsystem NEWS soll dazu beitragen, Vergiftungen mit gefährli-chen Substanzen sowie damit assoziierte Todesfälle zu verhindern. Einbezogen werden sowohl Betäubungs-mittel, neue psychoaktive Stoffe, psychoaktive Arzneimittel sowie sonstige psychoaktive Substanzen wie beispiele-weise neue Substanzen, die (noch) nicht dem Kontrollregime des Betäubungsmittelgesetzes, des Arzneimittelge-setzes oder des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes unterstellt sind.

Mit den Regelungen sollen wichtige Datenquellen für das Monitoring- und Frühwarnsystem NEWS erschlossen werden. Erkenntnisse zu Vergiftungen mit den benannten Stoffen und Substanzen aus Rettungsdiensten, Kran-kenhäusern, Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen, wissenschaftlichen Laboren sowie Strafverfolgungsbehörden sollen zeitnah erfasst und zur Frühwarnung genutzt werden.

Die Länder haben im Juni 2026 in der Gesundheitsministerkonferenz und der Innenministerkonferenz eine Un-terstützung des Monitoring- und Frühwarnsystems NEWS zugesagt, indem sie die Einrichtung von Landeskno-tenpunkten anstreben. Bei den Landesknotenpunkten werden laufend relevante Daten zu aufgetretenen Sub-stanzen und auffälligen Häufungen von Notfällen und Überdosierungen insbesondere aus Drogen- und Suchthilfeein-richtungen, Strafverfolgungsbehörden, wissenschaftlichen Laboren, Krankenhäusern und Rettungs-diensten ge-sammelt und gebündelt.

Die Landesknotenpunkte leiten ihre Daten fortlaufend an den nationalen Knotenpunkt bei der Deutschen Be-obachtungsstelle für Drogen und Drogensucht weiter. Dort werden die eingegangenen Daten ausgewertet und durch Informationen aus internationalen Netzwerken zu einem Gesamtlagebild ergänzt. Ergeben sich Hinweise auf ein krisenhaftes regionales oder überregionales Geschehen, etwa ein zeitlich oder räumlich gehäuftes Auf-treten von Vergiftungen mit einer bestimmten Substanz oder Substanzgruppe, informiert der nationale Knoten-punkt die Landesknotenpunkte, damit diese gezielte Warnmeldungen und Hinweise zum Umgang an lokale Sucht-und Drogenhilfeeinrichtungen, Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung sowie Konsumierende abge-ben können.

Mit den weitgehend inhaltsgleichen Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch, Betäubungsmittelgesetz so-wie Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (vgl. unten Nummer 9 zu Artikel 8 sowie Nummer 10 zu Artikel 9a) erhal-ten Rettungsdienste, Krankenhäuser, Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen, wissenschaftliche Labore so-wie Strafverfolgungsbehörden jeweils eine datenschutzkonforme Rechtsgrundlage, um Falldaten und Befunde zu Ver-giftungen mit Betäubungsmitteln, neuen psychoaktiven Stoffen, sonstigen psychoaktiven Substanzen oder mut-mäßig missbräuchlich zu Rauschzwecken eingenommenen psychoaktiven Arzneimitteln zeitnah nach ihrer Er-hebung an die von den Ländern benannten Landesknotenpunkte des Monitoring- und Frühwarnsystems NEWS rechtssicher übermitteln zu können.

Die Datenermittlung ist nicht verpflichtend und soll sich auf relevante, im Rahmen der Aufgabenerfüllung der jeweiligen Einrichtung erhobene Daten beschränken. Sie darf ausschließlich in anonymisierter Form erfolgen; personenbezogene Daten im Sinne von Artikel 4 Nummer 1 der Datenschutz-Grundverordnung dürfen nicht über-mittelt werden.

Die Regelungen dienen der Prävention von Vergiftungen mit Betäubungsmitteln, neuen psychoaktiven Stoffen, sonstigen psychoaktiven Substanzen und psychoaktiven Arzneimitteln, die allein oder in Kombination mit an-deren eingenommen werden.

Rettungsdienste sind in der Regel zuerst bei drogenbedingten Notfällen vor Ort und leisten eine symptombezo-gene Erstversorgung. Auch wenn Rettungsdienste bei Vergiftungen häufig die ursächliche Substanz nicht eindeu-tig feststellen können, sammeln sie wichtige Erkenntnisse für ein Drogenmonitoring- und -frühwarnsystem. Ihre Hinweise sind sowohl in Vergiftungsfällen mit bekannten, als auch in Vergiftungsfällen mit bislang unerkannten oder noch nicht dem Kontrollregime des Betäubungsmittelgesetzes oder des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

unterstellten psychoaktiven Substanzen bedeutsam, um eine Frühwarnung von Konsumierenden oder Konsuminteressierten zu ermöglichen.

Hinweise aus Notaufnahmen von Krankenhäusern zu akut versorgten Vergiftungen aufgrund festgestellter oder unbekannter psychoaktiver Substanzen oder vermutlich missbräuchlich verwendeter psychoaktiver Arzneimittel sind ebenfalls wichtige Erkenntnisquellen für das Monitoring- und Frühwarnsystem NEWS und sollen mit der Regelung erfasst werden.

Inhalt der Datenübermittlung an durch die Länder benannte Stellen des Monitoring- und Frühwarnsystems NEWS durch Rettungsdienste und Krankenhäuser können Informationen zu Notfalleinsätzen und der Akutversorgung wegen einer vorliegenden oder vermuteten Vergiftung aufgrund einer akuten Intoxikation mit Betäubungsmitteln, neuen psychoaktiven Stoffen, sonstigen psychoaktiven Substanzen oder missbräuchlich verwendeten psychoaktiven Arzneimitteln sein, insbesondere Diagnosen und Verdachtsdiagnosen im Zusammenhang mit Vergiftungen z. B. infolge von bewussten oder (aufgrund von Beimengungen oder gefälschten Arzneimitteln) unbewussten Überdosierungen, Angaben zu den für die Vergiftung (mutmaßlich) ursächlichen Substanzen einschließlich psychoaktiver Arzneimittel, beobachtete Symptome, Einsatzanlass, Auffindsituation, Reanimation, Tod, Verwendung von Naloxon oder Flumazenil, Atemsuppression, Maßnahmen der Beatmung, Krampfanfälle, Datum des Notfalleinsatzes bzw. der Vergiftung, Postleitzahl des Einsatzortes bzw. der Vergiftung, Alter und Geschlecht.

Relevante Daten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen sind insbesondere Angaben zu Not- und Todesfällen in Drogenkonsumräumen einschließlich Hinweise zu verwendeter Notfallmedikation mit z.B. Naloxon und geleisteter Notfallmaßnahmen wie etwa eine Beatmung.

Befunde wissenschaftlicher Labore liefern relevante Informationen zu festgestellten Substanzen aus Substanz-, Blut-, Urin- oder Speichelproben im Zusammenhang mit einer Vergiftung. Wissenschaftliche Labore können Befunde aus toxikologischen Untersuchungen von Substanzen bereits vor einer eingetretenen Vergiftung übermitteln, wenn sie psychoaktive Substanzen feststellen, die noch nicht dem Kontrollregime des Betäubungsmittelgesetzes oder des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes unterstellt sind, und potenziell zu einer Vergiftung führen können, beispielsweise als unerkannte Beimengung in einem Arzneimittel oder einer anderen psychoaktiven Substanz.

Die Aufzählung der möglichen Inhalte einer Datenübermittlung in Absatz 2 Satz 2 ist nicht abschließend.

Betäubungsmittel sind solche im Sinne von § 1 Absatz 1 des Betäubungsmittelgesetzes, neue psychoaktive Stoffe sind solche im Sinne von § 2 Nummer 1 des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes. Psychoaktive Arzneimittel sind Arzneimittel im Sinne von § 2 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes, die auf das zentrale Nervensystem wirken und u. a. die Wahrnehmung, die Stimmung oder das Verhalten ändern.

Sonstige psychoaktive Substanzen sind Substanzen, die weder dem Betäubungsmittelgesetz noch dem Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz unterstellt sind, bei denen jedoch nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand eine psychoaktive Wirkung sehr wahrscheinlich ist. Nicht gemeint sind verkehrsfähige Substanzen wie etwa Alkohol oder Nikotin.

Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe umfassen niedrigschwellige Beratungs- und Hilfeeinrichtungen für Konsumierende, insbesondere Suchtberatungsstellen, betreutes Wohnen für Suchtkranke und nicht-ärztliche Behandlungszentren für Konsumierende sowie Drogenkonsumräume und Drug Checking-Stellen.

Die Regelung trägt zu einer Verbesserung der Versorgung in der medizinischen Notfallrettung und Akutversorgung bei. Durch eine frühzeitige Warnung von Konsumierenden oder Konsuminteressierten können Rettungsdienste und Krankenhäuser wirksam von weiteren Notfällen entlastet werden und ihre Kapazitäten gezielter auf ihre Leistungserbringung bei akuten Intoxikationen insbesondere mit neu auftretenden illegalen Substanzen ausrichten.

Die Meldeverpflichtung für Verdachtsfälle von Nebenwirkungen von Arzneimitteln durch ärztliche Personen gemäß Berufsrecht (§ 6 der Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie die entsprechenden Berufsordnungen der Landesärztekammern) bleibt von den Regelungen unberührt, ebenso die Möglichkeit der Meldung von Verdachtsfällen von Nebenwirkungen durch andere Personen und Angehörige der Gesundheitsberufe nach § 62 Absatz 2 des Arzneimittelgesetzes an die Arzneimittelzulassungsbehörden.

Zu Buchstabe r

Zu Nummer 19a

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

Zu Nummer 19b

Zu § 137e SGB V

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

Zu Nummer 19c

Zu § 137h SGB V

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

Zu Nummer 19d

Zu § 137i SGB V

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

Zu Buchstabe s**Zu Nummer 20a (§ 175 SGB V)****Zu Buchstabe a**

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

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

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

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

Zu Buchstabe b

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

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

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

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

Nach Satz 3 soll die Aufsichtsbehörde die Krankenkasse verpflichten, ein gesondertes Schreiben an ihre Mitglieder zu versenden, das den Anforderungen des Absatzes 4 Satz 7 entspricht, wenn diese ihrer Hinweispflicht weiterhin nicht ordnungsgemäß nachgekommen ist. Die Ausgestaltung der Rechtsfolge als intendiertes Ermessen erfolgt, weil die Aufsichtsbehörden bislang von einer Verpflichtung der Krankenkasse zur (erneuten) Ver-

dung absehen. Das nach der Generalklausel des § 89 Absatz 1 Satz 2 des Vierten Buches eröffnete Ermessen für ein aufsichtsrechtliches Einschreiten ermöglicht den Aufsichtsbehörden derzeit keine ausreichend sichere Beurteilung, ob eine solche Verpflichtung – nach den Grundsätzen der maßvollen Rechtsaufsicht – im jeweiligen Einzelfall gerichtlich durchsetzbar ist. Wenn eine Krankenkasse fehlerhafte Hinweisschreiben erneut versenden muss, weil eine Aufsichtsbehörde sie nach § 89 Absatz 1 Satz 2 SGB IV dazu verpflichtet, könnte dem entgegnet werden, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht ausgewogen sei. So wäre eine erneute Versendung aufwändig und kostenintensiv, während dem Mitglied der Krankenkasse das Sonderkündigungsrecht unabhängig vom Zugang eines ordnungsgemäßen Hinweisschreibens zusteht.

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

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

Zu Nummer 20b

Zu § 223 SGB V

In dem neuen Absatz 4 wird die Ermächtigungsgrundlage zur Festsetzung der Beitragsbemessungsgrenze 2027 in der Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2027 noch vor dem 1. Januar 2027 geschaffen. Der zur Berechnung des Wertes für das Jahr 2027 notwendige Steigerungsfaktor (Lohnzuwachsrate) steht mittlerweile fest, so dass der Betrag der Beitragsbemessungsgrenze unmittelbar in das Gesetz aufgenommen wird. Der Betrag enthält die vom Gesetzgeber im GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz vorgesehene basiswirksame zusätzliche Anhebung um 3.600 Euro jährlich. Die rechnerische Herleitung des Wertes der Beitragsbemessungsgrenze 2027 wird in der Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2027 und zusätzlich für den Monat ausgewiesen.

Zu Nummer 20c

Zu § 234 SGB V

Rechtsförmliche Korrektur des Änderungsbefehls im GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz.

Zu Nummer 20d

Die Ombudspersonen der Medizinischen Dienste (MD) sind unabhängige und vertrauliche Anlaufstellen für Beschwerden über die Tätigkeit der MD. Sie sind jedoch nicht befugt, Leistungsentscheidungen der Kranken- oder Pflegekassen zu überprüfen oder abzuändern.

Die geltenden Hinweispflichten führen in der Praxis zu Unklarheiten über die Abgrenzung zwischen dem Widerspruch gegen einen Leistungsbescheid und einer Beschwerde bei der Ombudsperson. Die Jahresberichte der Ombudspersonen zeigen länderübergreifend, dass ein erheblicher Anteil ihrer Inanspruchnahme (je nach Erfassungsmethode bis zu 40 Prozent) auf Widerspruchsanliegen entfällt. Dies führt zu vermeidbaren Verzögerungen und zusätzlichem Bearbeitungsaufwand. Die Ombudsstellen müssen die Eingaben zunächst rechtlich und inhaltlich einordnen, die Versicherten über die Zuständigkeit der Kranken- oder Pflegekasse sowie die maßgeblichen Fristen informieren und gegebenenfalls eine Weiterleitung veranlassen. Zugleich besteht keine einheitliche Praxis hinsichtlich der Weiterleitung fehlgeleiteter Widersprüche.

Anders als bei der Pflegebegutachtung nach dem SGB XI, wo eine persönliche Untersuchung der Versicherten der Grundsatz ist, von dem nur in Ausnahmefällen abgewichen werden darf (vgl. § 18a Absatz 2 SGB XI), gilt bei Begutachtungsanlässen nach § 275 SGB V in Verbindung mit den dazugehörigen Begutachtungsanleitungen der Medizinischen Dienste standartmäßig das Prinzip „Begutachtung nach Aktenlage“. Hier erfolgt also nur ausnahmsweise eine persönliche Untersuchung durch eine Gutachterin oder einen Gutachter, wenn die medizinischen Unterlagen für eine abschließende Beurteilung des Medizinischen Dienstes nicht ausreichen. Die geringe Anzahl persönlicher Kontakte zwischen Gutachterinnen bzw. Gutachtern und Versicherten rechtfertigt hier im Gegensatz

zu § 18c Absatz 2 Satz 6 SGB XI die Streichung der Hinweispflichten. Sie schafft eine klare Trennung zwischen Rechtsbehelfs- und Beschwerdeverfahren. Die Aufgaben der Ombudspersonen und die Möglichkeit, sich vertraulich an sie zu wenden, bleiben unberührt. Über die Ombudspersonen und ihre Aufgaben kann weiterhin außerhalb des Leistungsbescheids, insbesondere auf den Internetseiten der MD und durch gesonderte Informationsangebote, informiert werden.

Zu Nummer 20e

Zu Buchstabe a

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

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

Zu Buchstabe b

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

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

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

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

entsprechend sehen die Sätze 8 und 9 vor, dass in der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 auch Regelungen getroffen werden können, die von Absatz 1 Satz 3 bis 8 abweichen, wobei insoweit die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 24.07.2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geregelte Streichung des Satzes 8 in Absatz 1 bereits berücksichtigt ist.

Zu Buchstabe c

Einerseits wird § 275a Absatz 11 infolge der Änderung des § 283 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 erweitert (Verweis auf Absatz 6 Satz 6). Aus Gründen der Automatisierung und Aufwandsreduktion von Prozessen ist von der Information über die Aufhebung des Bescheides oder der Bescheinigung durch den Medizinischen Dienst (MD) infolge der Mitteilung eines Krankenhauses, dass es ein Strukturmerkmal über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhält, abzusehen, wenn die von der Information umfassten Angaben und Unterlagen dem jeweiligen Empfänger in der Datenbank des MD Bundes zugänglich sind.

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

Zu Nummer 20f (§ 276)

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

Zu Nummer 20g (§ 278)

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

Zu Buchstabe t

Zu Nummer 21 (§ 279)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass die Amtszeitbegrenzung für Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes nur für gewählte Mitglieder gilt. Für als stellvertretende Mitglieder gewählte Personen gilt die Amtszeitbegrenzung nicht, unabhängig davon, ob es zu einem oder mehreren Vertretungsfällen kommt. Die Änderung soll die sich abzeichnenden Probleme bei der Nachbesetzung von Mitgliedern beheben.

Zu Doppelbuchstabe bb und Buchstabe b

Hier werden bereits im Gesetzentwurf enthaltene Änderungsbefehle wiedergegeben. Es gelten die Begründungstexte des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe c

Die Vorgabe zur Besetzung mindestens eines Vorstandspostens bei den Medizinischen Diensten mit einer Frau ergänzt die mit dem Zweiten Führungspositionen-Gesetz (FüPoG II) schon getroffenen Regelungen zur Stärkung des Frauenanteils in Leitungsfunktionen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Künftig muss im Vorstand eines Medizinischen Dienstes mindestens ein weibliches Vorstandsmitglied ernannt werden. Auf die Vorgabe einer Mindestvorgabe für männliche Vorstandsmitglieder wurde bei dem zweiköpfigen Vorstand im Hinblick auf vorhandenen Nachholbedarf sowie die notwendige Offenheit für nichtbinäre Personen verzichtet.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe u**Zu Nummer 21a (§ 280)**

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

Zu Nummer 21b (§ 282)**Zu Buchstabe a**

Die Vorgabe zur Besetzung mindestens eines Vorstandspostens beim Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) mit einer Frau ergänzt die mit dem Zweiten Führungspositionen-Gesetz (FüPoG II) schon getroffenen Regelungen zur Stärkung des Frauenanteils in Leitungsfunktionen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Künftig müssen bei den MD (s. Änderung zu § 279 Absatz 7) und beim MD Bund mindestens ein weibliches Vorstandsmitglied ernannt werden. Auf die Vorgabe einer Mindestvorgabe für männliche Vorstandsmitglieder wurde bei dem zweiköpfigen Vorstand im Hinblick auf vorhandenen Nachholbedarf sowie die notwendige Offenheit für nicht-binäre Personen verzichtet.

Zu Buchstabe b

Seit der Etablierung der unabhängigen Ombudspersonen bei den MD und beim MD Bund mit dem MDK-Reformgesetz im Jahr 2020 hat sich gezeigt, dass das Verständnis der Aufgabenstellung und -erledigung bei den einzelnen Ombudspersonen trotz wesentlicher Festlegungen in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Nummer 5 unterschiedlich ist. Auch die Tätigkeitsberichte der Ombudspersonen, die gegenüber den jeweiligen Verwaltungsräten der MD und den zuständigen Aufsichtsbehörden jährlich abzugeben sind (§ 278 Absatz 3 Satz 1), sind unterschiedlich gestaltet und bisher wenig vergleichbar. Vor diesem Hintergrund erhält die unabhängige Ombudsperson beim MD Bund mit dem neuen Satz 2 die Aufgabe, den Austausch und die Zusammenarbeit der Ombudspersonen bei den MD zu organisieren und zu koordinieren. Dadurch sollen der Erfahrungsaustausch und die Zusammenarbeit der Ombudspersonen institutionalisiert und mit dem Ziel einer einheitlicheren und effizienteren Aufgabenerfüllung fortentwickelt werden. Nähere Festlegungen zur Aufgabenwahrnehmung der unabhängigen Ombudspersonen regelt weiterhin die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Nummer 5, in deren Weiterentwicklung über die Ombudsperson beim MD Bund auch die Erfahrungen und Ergebnisse aus der Zusammenarbeit einfließen sollen. Teil der Aufgaben der Ombudsperson beim MD Bund ist es künftig darüber hinaus, im Rahmen der von ihr koordinierten Zusammenarbeit auf einheitlich strukturierte und besser vergleichbare Berichte der unabhängigen Ombudspersonen nach § 278 Absatz 3 Satz 1 hinzuwirken. Dafür kommen z. B. die Entwicklung einer standardisierten Gliederung sowie Mustertabellen für quantitative Berichtsteile in Betracht. Durch eine Änderung im neuen Satz 3 wird klargestellt, dass die Ombudsperson beim MD Bund in ihrem Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat des MD Bund sowie dem Bundesministerium für Gesundheit nicht nur über ihre eigene, sondern über die Tätigkeit aller Ombudspersonen der MD informiert. Um den bürokratischen Aufwand dieser Berichterstattung insbesondere zur Zusammenführung und Auswertung der Berichte der anderen unabhängigen Ombudspersonen zu reduzieren, muss die Ombudsperson beim MD Bund ihren Bericht künftig nur alle zwei Jahre abgeben. Dadurch können Entwicklungen z. B. von Beschwerdeschwerpunkten sogleich bezogen auf einen Zweijahreszeitraum dargestellt werden.

Zu Nummer 21c (§283)**Zu Buchstabe a**

Die Änderung in Absatz 1 Satz 1 konkretisiert die gesetzliche Rolle des MD Bund und trägt den gestiegenen Anforderungen an eine bundesweit einheitliche Aufgabenwahrnehmung Rechnung. Die bisherigen Aufgaben der Koordinierung und Förderung bleiben erhalten. Ergänzend wird die einrichtungsübergreifende Steuerung ausdrücklich als Aufgabe des MD Bund verankert. Sie bezieht sich auf die für die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste erforderliche einrichtungsübergreifende Ebene. Eine operative Steuerung der Durchführung der gesetzlichen Aufgaben innerhalb eines einzelnen Medizinischen Dienstes ist damit nicht verbunden. Mit der Änderung wird normiert, dass der MD Bund die Gewährleistungsverantwortung für die bundesweit einheitliche Aufgabenwahrnehmung trägt. Entsprechend wird auch die Richtlinienkompetenz

nach Absatz 2 konkretisiert. Die ausdrückliche Einbeziehung digitaler Fragen trägt dem Umstand Rechnung, dass eine bundesweit einheitliche Aufgabenwahrnehmung zunehmend von einer abgestimmten digitalen Architektur, einheitlichen Daten- und Schnittstellenstandards, interoperablen informationstechnischen Anwendungen sowie abgestimmten einrichtungsübergreifenden Abläufen abhängt. So können fachlich einheitliche Vorgaben ihre Wirkung nur entfalten, wenn auch die für ihre Umsetzung maßgeblichen einrichtungsübergreifenden digitalen Strukturen und Standards hinreichend einheitlich ausgestaltet sind. Die einrichtungsübergreifende Steuerung erfasst dabei ausschließlich solche Strukturen, Standards, Abläufe und Verfahrensweisen, deren übergreifende Ausgestaltung für die Zusammenarbeit oder die bundesweit einheitliche Aufgabenwahrnehmung erforderlich ist. Die organisatorische Eigenständigkeit der Medizinischen Dienste sowie die fachliche Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter bei medizinischen Entscheidungen im Einzelfall bleiben unberührt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung in der Nummer 9 stellt klar, dass der MD Bund im Bereich der Fort- und Weiterbildung Richtlinien erlassen kann, die über das Festlegen von Grundsätzen hinausgehen. Die bisherige Formulierung schränkt die Regelungskompetenz des MD Bund auf „Grundsätze“ ein und steht damit im Widerspruch zu dem gesetzgeberischen Ziel, durch bundesweit einheitliche Richtlinien eine qualitativ hochwertige, vergleichbare Begutachtungs- und Beratungstätigkeit der Medizinischen Dienste sicherzustellen. Fort- und Weiterbildung ist eine Querschnittsaufgabe, die unmittelbar sowohl eine einheitliche Begutachtung ermöglicht als auch die Qualität aller Begutachtungsleistungen beeinflusst. Qualität in der Begutachtung hängt nicht allein von fachlichen Standards der einzelnen Gutachterin oder des einzelnen Gutachters ab, sondern auch davon, ob Fort- und Weiterbildungsangebote strukturiert, einheitlich und überprüfbar ausgestaltet sind. Für eine verlässliche Steuerungswirkung braucht es Regelungen, die über allgemeine Grundsätze hinausgehen. Dabei generieren die vom MD Bund zu erlassenden Richtlinien die Grundlagen der Begutachtungen, aus denen die Inhalte der Fort- und Weiterbildung generiert werden.

Die Änderung in der Nummer 10 konkretisiert die Richtlinienkompetenz des MD Bund für die Zusammenarbeit und die einheitliche Aufgabenwahrnehmung und erstreckt sie ausdrücklich auch auf die Steuerung der hierfür erforderlichen einrichtungsübergreifenden Strukturen, Standards und Prozesse. Die Ergänzung stellt damit die erforderliche Verbindung zwischen der in Absatz 1 Satz 1 verankerten Steuerungs- und Gewährleistungsverantwortung und der Richtlinienkompetenz des MD Bund her und normiert, dass der MD Bund die hierfür erforderlichen Vorgaben auf der einrichtungsübergreifenden Ebene verbindlich festlegen kann. Erfasst werden ausschließlich solche organisatorischen, fachlich-technischen und digitalen Strukturen, Standards und Prozesse, deren Ausgestaltung für die bundesweit einheitliche Aufgabenwahrnehmung von Bedeutung ist. Hierzu gehören insbesondere übergreifende Organisations- und Entscheidungsstrukturen, gemeinsame oder aufeinander abgestimmte technische Architekturen, einheitliche fachlich-technische Standards sowie einrichtungsübergreifende Verfahrensstrukturen. Die Richtlinienkompetenz begründet keine Steuerungskompetenz für die interne Organisation der einzelnen MD. Die konkrete Ausgestaltung von Strukturen und Abläufen innerhalb eines einzelnen MD bleibt dessen Verantwortung, soweit hiervon weder einrichtungsübergreifende Strukturen, Standards oder Prozesse noch die bundesweit einheitliche Aufgabenwahrnehmung berührt werden. Die nähere Konkretisierung der Richtlinienkompetenz für die einrichtungsübergreifende digitale Steuerung erfolgt durch die neuen Sätze 4 bis 7.

Mit der Einfügung der Nummer 11 wird die Richtlinienkompetenz des MD Bund um die Befugnis ergänzt, im Benehmen mit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Richtlinien zu den digitalen Datenaustauschverfahren zwischen Medizinischen Diensten und insbesondere Krankenkassen sowie Leistungserbringern festzulegen. Die bisherigen Steuerungsmechanismen zur zeitgerechten Etablierung verbindlicher digitaler Standards bei den Medizinischen Diensten haben sich als unzureichend erwiesen. Unterschiedliche IT-Systeme, uneinheitliche Übermittlungswege und fehlende Prozessvorgaben führen zu erheblichen Effizienzverlusten. In der Richtlinie sind Vorgaben zu technischen Übermittlungsverfahren, Formaten, Schnittstellen, Übermittlungsfrequenzen oder qualitativen Anforderungen vorzusehen. Unter Berücksichtigung des Stands der Technik sind, insbesondere für die Kommunikation mit den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern das sichere Übermittlungsverfahren der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 zu nutzen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit der Änderung des Satzes 2 hat der Medizinische Dienst Bund in einem ersten Schritt innerhalb eines Jahres ab Inkrafttreten des Gesetzes eine Richtlinie für die Kommunikation zwischen den Medizinischen Diensten und den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern zu erlassen. Hierbei ist die Nutzung des sicheren Übermittlungsverfahrens der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 vorzusehen. Etwaige bestehende Systeme im stationären Bereich können fortgeführt und weiterentwickelt werden, sofern diese leistungsfähig und wirtschaftlich sind. Die Vorschriften zu der in Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank sowie die nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 erlassene Richtlinie bleiben unberührt. Die Standardisierung von Datenübermittlungen trägt zur Einheitlichkeit der digitalen Strukturen bei, befördert die Beschleunigung von Prozessen und leistet damit einen Beitrag zur digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Dadurch stärkt sie zugleich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung der Versicherten.

Mit Satz 3 wird die Verpflichtung des MD Bund normiert, in den in Satz 1 genannten fachlichen Richtlinien auch Regelungen zu einheitlichen und digitalen Prozessen zu treffen, die für die Umsetzung der jeweiligen Richtlinie erforderlich sind. Die Änderung betrifft die konkrete Umsetzung der jeweiligen fachlichen Richtlinie und ermöglicht es, die hierfür erforderlichen einheitlichen Verfahrensweisen auch unter Berücksichtigung digitaler Anforderungen festzulegen. Diese Kompetenz ist von der einrichtungsübergreifenden Richtlinienkompetenz nach Satz 1 Nummer 10 in Verbindung mit den neuen Sätzen 4 bis 7 zu unterscheiden, die den MD Bund zur einrichtungsübergreifenden Steuerung unabhängig von der Umsetzung einer einzelnen fachlichen Richtlinie befugt.

Die neuen Sätze 4 bis 7 konkretisieren die Richtlinienkompetenz nach Satz 1 Nummer 10. Sie bestimmen die wesentlichen Inhalte, die der MD Bund im Rahmen seiner Steuerungs- und Gewährleistungsverantwortung regeln kann. Die einrichtungsübergreifende Steuerung umfasst insbesondere die gemeinsame strategische Ausrichtung und die übergreifende Zielarchitektur. Die ausdrücklich genannten Daten-, Schnittstellen-, Interoperabilitäts- und Informationssicherheitsstandards bilden hierfür den gemeinsamen fachlich-technischen Rahmen. Bei der Regelung der einheitlichen Daten-, Schnittstellen-, Interoperabilitäts- und Informationssicherheitsstandards sind die verbindlichen Festlegungen der IOP-Governance-Verordnung zu berücksichtigen. Dabei ist dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Dies stellt sicher, dass der MD Bund bei der Festlegung der einheitlichen Standards nach Satz 3 nicht losgelöst von den bereits bestehenden Strukturen und Verfahren zur Sicherstellung von Interoperabilität im Gesundheitswesen agiert, sondern auf die hierfür bereits geschaffenen Instrumente des Zwölften Kapitels zurückgreift. Damit wird gewährleistet, dass die vom MD Bund vorgegebenen Standards mit den im Übrigen für das Gesundheitswesen geltenden Interoperabilitätsanforderungen kompatibel sind und keine Doppelstrukturen entstehen. Die Einbindung des Kompetenzzentrums für Interoperabilität stellt sicher, dass die besondere fachliche Expertise des Kompetenzzentrums bereits im Vorfeld der Standardsetzung durch den MD Bund einfließt und etwaige Abstimmungsbedarfe frühzeitig erkannt werden um andernfalls zu erwartende Mehraufwände zu reduzieren. Die Steuerungskompetenz ist auf die einrichtungsübergreifende Ebene beschränkt. Sie erfasst digitale Vorhaben und Anwendungen, soweit sie Aufgaben betreffen, die von den MD einheitlich wahrzunehmen sind. Erfasst sind damit insbesondere Aufgabenbereiche, für die nach Absatz 1 Satz 1 und den Richtlinien nach Absatz 2 eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung zu gewährleisten ist. Damit werden sowohl Vorhaben erfasst, die in mehreren MD für vergleichbare Aufgaben bereits eingesetzt oder entwickelt werden, als auch Vorhaben eines einzelnen MD, wenn ihre einrichtungsübergreifende Steuerung zur Sicherung der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung erforderlich ist. Die Befugnis zur Evaluation ermöglicht es dem MD Bund, die Zielerreichung, Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und einrichtungsübergreifende Eignung digitaler Vorhaben und Anwendungen nach einheitlichen Maßstäben zu bewerten und die Ergebnisse bei Entscheidungen über deren Fortführung, Weiterentwicklung, Bündelung oder Ablösung zu berücksichtigen.

Mit dem neuen Satz 6 wird der MD Bund befugt, in den Richtlinien festzulegen, für welche Aufgaben einrichtungsübergreifende digitale Lösungen entwickelt oder genutzt werden sollen. Dadurch können Entwicklungs- und Investitionsressourcen gebündelt und Doppelstrukturen vermieden werden, wenn gemeinsame Lösungen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit, Interoperabilität oder der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung sachgerecht sind. Rein interne Vorhaben und Anwendungen ohne Bedeutung für die einrichtungsübergreifende Aufgabenwahrnehmung verbleiben in der Verantwortung des jeweiligen MD.

Die Informationsübermittlungspflicht nach Satz 7 stellt sicher, dass der MD Bund die zur Wahrnehmung seiner Steuerungs- und Evaluationsaufgaben erforderlichen Kenntnisse über einrichtungsübergreifend relevante digitale Vorhaben und Anwendungen erhält. Sie ist auf die hierfür erforderlichen Informationen beschränkt und begründet

keine allgemeine Berichtspflicht zu sämtlichen informationstechnischen Aktivitäten der MD. Die Steuerungs- und Gewährleistungs-verantwortung des MD Bund besteht auch dann fort, wenn die MD Aufgaben der Planung, Entwicklung, Einführung oder des Betriebs informationstechnischer Lösungen auf von ihnen gebildete oder getragene gemeinsame Einrichtungen übertragen oder übertragen haben. Dem MD Bund obliegt – auch bei entsprechender Übertragung – die strategische Steuerung, die Festlegung der übergreifenden Zielarchitektur und einheitlicher Standards sowie die Bündelung, Priorisierung und Koordinierung einrichtungsübergreifend relevanter Vorhaben und Anwendungen. Die Entwicklung, technische Umsetzung, Einführung und der Betrieb informationstechnischer Lösungen können weiterhin durch die hierfür zuständigen gemeinsamen Einrichtungen oder andere beauftragte Stellen erfolgen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem durch das Krankenhausreformenpassungsgesetz vom 9. April 2026, BGBl. I 2026 Nr. 98, eingeführten § 275a Absatz 6 Satz 6 wurde der MD verpflichtet, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie den Verband der Privaten Krankenversicherung zu informieren, wenn er nach der Mitteilung eines Krankenhauses, dass es ein Strukturmerkmal über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhält, den ursprünglich erteilten Bescheid bzw. die Bescheinigung aufhebt. Damit in die vom MD Bund geführte Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 auch die Information nach § 275a Absatz 6 Satz 6 über die Aufhebung des Bescheides oder der Bescheinigung durch den MD aufgenommen werden kann, wird die Rechtsgrundlage in § 283 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 erweitert.

Zu Buchstabe v

Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung benötigen, um sich an die Telematikinfrastruktur anschließen zu können, Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen (SMC-B). Hierfür ist bislang noch keine ausgebende Stelle bestimmt. Um bereits bestehende Strukturen zu nutzen, soll die von den Ländern bereits zur Ausgabe von SMC-B an andere Berufsgruppen bestimmte Stelle, das elektронische Gesundheitsberuferegister (eGBR), auch die SMC-B an die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung ausgeben. Die Stellen, die bestätigen, dass eine Leistungserbringerinstitution berechtigt ist, eine Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen zu erhalten, sollen für die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sein.

Zu Buchstabe w

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

Zu Buchstabe x

Die Übergangsregelung lässt bestehende Amtszeiten unberührt und eröffnet aus Gründen des Vertrauensschutzes eine einmalige Wiederbestellung.

Zu Nummer 2

Zu Artikel 1a (Weitere Änderung des SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 33 SGB V)

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

lungsobergrenze in Höhe von 10 Euro normiert. In einer weiteren Regelung wird deren Anhebung auf 15 Euro ab dem 1. Januar 2027 vorgenommen.

Zu Nummer 2 (§ 87 SGB V)

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

Zu Nummer 3 (§ 223 SGB V)

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

Zu Artikel 1b (Weitere Änderung des SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 6 SGB V)

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

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

Zu Nummer 2 (§ 33 SGB V)

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

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

Zu Nummer 3 (§ 87 SGB V)

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

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

Zu Nummer 4 (§ 87a SGB V)

Im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung führen insbesondere die seit Jahren steigende Anzahl an extrabudgetär vergüteten Leistungen zu erheblichen Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Um weitere Kostensteigerungen zu vermeiden und die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung stabil zu halten, werden ab dem Jahr 2027 alle Leistungen mit Ausnahme der im neuen § 87d Absatz 1 genannten Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) überführt. Dies betrifft die Rückführung der im Zeitraum ab dem Kalenderjahr 2019 bereinigten Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen der offenen Sprechstunden erbracht worden sind, sowie die Überführung aller Leistungen, für die der Bewertungsausschuss eine Empfehlung zur

extrabudgetären Vergütung beschlossen hat und die nicht nach § 87d Absatz 1 weiterhin extrabudgetär vergütet werden, der in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) aufgenommenen Leistungen, für die zum Zeitpunkt der Verhandlungen über die MGV die Abrechnungsdaten von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen, sowie der Leistungen, die auf Landesebene von den Vertragspartnern als extrabudgetär zu vergüten vereinbart worden sind. Diese Leistungen werden mit ihrem nach sachlich-rechnerischer Prüfung anerkannten und nichtquotierten Punktzahlvolumen in die MGV überführt. Für die Durchführung der Rückbereinigung der Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen der offenen Sprechstunden erbracht worden sind, macht der Bewertungsausschuss entsprechende Vorgaben nach Maßgabe der gesetzlichen Anpassungsregeln der jeweiligen arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumen und getrennt für jedes Kalenderjahr.

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

Um eine Doppelfinanzierung von psychotherapeutischen Leistungen zu vermeiden, die ab dem Jahr 2027 erstmals außerhalb MGV vergütet werden, ist für diese Leistungen eine Bereinigung vorzunehmen. Dies betrifft insbesondere die im EBM abgebildeten Leistungen der Psychotherapeuten, die außerhalb der Richtlinien-therapie abgerechnet werden.

Im Übrigen werden redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Zu Nummer 5 (§ 87b SGB V)

Durch die Anpassung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Leistungen teilweise von unterschiedlichen Facharztgruppen erbracht werden können. Um zu vermeiden, dass eine Facharztgruppe das in die MGV eingebrachte Honorar künftig vollständig für andere Leistungen verwendet, haben die Vorgaben des Bewertungsausschuss auch vorzusehen, dass das Honorarvolumen leistungsgebunden ist und für alle Facharztgruppen zur Verfügung steht, die diese Leistung erbringen können. Eine Trennung nach der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung ist dabei nicht vorzunehmen. Dadurch wird eine sachgerechte und bedarfsorientierte Verteilung der Honorare gewährleistet.

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

Zu Nummer 6 (§ 87d SGB V)

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

Absatz 1 benennt explizit Leistungen, für die gesetzlich vorgeschrieben wird, dass diese Leistungen außerhalb der vereinbarten MGV und damit extrabudgetär und mit den vollen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Dies sind die nichtärztlichen Dialyseleistungen, Leistungen im EBM, für die noch keine Abrechnungsdaten von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen, Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit, Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung einschließlich spezifischer weiterer Leistungen, Leistungen der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie sowie Leistungen für Patienten, die den Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b des GBA entsprechen (vgl. § 2 KSVPsych-RL sowie § 2 KJ-KSVPsych-RL). Dabei sind nicht alle Leistungen der KSVPsych-RL bzw. der KJ-KSVPsych-RL extrabudgetär zu vergüten, sondern nur die psychotherapeutischen Leistungen, die unmittelbar gegenüber den Patienten erbracht werden. Weitere Leistungen, die Bestandteil der KSVPsych-RL bzw. der KJ-KSVPsych-RL sind, wie zum Beispiel die Koordinierung, die Vernetzung und Ähnliches, stellen keine psychotherapeutischen Leistungen dar und sind mithin in der MGV zu vergüten.

Ebenfalls extrabudgetär vergütet wird die psychotherapeutische Akutbehandlung entsprechend der Richtlinie des GBA nach § 92 Absatz 6a (Psychotherapie-Richtlinie). Voraussetzung ist, dass zuvor die Dringlichkeit einer entsprechenden Behandlung im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde festgestellt worden ist. Hierfür wird der GBA beauftragt, Regelungen in seiner Psychotherapie-Richtlinie zu treffen (vgl. § 92 Absatz 6a Satz 7). Zudem muss der Termin für diese Behandlung auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle zustande gekommen sein. Hierdurch wird der Anreiz für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhöht, ihre freien Termine für die Akutbehandlung an die Terminservicestelle zu melden, so dass der Zugang für die betroffenen Versicherten erleichtert wird.

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

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

Zu Nummer 7 (§ 115f SGB V)

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

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

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

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

Die Sätze 3 und 4 regeln die Vergütung von Sachkosten bei Hybrid-DRG-Leistungen ohne Übernachtung für das Jahr 2027. Für vertragsärztliche Leistungserbringer erfolgt die Vergütung von Sachkosten nach der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 und nach dem jeweiligen nach § 83 geschlossenem Gesamtvertrag. Grundsätzlich werden Sachkosten in der vertragsärztlichen Versorgung über das ärztliche Honorar oder den Sprechstundenbedarf vergütet. Auch Kosten für den Praxisbedarf und allgemeine Praxiskosten sind mit dem

ärztlichen Honorar bereits abgegolten und zählen nicht zu den Sachkosten. Bestimmte Medizinprodukte, Materialien und Auslagen gelten laut den allgemeinen Bestimmungen Punkt 7.3 und 7.4 des EBM jedoch explizit als gesondert berechnungsfähige Sachkosten, wenn diese weder in den Gebührenordnungspositionen enthalten, noch als Sprechstundenbedarf abrechenbar oder per Kassenrezept verordnungsfähig sind. Die Sachkosten im EBM unterteilen sich im Wesentlichen in gesondert berechnungsfähige Sachkosten (Einzelfallabrechnung), wie beispielsweise patientenbezogene Medizinprodukte, Implantate oder Einmalinstrumente (z. B. spezielle Katheter und Portsysteme, Prothesen und Spezialimplantate) sowie Kostenpauschalen für Sachkosten aus dem Kapitel 40. Die Berechnung und Abgeltung der Kosten für gesondert berechnungsfähige Sachkosten variieren regional und erfolgen nach Maßgabe der spezifischen Sachkostenvereinbarungen, die in der Regel Teil der Gesamtverträge nach § 83 zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sind.

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

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

Zu Nummer 8 (§ 130a Absatz 2)

Redaktionelle Anpassungen.

Zu Nummer 9 (§ 223)

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

Zu Nummer 10 (§ 231)

Als Folgeänderung zur eigenständigen Regelung der Beitragsbemessungsgrenze in § 223 Absatz 4 wird der Verweis auf die Beitragsbemessungsgrenze in § 231 angepasst.

Zu Nummer 11 (§ 232a)

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 12 (§ 275c)

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

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

Mit der Einführung einer neuen Prüfquotenklasse werden Krankenhäuser, die einen besonders hohen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen haben und bei denen folglich kaum Auffälligkeiten festzustellen sind, von Prüfungen entlastet. Auf Basis der bisherigen quartalsbezogenen Auswertungen zum Prüfquotensystem wird davon ausgegangen, dass circa 100 Krankenhäuser die neue Prüfquotenklasse erreichen werden. Bei jedem dieser Krankenhäuser werden in einem Jahr voraussichtlich 30 Krankenhausrechnungen weniger geprüft werden. Unter der Annahme, dass die Prüfung einer Rechnung für das Krankenhaus einen Zeitaufwand von einer Stunde verursacht, beläuft sich die jährliche Entlastung pro Krankenhaus auf ca. 1 000 Euro (Zeitaufwand: 30 Stunden, Lohnkostensatz Wirtschaftsabschnitt Q mittel: 34,20 Euro). In der Summe ergibt sich für die Krankenhäuser (Wirtschaft) somit insgesamt eine jährliche Entlastung von rund 100 000 Euro. Zudem ergeben sich jeweils für die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste Entlastungen (Verwaltung). Bei circa 3 000 eingesparten Prüfungen pro Jahr und einem Zeitaufwand je Prüfung von einer halben Stunde ergibt sich für die Krankenkassen insgesamt eine jährliche Entlastung in Höhe von 69 450 Euro (Zeitaufwand: 0,5 Stunden, Lohnkostensatz Sozialversicherung, gehobener Dienst: 46,30 Euro). Bei den Medizinischen Diensten ist wie bei den Krankenhäusern von einem Zeitaufwand von einer Stunde pro Prüfung auszugehen, sodass bei diesen eine jährliche Entlastung in Höhe von insgesamt 219 600 Euro erreicht wird (Zeitaufwand: 1 Stunde, Lohnkostensatz Sozialversicherung, höherer Dienst: 73,20 Euro).

Zu Nummer 3

Zu Artikel 2a

Zu Nummer 1 (§ 115f)

Zur Hebung bislang nicht realisierter Ambulantisierungspotenziale werden zum 1. Januar 2028 die Kurzzeit-fallpauschalen eingeführt, die gezielt die Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Behandlungen im Krankenhaus anreizen sollen. Die spezielle sektorengleiche Vergütung wird nach der im Jahr 2027 erfolgenden Überführung der Vergütung der ohne Übernachtung erbrachten Hybrid-DRG-Fälle auf das Vergütungsniveau ambulanter Leistungen ab dem Jahr 2028 gestrichen. Mit der Streichung des § 115f zum 1. Januar 2028 ergibt sich in der Folge, dass die Vertragsparteien im Jahr 2027 zu der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f keine Vereinbarungen, Anpassungen oder Beauftragungen mehr zu vereinbaren oder zu erteilen haben, die das Jahr 2028 betreffen, da diese im Jahr 2028 keinen Regelungsinhalt mehr haben. In der Folge finden auch die in Absatz 4 geregelten Schiedsmechanismen im Jahr 2027 keine Anwendung. Da die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 für das Jahr 2028 keine Anpassung der Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mehr vorzunehmen haben, sind auch die Vorgaben in Absatz 2 Satz 2 zur Höhe der mit der Auswahl zu erfassenden, bislang stationär erbrachten Fällen ab dem Jahr 2028 unbeachtlich.

Zu Nummer 2 (§ 139a)

Die Ergänzung in Nummer 8 erweitert den Aufgabenkatalog des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ausdrücklich um die Beteiligung an nationalen Projekten zur Zusammenarbeit und Weiterentwicklung im Bereich der evidenzbasierten Medizin. Hierdurch wird klargestellt, dass die qualifizierte Erfüllung der Institutsaufgaben die Einbeziehung in den nationalen Austausch über die Fortentwicklung der Grundlagen der evidenzbasierten Medizin erfordert. Auch auf nationaler Ebene wird die evidenzbasierte Medizin durch verschiedene Beteiligte weiterentwickelt. Die Möglichkeit der Beteiligung an solchen Projekten erweitert die wissenschaftliche Basis zur Stärkung der Evidenz in der medizinischen Versorgung.

In Nummer 9 wird mit der Übertragung der Aufgabe der Aufbereitung und Vermittlung medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse und Grundlagen der evidenzbasierten Medizin für Fachkreise und die Öffentlichkeit auf das IQWiG dessen gesetzlicher Aufgabenkatalog erweitert. Bisher stellt das IQWiG bei der Erfüllung der Aufgabe, für alle Bürgerinnen und Bürger verständliche allgemeine Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung bereit zu stellen, seine Arbeitsergebnisse der Öffentlichkeit auf seiner Website zur Verfügung und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

veröffentlicht allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen für alle Bürgerinnen und Bürger auf einer eigenen Website (www.gesundheitsinformation.de). Die Erweiterung des Aufgabenkatalogs ermöglicht die Aufbereitung und Bereitstellung von fachlichen Informationen an Wissenschaftler, Leistungserbringer und Angehörige der Gesundheitsfachberufe sowie die interessierte Öffentlichkeit, u. a. durch Veröffentlichungen, Vorträge und Beiträge in Zeitschriften sowie die Durchführung von Schulungen und Fachtagungen zu den Grundlagen und der Weiterentwicklung der evidenzbasierten Medizin. Damit wird eine Brücke in die Praxis geschlagen, um neues Wissen so schnell wie möglich im Versorgungsalltag zu etablieren. Zu-gleich werden die Handlungsmöglichkeiten des IQWiG bei der Vermittlung von medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnissen an die Öffentlichkeit im Vergleich zu Absatz 3 Nummer 7 ausgeweitet und die Möglichkeit der Durchführung von Veröffentlichungen, Vorträgen und Beiträgen in Zeitschriften sowie die Durchführung von Schulungen und Fachtagungen für Fachkreise rechtlich verankert. Dies stellt eine sinnvolle Erweiterung des bisherigen Aufgabenbereichs des IQWiG dar.

Diese Aufgabenerweiterungen sind erforderlich, um fachlich zusammenhängende Aufgabenbereiche innerhalb einer bestehenden wissenschaftlichen Institution zu bündeln und vorhandene Kompetenzen noch effizienter zu nutzen. Das IQWiG verfügt bereits über einschlägige methodische, wissenschaftliche und organisatorische Strukturen. Mit seinen umfangreichen Erfahrungen in der evidenzbasierten Medizin und der Aufbereitung gesundheitsbezogener Fragestellungen leistet das IQWiG bereits heute einen wesentlichen Beitrag zur Zukunftsfestigkeit unseres Gesundheitssystems. Die Übertragung von weiteren Aufgaben im Bereich der evidenz-basierten Medizin auf das IQWiG ermöglicht die Nutzung von Synergieeffekten und dient zugleich der ressourcenschonenden Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Diagnosestellung und Therapieentscheidung in Deutschland.

Zu Nummer 3 (§ 139b)

Absatz 7 begründet eine Ermächtigung für das Institut, sich auch außerhalb von Beauftragungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Bundesministeriums für Gesundheit mit der Beteiligung an nationalen und internationalen Projekten zur Zusammenarbeit und Weiterentwicklung im Bereich der evidenzbasierten Medizin sowie der Aufbereitung und Vermittlung medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse an Fachkreise und die Öffentlichkeit zu befassen. Die Inhalte dieser Arbeit und die Ergebnisse sind allein vom Institut zu verantworten. Dabei ist eine Selbstbefassung des Instituts im Umfang von bis zu 2,5 Prozent der jährlich zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel zulässig. Diese Konkretisierung ist erforderlich, um sicherzustellen, dass die hiermit verbundenen Tätigkeiten nur im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel erfolgen, ohne die vorrangige und zeitgerechte Bearbeitung von Aufträgen des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Bundesministeriums für Gesundheit zu gefährden. Legitimiert durch das Selbstbefassungsrecht kann das Institut Themen aus eigener Initiative aufgreifen und bearbeiten. Die Pflicht der Institutsleitung, den Stiftungsvorstand regelmäßig über die Selbstbefassung zu informieren, sichert die ordnungsgemäße Geschäftsführung des Instituts. Der Vorstand ist jedenfalls im Rahmen der turnusmäßigen Vorstandssitzungen zu informieren sowie darüber hinaus in den Fällen, bei denen Aufgaben nach § 139a Absatz 3 Nummer 8 und 9 erstmalig übernommen oder in nicht nur geringfügigem Ausmaß erweitert werden, eine wesentliche Haushaltsrelevanz aufweisen und nicht bereits durch eine vorhergehende Zustimmung des Stiftungsvorstands gedeckt sind. Eine wesentliche Haushaltsrelevanz ist regelmäßig anzunehmen, wenn Aufwendungen über 100 000 Euro netto verausgabt werden. Dies soll ermöglichen, dass bereits in einem frühen Stadium der Bearbeitung Anregungen zu den wesentlichen Selbstbefassungstätigkeiten an das Institut herangetragen werden können. Zudem ist über den Stiftungsvorstand der Informationsfluss zu den Inhalten der Selbstbefassung zu den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses und zum Bundesministerium für Gesundheit sichergestellt. Soweit die Ergebnisse aus der Befassung mit Aufgaben nach § 139a Absatz 3 Nummer 8 und 9 zur Veröffentlichung vorgesehen sind, muss der Entwurf der Veröffentlichung dem Institut vor der Veröffentlichung dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Kenntnis geben werden. Die Kenntnisgabe durch das Institut hat so frühzeitig vor der Veröffentlichung zu erfolgen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in der Lage ist, den entsprechenden Entwurf in seine Beratungen einfließen zu lassen oder sich zeitnah in geeigneter Art und Weise dazu zu positionieren. Dabei handelt es sich nicht um eine Abnahme im Rechtssinn, sondern das Recht zur Kenntnisnahme vor Veröffentlichung. Aus dieser Vorlagepflicht folgt daher auch keine Verpflichtung für das Institut, Ergebnisse aus der Befassung mit Aufgaben nach § 139a Absatz 3 Nummer 8 und 9 vor Veröffentlichung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss freigeben zu lassen.

Zu Artikel 2b

Zu Nummer 1 (§ 44 SGB V)

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Zu Nummer 2 (§ 44c SGB V)

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

Zu Nummer 4

Zu Artikel 3

Zu Nummer 1

Die Ombudspersonen der Medizinischen Dienste (MD) sind unabhängige und vertrauliche Anlaufstellen für Beschwerden über die Tätigkeit der MD. Sie sind jedoch nicht befugt, Leistungsentscheidungen der Kranken- oder Pflegekassen zu überprüfen oder abzuändern.

Die geltenden Hinweispflichten führen in der Praxis zu Unklarheiten über die Abgrenzung zwischen dem Widerspruch gegen einen Leistungsbescheid und einer Beschwerde bei der Ombudsperson. Ein erheblicher Anteil der Inanspruchnahme der Ombudspersonen entfällt auf Widerspruchsanliegen. Dies führt zu vermeidbaren Verzögerungen und zusätzlichem Bearbeitungsaufwand. Die Ombudsstellen müssen die Eingaben zunächst rechtlich und inhaltlich einordnen, die Versicherten über die Zuständigkeit der Kranken- oder Pflegekasse so-wie die maßgeblichen Fristen informieren und gegebenenfalls eine Weiterleitung veranlassen. Zugleich besteht keine einheitliche Praxis hinsichtlich der Weiterleitung fehlgeleiteter Widersprüche. Die Einführung einer Informationspflicht der Pflegekasse über die geeigneten Anwendungsfälle der Beschwerdemöglichkeit trägt zu einer klaren Trennung zwischen Rechtsbehelfs- und Beschwerdeverfahren bei. Die Pflegekasse soll durch eine möglichst bürgerfreundliche Formulierung unter Angabe von plastischen Beispielsfällen zur Orientierung des Antragstellers beitragen und helfen, Irrtümer über die Aufgaben der Ombudspersonen zu vermeiden. Besonders im Bereich der Pflegebegutachtung kann eine Beschwerde über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes aus der Sicht der Antragstellerinnen oder Antragsteller sinnvoll sein. Aufgrund des engen Kontaktes zwischen Gutachterin oder Gutachter und Antragstellerin oder Antragsteller in der Begutachtungssituation wird diese häufig als zusätzliche Belastung empfunden. Daher sollen die Gutachterinnen und Gutachter nach Möglichkeit den Aufwand und die Belastung für die Betroffenen so gering wie möglich halten und die Begutachtung in einer wertschätzenden und respektvollen Weise durchführen. Der Hinweis auf die Beschwerdemöglichkeit ist in diesem Bereich entsprechend von besonderer Bedeutung. Die Aufgaben der Ombudspersonen und die Möglichkeit, sich vertraulich an sie zu wenden, bleiben unberührt.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Die Änderung in Absatz 1 Satz 1 konkretisiert die gesetzliche Rolle des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) und trägt den gestiegenen Anforderungen an eine bundesweit einheitliche Aufgabenwahrnehmung Rechnung. Die bisherigen Aufgaben der Koordinierung und Förderung bleiben erhalten. Ergänzend wird die einrichtungsübergreifende Steuerung ausdrücklich als Aufgabe des MD Bund verankert. Sie bezieht sich auf die für die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste erforderliche einrichtungsübergreifende Ebene. Eine operative Steuerung der Durchführung der gesetzlichen Aufgaben innerhalb eines einzelnen Medizinischen Dienstes ist damit nicht verbunden. Mit der Änderung wird normiert, dass der MD Bund die Gewährleistungsverantwortung für die bundesweit einheitliche Aufgabenwahrnehmung trägt. Entsprechend wird auch die Richtlinienkompetenz nach Absatz 2 konkretisiert. Die ausdrückliche Einbeziehung digitaler Fragen trägt dem Umstand Rechnung, dass eine bundesweit einheitliche Aufgabenwahrnehmung zunehmend von einer abgestimmten digitalen Architektur, einheitlichen Daten- und Schnittstellenstandards, interoperablen informationstechnischen Anwendungen sowie abgestimmten einrichtungsübergreifenden Abläufen abhängt. So können fachlich einheitliche Vorgaben ihre Wirkung nur entfalten, wenn auch die für ihre Umsetzung maßgeblichen einrichtungsübergreifenden digitalen Strukturen und Standards hinreichend einheitlich ausgestaltet sind. Die einrichtungsübergreifende Steuerung erfasst dabei ausschließlich solche Strukturen, Standards, Abläufe und Verfahrenswei-

sen, deren übergreifende Ausgestaltung für die Zusammenarbeit oder die bundesweit einheitliche Aufgabenwahrnehmung erforderlich ist. Die organisatorische Eigenständigkeit der Medizinischen Dienste sowie die fachliche Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter bei medizinischen Entscheidungen im Einzelfall bleiben unberührt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die Änderung in der Nummer 6 stellt klar, dass der MD Bund im Bereich der Fort- und Weiterbildung Richtlinien erlassen kann, die über das Festlegen von Grundsätzen hinausgehen. Die bisherige Formulierung schränkt die Regelungskompetenz des MD Bund auf „Grundsätze“ ein und steht damit im Widerspruch zu dem gesetzgeberischen Ziel, durch bundesweit einheitliche Richtlinien eine qualitativ hochwertige, vergleichbare Begutachtungs- und Beratungstätigkeit der Medizinischen Dienste sicherzustellen. Fort- und Weiterbildung ist eine Querschnittsaufgabe, die beispielsweise unmittelbar sowohl eine einheitliche Begutachtung ermöglicht als auch die Qualität aller Begutachtungsleistungen beeinflusst. Qualität in der Begutachtung hängt nicht allein von fachlichen Standards der einzelnen Gutachterin oder des einzelnen Gutachters ab, sondern auch davon, ob Fort- und Weiterbildungsangebote strukturiert, einheitlich und überprüfbar ausgestaltet sind. Für eine verlässliche Steuerungswirkung braucht es Regelungen, die über allgemeine Grundsätze hinausgehen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Die Änderung in Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 konkretisiert die Richtlinienkompetenz MD Bund für die Zusammenarbeit und die einheitliche Aufgabenwahrnehmung und erstreckt sie ausdrücklich auch auf die Steuerung der hierfür erforderlichen einrichtungsübergreifenden Strukturen, Standards und Prozesse. Die Ergänzung stellt damit die erforderliche Verbindung zwischen der in Absatz 1 Satz 1 verankerten Steuerungs- und Gewährleistungsverantwortung und der Richtlinienkompetenz des MD Bund her und normiert, dass der MD Bund die hierfür erforderlichen Vorgaben auf der einrichtungsübergreifenden Ebene verbindlich festlegen kann. Erfasst werden ausschließlich solche organisatorischen, fachlich-technischen und digitalen Strukturen, Standards und Prozesse, deren Ausgestaltung für die bundesweit einheitliche Aufgabenwahrnehmung von Bedeutung ist. Hierzu gehören insbesondere übergreifende Organisations- und Entscheidungsstrukturen, gemeinsame oder aufeinander abgestimmte technische Architekturen, einheitliche fachlich-technische Standards sowie einrichtungsübergreifende Verfahrensstrukturen. Die Richtlinienkompetenz begründet keine Steuerungskompetenz für die interne Organisation der einzelnen Medizinischen Dienste. Die konkrete Ausgestaltung von Strukturen und Abläufen innerhalb eines einzelnen Medizinischen Dienstes bleibt in dessen Verantwortung, soweit hiervon weder einrichtungsübergreifende Strukturen, Standards oder Prozesse noch die bundesweit einheitliche Aufgabenwahrnehmung berührt werden. Die nähere Konkretisierung der Richtlinienkompetenz für die einrichtungs-übergreifende digitale Steuerung erfolgt durch die neuen Sätze 6 bis 8 des Absatzes 2.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die neuen Sätze 6 bis 9 des Absatzes 2 konkretisieren die Richtlinienkompetenz nach Satz 1 Nummer 7. Sie bestimmen die wesentlichen Inhalte, die der MD Bund im Rahmen seiner Steuerungs- und Gewährleistungsverantwortung regeln kann. Die einrichtungsübergreifende Steuerung umfasst insbesondere die gemeinsame strategische Ausrichtung und die übergreifende Zielarchitektur. Die ausdrücklich genannten Daten-, Schnittstellen-, Interoperabilitäts- und Informationssicherheitsstandards bilden hierfür den gemeinsamen fachlich-technischen Rahmen. Bei der Regelung der einheitlichen Daten-, Schnittstellen-, Interoperabilitäts- und Informationssicherheitsstandards sind die verbindlichen Festlegungen der IOP-Governance-Verordnung zu berücksichtigen und ist dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Dies stellt sicher, dass der Medizinische Dienst Bund bei der Festlegung der einheitlichen Standards nach Satz 6 nicht losgelöst von den bereits bestehenden Strukturen und Verfahren zur Sicherstellung von Interoperabilität im Gesundheitswesen agiert, sondern auf die hierfür bereits geschaffenen Instrumente des Zwölften Kapitels des SGB V zurückgreift. Damit wird gewährleistet, dass die vom Medizinischen Dienst Bund vorgegebenen Standards mit den im Übrigen für das Gesundheitswesen geltenden Interoperabilitätsanforderungen kompatibel sind und keine Doppelstrukturen entstehen. Die Einbindung des Kompetenzzentrums für Interoperabilität stellt sicher, dass die besondere fachliche Expertise des Kompetenzzentrums bereits im Vorfeld der Standardsetzung durch

den Medizinischen Dienst Bund einfließt und etwaige Abstimmungsbedarfe frühzeitig erkannt werden um an- dernfalls zu erwartende Mehraufwände zu reduzieren.

Die Steuerungskompetenz des MD Bund aufgrund der Richtlinienermächtigung ist auf die einrichtungsüber- greifende Ebene beschränkt. Sie erfasst digitale Vorhaben und Anwendungen, soweit sie Aufgaben betreffen, die von den Medizinischen Diensten einheitlich wahrzunehmen sind. Erfasst sind damit insbesondere Aufgabenbereiche, für die nach Absatz 1 Satz 1 eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung zu gewährleisten ist. Damit werden sowohl Vorhaben erfasst, die in mehreren Medizinischen Diensten für vergleichbare Aufgaben bereits eingesetzt oder entwickelt werden, als auch Vorhaben eines einzelnen Medizinischen Dienstes, wenn ihre ei- richtungsübergrei- fende Steuerung zur Sicherung der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung erforderlich ist. Die Befugnis zur Eva- luation ermöglicht es dem MD Bund, die Zielerreichung, Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und einrichtungsüber- greifende Eignung digitaler Vorhaben und Anwendungen nach einheitlichen Maßstäben zu bewerten und die Er- gebnisse bei Entscheidungen über deren Fortführung, Weiterentwicklung, Bündelung oder Ablösung zu berück- sichtigen.

Mit dem neuen Satz 8 wird der MD Bund befugt festzulegen, für welche Aufgaben einrichtungsübergreifende digitale Lösungen entwickelt oder genutzt werden sollen. Dadurch können Entwicklungs- und Investitionsres- sourcen gebündelt und Doppelstrukturen vermieden werden, wenn gemeinsame Lösungen aus Gründen der Wirt- schaftlichkeit, Interoperabilität oder der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung sachgerecht sind. Rein in-terne Vorhaben und Anwendungen ohne Bedeutung für die einrichtungsübergreifende Aufgabenwahrnehmung verblei- ben in der Verantwortung des jeweiligen Medizinischen Dienstes.

Die Informationsübermittlungspflicht nach Satz 9 stellt sicher, dass der MD Bund die zur Wahrnehmung seiner Steuerungs- und Evaluationsaufgaben erforderlichen Kenntnisse über einrichtungsübergreifend relevante digitale Vorhaben und Anwendungen erhält. Sie ist auf die hierfür erforderlichen Informationen beschränkt und begründet keine allgemeine Berichtspflicht zu sämtlichen informationstechnischen Aktivitäten der Medizinischen Dienste. Die Steuerungs- und Gewährleistungsverantwortung des MD Bund besteht auch dann fort, wenn die Medizini- schen Dienste Aufgaben der Planung, Entwicklung, Einführung oder des Betriebs informations-technischer Lö- sungen auf von ihnen gebildete oder getragene gemeinsame Einrichtungen übertragen oder bereits übertragen haben. Dem MD Bund obliegt – auch bei entsprechender Übertragung - die strategische Steuerung, die Festlegung der übergreifenden Zielarchitektur und einheitlicher Standards sowie die Bündelung, Priorisierung und Koordi- nierung einrichtungsübergreifend relevanter Vorhaben und Anwendungen. Die Entwicklung, technische Umset- zung, Einführung und der Betrieb informationstechnischer Lösungen können weiterhin durch die hierfür zustän- digen gemeinsamen Einrichtungen oder andere beauftragte Stellen erfolgen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstaben aa und bb

Mit Anfügung der Nummer 8 in Satz 1 wird die Richtlinienkompetenz des Medizinischen Dienstes Bund um die Befugnis ergänzt, bundesweit einheitliche Vorgaben zu den digitalen Datenaustauschverfahren zwischen Medi- zinischen Diensten und insbesondere Pflegekassen sowie Leistungserbringern festzulegen. Die Ergänzung erfolgt mit dem Ziel, auch im Bereich der sozialen Pflegeversicherung digitale Standards für den Datenaus- tausch der Medizinischen Dienste verbindlich zu verankern.

In der Richtlinie sind Vorgaben zu technischen Übermittlungsverfahren, Formaten, Schnittstellen, Übermittlungs- frequenzen oder qualitativen Anforderungen vorzusehen. Unter Berücksichtigung des Standes der Technik sollen etablierte Anwendungen der Telematik-Infrastruktur vorrangig genutzt werden. Die Vorschriften zu der in § 114 Absatz 1a genannten Datenbank bleiben unberührt. Etwaige bestehende Systeme können fortgeführt und weiter- entwickelt werden, sofern diese leistungsfähig und wirtschaftlich sind.

Die Standardisierung von Datenübermittlungen trägt zur Einheitlichkeit von digitalen Strukturen bei, befördert die Beschleunigung von Prozessen und leistet damit einen Beitrag zur digitalen Transformation im Gesundheits- wesen. Dadurch stärkt sie zugleich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung der Versicherten.

Zu Buchstabe d

Mit der Änderung in Absatz 4 wird der MD Bund dazu angehalten, in den in den Absätzen 2 und 3 genannten fachlichen Richtlinien auch Regelungen zu einheitlichen und digitalen Prozessen zu treffen, die für die Umsetzung der jeweiligen Richtlinie erforderlich sind. Die Änderung betrifft die konkrete Umsetzung der jeweiligen fachli-

chen Richtlinie und ermöglicht es, die hierfür erforderlichen einheitlichen Verfahrensweisen auch unter Berücksichtigung digitaler Anforderungen festzulegen. Diese Kompetenz ist von der einrichtungsübergreifenden Steuerungskompetenz nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 in Verbindung mit den neuen Sätzen 6 bis 8 zu unterscheiden, die den MD Bund zur einrichtungsübergreifenden Steuerung unabhängig von der Umsetzung einer einzelnen fachlichen Richtlinie befugt.

Zu Buchstabe e

Der neue Absatz 5 entspricht § 283 Absatz 2 Satz 9 und 10 SGB V und soll die Kompetenzen des MD Bund nach SGB V und SGB XI harmonisieren.

Zu Nummer 3

Es handelt sich hier um eine Folgeänderung aufgrund der neu eingefügten Richtlinienkompetenz nach § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummer 8. Das Nähere, wie insbesondere begründete Ausnahmen von der Nutzung der Telemedizininfrastruktur in besonderen Fallkonstellationen, soll der Medizinische Dienst Bund durch Richtlinie regeln.

Zu Nummer 5

Zu Artikel 3a (KHG)

Zu Nummer 1 (§ 6a)

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

Zu Nummer 2 (§ 17b)

Im Zuge der Abschaffung der Hybrid-DRGs zum Jahresende 2027 und der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen zum Jahresbeginn 2028 wird § 17b Absatz 2a Satz 8 KHG neu gefasst. Auch nach Abschaffung der Hybrid-DRGs ab dem 1. Januar 2028 ist routinemäßig und mit geringem Aufwand durch einen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zertifizierten Grouper eine Zuordnung vorzunehmen, ob eine Leistung nach dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen, stationärer Eingriffe und stationärer Behandlungen nach § 115b SGB V oder über eine Kurzzeitfallpauschale abzurechnen ist. Nach Satz 9 haben die Vertragsparteien zu gewährleisten, dass durch die Änderung der Vergütungshöhe für stationäre Krankenhausleistungen von den Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V im Jahr 2027 zu der Vergütung über Kurzzeitfallpauschalen im Jahr 2028 keine Mehrausgaben für die Kostenträger entstehen. Sofern den Vertragsparteien auf Bundesebene die erforderlichen Daten aus dem Jahr 2027 zur Anpassung der Ausgangsgrundlage für die Vergütung von Kurzzeitfallpauschalen für das Jahr 2028 noch nicht umfassend vorliegen, sind diese zu schätzen und bei Bedarf sind nach Vorliegen der erforderlichen Daten die Schätzungen in den Folgejahren zu korrigieren.

Zu Nummer 3 (§ 28)

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

Zu Nummer 4 (§ 38)

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

Zu Artikel 3b (KHEntgG)

Zu Nummer 1 (§ 6c)

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

Zu Absatz 1

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

Leistungen einer in § 115g Absatz 1 Satz 1 SGB V genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung zu berücksichtigen sind.

Die Änderungen in Satz 2 betreffen die folgenden Aspekte:

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

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

Zu Absatz 2

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

Zu den Absätzen 3 und 4

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

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

Der bisherige Absatz 6 wird inhaltsgleich zum neuen Absatz 4.

Zu Absatz 5

Aufgrund der Streichung bzw. Ersetzung der bisherigen Absätze 3 und 4 und der dadurch bedingten Neunummerierung wird der bisherige Absatz 7 mit Regelungen zur Abrechnung der Entgelte zum neuen Absatz 5. Die bisherige Bezeichnung der abzurechnenden Entgelte als krankenhausesindividuelle Tagesentgelte wird entsprechend der Neufassung des Absatzes 1 gestrichen.

Zu Nummer 2 (§ 7)

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

Zu Nummer 3 (§ 8)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Absatz 13

Für nicht-universitäre Krankenhäuser werden dauerhaft 450 Millionen Euro jährlich durch einen Rechnungszuschlag gewährt. Gemäß den Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2024 rund 18,3 Millionen voll- und teilstationäre Krankenhaufälle gezählt, davon rund 2,0 Millionen Fälle in den Hochschulkliniken. Zur Festlegung der Zuschlagshöhe werden vereinfachend pauschal rund 18,5 Millionen voll- und teilstationären Krankenhaufälle unterstellt, davon rund 2,0 Millionen voll- und teilstationäre Fälle in den Hochschulkliniken. Rechnerisch ergibt sich somit ein Zuschlag von 27,30 Euro auf jeden Krankenhaufall, der nicht in Hochschulkliniken behandelt wird.

Zu Absatz 14

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

Zu Nummer 4 (§ 9)

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

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

Zu Nummer 5 bis 7 (§§ 14, 18, 21)

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

Zu Artikel 3c (§ 8 der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Absatz 8

Mit dem neuen § 8 Absatz 8 wird für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser die für somatische Krankenhäuser vorgesehene Regelung des neuen § 8 Absatz 13 KHEntgG nachvollzogen. Der Rechnungs-

zuschlag ist auch für voll- oder teilstationäre Behandlungen zu erheben, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V erfolgen.

Zu Absatz 9

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

Zu Nummer 6 (Artikel 5 – Arzneimittelgesetz)

Ärztinnen und Ärzte in einem Integrierten Notfallzentrum oder einem Integrierten Notfallzentrum für Kinder und Jugendlichen nach § 123 Absatz 1 Satz 1 beziehungsweise § 123b Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Ärztinnen und Ärzte, die im Notdienst Patientinnen und Patienten nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufsuchend versorgen, dürfen nach der vorgesehenen Regelung Arzneimittel für den akuten Bedarf an Patientinnen und Patienten abgeben, wenn eine Therapie sofort begonnen werden muss, beispielsweise eine Antibiotikatherapie oder eine Schmerztherapie, und die erforderliche Versorgung der Patientin oder des Patienten eine Verzögerung durch den Bezug des Arzneimittels über eine öffentliche Apotheke nicht erlaubt. Die Regelung gilt für Ärztinnen und Ärzte aller Einheiten integrierter Notfallzentren, die nach den §§ 123a und 123b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingerichtet werden, also insbesondere für die davon umfassten Notdienstpraxen und Notaufnahmen. Eine Abgabe darf nur dann erfolgen, wenn diese außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von Apotheken erfolgt, oder wenn im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Die mögliche Abgabemenge ist beschränkt auf eine zur Überbrückung benötigte Menge, wobei die Menge die kleinste Packungsgröße nicht überschreiten darf. Dies ermöglicht eine therapiegerechte auf die jeweilige Situation abgestimmte Versorgung der Patientinnen und Patienten. Damit wird eine eng begrenzte, unmittelbare Arzneimittelversorgung sichergestellt.

Zu Nummer 7 (Artikel 6 - Medizinprodukte-Abgabeverordnung)

Neben Ärztinnen und Ärzten in einem Integrierten Notfallzentrum oder einem Integrierten Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche nach § 123 Absatz 1 Satz 1 beziehungsweise § 123b Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) dürfen nach der vorgesehenen Regelung auch Ärztinnen und Ärzte, die Patientinnen und Patienten im Notdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 SGB V aufsuchend versorgen, bei der Notfallversorgung apothekenpflichtige Medizinprodukte für den akuten Bedarf an Patientinnen und Patienten abgeben, wenn eine Therapie sofort begonnen werden muss und die erforderliche Versorgung der Patientin oder des Patienten eine Verzögerung durch den Bezug des Medizinprodukts über eine öffentliche Apotheke nicht erlaubt. Die Regelung gilt für Ärztinnen und Ärzte aller Einheiten integrierter Notfallzentren, die nach den §§ 123a und 123b SGB V eingerichtet werden, also insbesondere für die davon umfassten Notdienstpraxen und Notaufnahmen. Eine Abgabe darf nur dann erfolgen, wenn diese außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von Apotheken erfolgt, oder wenn im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.

Zu Nummer 8 (Artikel 7 Nummer 2)

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen.

Zu Nummer 9 (Artikel 8 – Änderung des Betäubungsmittelgesetzes)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen, mit denen die Inhaltsübersicht angepasst wird.

Zu Buchstabe b

Bei der Regelung in Nummer 3 handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung der Überschrift des Vierten Abschnitts.

Die Regelung in Nummer 4 entspricht inhaltlich weitgehend der neuen Regelung des § 133i SGB V (vgl. zu Nummer 1 Buchstabe q Doppelbuchstabe ii), Anknüpfungspunkt ist eine festgestellte oder vermutete Vergiftung durch ein Betäubungsmittel.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Strafverfolgungsbehörden von Bund und Ländern erhalten ebenfalls eine Berechtigung, relevante Daten an durch die Länder benannte Stellen des Monitoring- und Frühwarnsystems NEWS zu übermitteln, wenn als Vergiftungsursache Betäubungsmittel vermutet oder festgestellt werden.

Strafverfolgungsbehörden können insbesondere Hinweise zu Todesfällen beispielsweise nach dem missbräuchlichen Konsum von Betäubungsmitteln übermitteln. Darüber hinaus können sie Angaben zu für die festgestellte oder vermutete Vergiftung ursächlichen Betäubungsmitteln übermitteln.

Eine Datenübermittlung ist auch dann möglich, wenn sich der Verdacht auf den missbräuchlichen Konsum eines bestimmten Betäubungsmittels bezieht. Begründete Anhaltspunkte für den Verdacht, dass ein bestimmtes Betäubungsmittel konsumiert worden ist, sind ausreichend, beispielsweise aufgefundene Reste von Substanzen oder Auskünfte einer beim Konsum anwesenden Person.

Durch die ermöglichte Frühwarnung von Konsumierenden können im Rahmen der präventiven Gefahrenabwehr durch Strafverfolgungsbehörden Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz verhindert werden.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelung in § 25 BtMG für Strafverfolgungsbehörden der Länder ergibt sich aus Art. 74 Nummer 19 Grundgesetz (Recht der Betäubungsmittel und der Gifte) sowie Art. 74 Nummer 1 Grundgesetz (Strafrecht).

Zu Nummer 10 (Artikel 9a und 9b)

Zu Artikel 9a (Änderung des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes)

§ 6 Absatz 1 NpSG entspricht dem bisherigen § 6 NpSG.

Die Regelung in § 6 Absatz 2 NpSG entspricht inhaltlich der Regelung des § 25 BtMG, Anknüpfungspunkt sind festgestellte oder vermutete Vergiftungen durch einen neuen psychoaktiven Stoff im Sinne des § 2 Nummer 1 des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes.

Durch die ermöglichte Frühwarnung von Konsumierenden können im Rahmen der präventiven Gefahrenabwehr durch Strafverfolgungsbehörden Verstöße gegen das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz verhindert werden.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelung in § 6 Absatz 2 NpSG für Strafverfolgungsbehörden der Länder ergibt sich aus Art. 74 Nummer 19 Grundgesetz (Recht der Betäubungsmittel und der Gifte) sowie Art. 74 Nummer 1 Grundgesetz (Strafrecht).

Zu Artikel 9b (Änderung der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung)

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

Zu Nummer 11 (Artikel 10)

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass es sich um Akutfälle im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch handelt.

Im Übrigen handelt es sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 12 (Artikel 10a bis 10o)

Zu Artikel 10a (Änderung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes)

Zu Nummer 1

Artikel 1 Nummer 5 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes entfällt aufgrund der Neuregelung von § 6 Absatz 1 sowie 6 bis 8 des Fünften Buches in diesem Gesetz.

Die zur Einführung der Teil-Arbeitsunfähigkeit erlassenen Regelungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe a und 17 werden gestrichen, da die dort enthaltenen Regelungen zu §§ 44

Absatz 1a und 44c des Fünften Buches mit diesem Gesetz redaktionell leicht angepasst mit Inkrafttreten am 1. Juli 2028 neu erlassen werden.

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

Artikel 1 Nummer 62 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes entfällt aufgrund der Neuformulierung von § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches in diesem Gesetz.

Artikel 1 Nummer 66 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes entfällt infolge der Neufassung des § 275c Absatz 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in diesem Gesetz.

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

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

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

Zu Nummer 2 (Artikel 8 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes)

Zu Absatz 2

Infolge der Streichung von Artikel 1 Nummer 5 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes bedarf auch dessen Inkrafttreten keiner Regelung mehr und wird gestrichen.

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

Infolge der Streichung von Artikel 1 Nummer 62 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes bedarf auch dessen Inkrafttreten keiner Regelung mehr und wird gestrichen.

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

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

Zu Absatz 3

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

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

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

Zu Absatz 4

Um rechtlich und technisch notwendige Anpassungen aufgrund der Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit und eines teilweisen Krankengeldes ermöglichen zu können, wird das Inkrafttreten der Regelungen in Artikel 1 Nummer 18 Buchstabe a, 19 und 68 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa sowie in Artikel 6 Nummer 0 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vom 1. Juli 2027 auf den 1. Juli 2028 verschoben.

Artikel 7 Nummer 1 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes soll ebenfalls erst zum 1. Juli 2028 in Kraft treten. Es bedarf der Aufnahme des Verweises auf § 44 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Teilkrankengeldanspruch) erst zum 1. Juli 2028. Der Verweis auf § 44 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Beratungsanspruch) soll bereits zum 1. Januar 2027 gelten, da Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe c des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (§ 44 Absatz 4 SGB V) zu diesem Zeitpunkt in Kraft tritt. Es bedarf hierzu einer gesonderten Regelung, die in Artikel 15 Nummer 2 verfolgt wird.

Zu Artikel 10b (Änderung des SGB III)

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

Zu Artikel 10c (Änderung des SGB IV)

Zu Nummer 1 (§ 35a SGB IV)

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

Zu Nummer 2 (§ 95c SGB IV)

Rechtsförmliche Korrektur des Änderungsbefehls aus Artikel 2 Nummer 3 des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, der zum 1. Juli 2028 in Kraft tritt.

Zu Artikel 10d (Änderung des SGB VI)

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

Zu Artikel 10e (Änderung des SGB XII)

Zu Nummer 1 (§ 32 SGB XII)

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

Zu Nummer 2 (§ 128c SGB XII)

Folgeänderung aufgrund der vorübergehenden Streichung in § 32 SGB XII.

Zu Artikel 10f (Weitere Änderung des SGB XII)

Zu Nummer 1 (§ 32 SGB XII)

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

Zu Nummer 2 (§ 128c SGB XII)

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

Zu Artikel 10g (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

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

Zu Artikel 10h (Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes)

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Zu Artikel 10i (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1

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

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

Absatz 2 überträgt die Begrenzung des Verwaltungskostenanstiegs des § 4 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf die landwirtschaftliche Krankenkasse und trägt ihrer Besonderheit im Verbund der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) Rechnung. Die Regelung des § 4 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist aufgrund der Besonderheiten der SVLFG als Verbundträger mit unerwünschten Folgewirkungen auf die anderen Sozialversicherungszweige innerhalb der SVLFG, der besonderen Versichertenstruktur sowie der Finanzierung ihrer Ausgaben außerhalb des Gesundheitsfonds nicht unverändert auf die landwirtschaftliche Krankenkasse übertragbar. Da die landwirtschaftliche Krankenkasse nicht generell von Einsparungen bei den Verwaltungskosten ausgenommen werden soll und der Strukturwandel in der Landwirtschaft kontinuierlich ihre Versichertenzahl sinken lässt, wird die Begrenzung ihres Verwaltungskostenanstiegs entsprechend der Regelungen zur Begrenzung des Verwaltungskostenanstiegs des § 4 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf die Hälfte der Erhöhung der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch begrenzt, ohne Bezug auf die Anzahl ihrer Versicherten zu nehmen. Für das Jahr 2027 wird die Hälfte der Erhöhung der Grundlohnrate um weitere 0,5 Prozentpunkte verringert. Ebenso wie in § 4 Absatz 5 Satz 2 SGB V sollen Ausgabensteigerungen für Verwaltungsausgaben zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnologie auch bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse von der Ausgabenbegrenzung ausgenommen werden.

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

Zu Nummer 2

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

Zu Nummer 3

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

Zu Artikel 10j (Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1

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

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 44 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe c des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes. Auch für den Personenkreis der in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherten nicht rentenversicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen soll ein Beratungsanspruch auf Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ermöglicht werden.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 223 Absatz 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch Artikel 1b Nummer 9. Durch die Koppelung des Beitrages in der höchsten Beitragsklasse 20 der Landwirtschaftlichen Krankenkasse für landwirtschaftliche Unternehmerinnen und Unternehmer und freiwillig Versicherte an den Vergleichsbeitrag nach § 40 Absatz 2 KVLG 1989, wirkt eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Allgemeinen Krankenversicherung auch auf die Beitragserhebung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse in der Beitragsklasse 20.

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

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

Zu Artikel 10k (Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

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

Zu Artikel 10l (Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Die Regelungen zum Teilkrankengeld in § 44 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und zur Teilarbeitsunfähigkeit in § 44c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden für nicht rentenversicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige nachvollzogen.

Zu Artikel 10m (Änderung des ALG)

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

Zu Artikel 10n (Weitere Änderung des ALG)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 2b Nummer 2 (§ 44c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Damit wird für Versicherte auch bei einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Anspruch auf Betriebs- und Haushaltshilfe beim Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen gewährleistet.

Zu Artikel 10o (Änderung des AMRabG)

Zu Nummer 1 und Nummer 2

Folgeänderung zur Regelung des § 130a Absatz 3f SGB V im Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. Juni 2026, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht, ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung. Dieser Abschlag ist auch den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften für verschreibungspflichtige Arzneimittel, deren Kosten diese ganz oder teilweise erstattet haben, nach dem Anteil der Kostentragung entsprechend zu gewähren.

Entsprechend wird § 4 um Abschlüsse nach den Absätzen 1b und 3f ergänzt.

Zu Nummer 13 (Artikel 11)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 6 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird geregelt, dass die Artikel 1a (Weitere Änderung des SGB V), 10i (Änderung des KVLG 1989) und Artikel 10m (Änderung des ALG) mit Wirkung vom 30. Juli 2026 in Kraft treten.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird geregelt, dass die Artikel 1b (Weitere Änderung des SGB V) und 10j (Weitere Änderung des KVLG 1989) am 1. Januar 2027 in Kraft treten.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 wird geregelt, dass Artikel 2 (Weitere Änderung des SGB V) am 1. Juli 2027 in Kraft tritt.

Zu Absatz 5

Die Regelung zur Streichung der in § 115f SGB V genannten Hybrid-DRG-Leistungen tritt am 1. Januar 2028 in Kraft. Artikel 2a Nummer 2 und 3 treten am 1. Januar 2028 in Kraft, um eine Übergangsfrist für die Etablierung von Strukturen für die neuen Aufgaben beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu schaffen.

In Absatz 5 wird geregelt, dass die Artikel 10f (Weitere Änderung des SGB XII), 10g (Änderung des KSVG) und 10k (Weitere Änderung des KVLG 1989) am 1. Januar 2028 in Kraft treten.

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

Zu Absatz 6

In Absatz 6 wird geregelt, dass Artikel 2b (Weitere Änderung des SGB V), Artikel 7 (Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung), Artikel 10c Nummer 2 (Änderung des SGB IV) und die Artikel 10l (Weitere Änderung des KVLG 1989) und 10n (Weitere Änderung des ALG) am 1. Juli 2028 in Kraft treten.

Zu Nummer 14 (Liste EU-Rechtsakte)

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

Berlin, den 14. Oktober 2026

Dr. Hans Theiss
Berichtersteller

Nicole Hess
Berichtersteller

Dr. Tanja Machalet
Berichterstatlerin

Dr. Janosch Dahmen
Berichtersteller

Stella Merendino
Berichterstatlerin

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.