Bundesrat **Drucksache** **411/26**

10.07.26

Gesetzesbeschluss
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 90. Sitzung am 10. Juli 2026 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichtes des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 21/7016 – den von der Bundesregierung eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

– Drucksachen 21/6130, /21/6559 –

in beigefügter Fassung angenommen.

Fristablauf: 31.07.26

Erster Durchgang: Drs. 256/26

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

Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 9 des Gesetzes vom 12. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 143) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

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

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

   „Für nach § 10 versicherte Ehegatten und Lebenspartner werden Zuschläge auf die Beitragssätze der Mitglieder nach § 242b erhoben. Für nach § 10 versicherte Kinder werden keine Beiträge erhoben."

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

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

4. § 4a wird wie folgt geändert:

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

      „(3) Krankenkassen sind berechtigt, um Mitglieder und für ihre Leistungen zu werben. Bei Werbemaßnahmen der Krankenkassen muss die sachbezogene Information im Vordergrund stehen. Die Werbung hat in einer Form zu erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist. Die Ausgaben einer Krankenkasse für Werbemaßnahmen dürfen in jedem Haushaltsjahr 0,075 Prozent der jeweiligen monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches je Mitglied nicht überschreiten."

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

      „2. Höchstgrenzen für Werbeausgaben für näher bestimmte Werbemaßnahmen,".

5. § 6 wird wie folgt geändert:

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

   b) Nach Absatz 6 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die nach den Sätzen 1 und 2 für das Jahr 2027 ermittelte Jahresarbeitsentgeltgrenze wird im Jahr 2027 zusätzlich um 3 600 Euro erhöht und in den folgenden Jahren nach Satz 2 geändert."

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

„Absatz 6 Satz 2 und 4 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."

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

„(8) Abweichend von Absatz 6 Satz 3 wird 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 nicht erhöht. Absatz 6 Satz 2 und 4 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."

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

„1. wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6 Satz 2 und 4, Absatz 7 oder 8,".

7. § 10 Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

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

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

„(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, der künstlichen Befruchtung, der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz, bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln, mit Heilmitteln, mit Hilfsmitteln und mit digitalen Gesundheitsanwendungen, im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen. Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen können nicht als zusätzliche Satzungsleistungen in der Satzung vorgesehen werden."

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

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

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

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

10. § 27b wird durch den folgenden § 27b ersetzt:

„§ 27b

Zweitmeinung

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

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

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist, und
2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

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

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

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

(3) Der Vergütungsanspruch des Arztes oder der Einrichtung, durch den oder durch die ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 bestimmter Eingriff durchgeführt wird, gegen die Krankenkasse entfällt, wenn dem Arzt oder der Einrichtung vor dem Eingriff kein Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung vorliegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt erstmals bis zum 31. März 2027 mindestens einen und danach jährlich mindestens zwei weitere der von ihm nach Absatz 2 Satz 1 bestimmten, planbaren Eingriffe, für die die Einholung einer Zweitmeinung Voraussetzung für die Vergütung des Arztes oder der Einrichtung für die Durchführung des Eingriffs ist. Das Nähere zu dem in Satz 1 genannten Nachweis bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13.

(4) Sofern sie die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen erfüllen, sind zur Erbringung einer Zweitmeinung berechtigt:

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

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

(6) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 5 hinweisen. Bei vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 3 Satz 2 bestimmten Eingriffen hat der Arzt den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass bei Fehlen eines Nachweises über eine eingeholte Zweitmeinung die Kosten für die Durchführung des Eingriffs von dem Versicherten zu tragen sind. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend hat der Arzt dem Versicherten Informationen zu dem jeweiligen Eingriff und zu Behandlungsalternativen in Textform auszuhändigen. Das Nähere zu den auszuhändigenden Informationen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13. Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Arbeitstage, bei vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 3 Satz 2 bestimmten Eingriffen in der Regel mindestens 15 Arbeitstage vor dem geplanten Eingriff erfolgt. In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen und bei vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 3 Satz 2 bestimmten Eingriffen eine Zweitmeinung einholen kann. Der Arzt hat den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften der Befundunterlagen aus der Behandlungsakte nach § 630g Absatz 1 Satz 3 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, die für die Einholung der Zweitmeinung erforderlich sind, hinzuweisen. Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse.

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

11. § 28 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

„Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung

1. durch Vertragszahnärzte, die keine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, keinen dem Fachzahnarzt für Kiefernorthopädie gleichwertigen Abschluss oder keine im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte festgelegte ausreichende praktische Erfahrung in der kieferorthopädischen Behandlung besitzen, oder
2. von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben.

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

bb) Nach Satz 10 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte spätestens bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] fest,

1. welcher Abschluss einem Fachzahnarzt für Kieferorthopädie als gleichwertig im Sinne des Satzes 6 Nummer 1 gilt und
2. welche praktische Erfahrung in der kieferorthopädischen Behandlung als ausreichend im Sinne des Satzes 6 Nummer 1 gilt.

Der Bundeszahnärztekammer ist vor jeder Festlegung nach Satz 11 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozess einzubeziehen.“

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

„(2a) Absatz 2 Satz 6 und 7 in der am … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung ist weiter anzuwenden

1. auf eine vor dem Ablauf des … [einsetzen: Datum des Tages und Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie Jahreszahl des vierten auf die Verkündung folgenden Jahres] begonnene kieferorthopädische Behandlung oder
2. auf Vertragszahnärzte, die vor Ablauf des … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] ein Studium, das zum Führen des Titels Master of Science im Fachbereich der Kieferorthopädie berechtigt, abgeschlossen oder ein solches Studium aufgenommen haben.

Der Vertragszahnarzt hat die Berechtigung zum Führen des in Satz 1 Nummer 2 genannten Titels oder das Datum der Aufnahme eines Studiums, das zu einem solchen Titel führt, gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen.“

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

„Der Einholung des Konsiliarberichts bedarf es nicht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt oder auf Empfehlung eines Krankenhauses im Anschluss an eine psychiatrische, psychosomatische oder psycho-therapeutische Krankenhausbehandlung.“

12. § 31 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

1. Wunden feucht hält oder Wunden reinigt,
2. Wundexsudat oder Gerüche bindet,
3. ein Verkleben mit der Wunde verhindert oder atraumatisch wechselbar ist oder
4. antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkt.

Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Absatz 1 Satz 2 gilt für sonstige Produkte zur Wundbehandlung entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien. § 34 Absatz 6 gilt entsprechend. Für die Beratung sind Gebühren zu erheben. Das Nähere zur Beratung und zu den Gebühren regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.“

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

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

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
   a) nicht zur Verfügung steht oder
   b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann und
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Die vertragsärztliche Versorgung hat zunächst mit einem zugelassenen cannabishaltigen Fertigarzneimittel im Rahmen eines sechsmonatigen Therapieversuchs zu erfolgen. Die Leistung bedarf bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, es sei denn die Leistung wird von einer oder einem vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 9 bestimmten Fachärztin oder Facharzt verordnet. Die Genehmigung ist vor Beginn der Leistung zu erteilen. Abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 ist über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Sofern eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, ist abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang zu entscheiden; der Medizinische Dienst nimmt, sofern eine gutachtliche Stellungnahme eingeholt wird, innerhalb von zwei Wochen Stellung. Verordnet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Leistung nach Satz 1 im Rahmen der Versorgung nach § 37b oder im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung mit einer Leistung nach Satz 1 im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts, ist über den Antrag auf Genehmigung nach Satz 3 abweichend von Satz 5 innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden. Leistungen, die auf der Grundlage einer Verordnung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes zu erbringen sind, bei denen allein die Dosierung eines Arzneimittels nach Satz 1 angepasst wird oder die einen Wechsel zu anderen Extrakten in standardisierter Qualität anordnen, bedürfen keiner erneuten Genehmigung nach Satz 3. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere zur Leistungsgewährung sowie zu einzelnen Facharztgruppen, bei denen der Genehmigungsvorbehalt nach Satz 3 entfällt, und zu deren erforderlichen ärztlichen Qualifikationen in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.“

12a. In § 33 Absatz 8 Satz 3 wird die Angabe „10 Euro“ durch die Angabe „15 Euro“ ersetzt.

13. § 34 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.
   b) Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen.

14. § 35a wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:
      aa) In Nummer 6 wird die Angabe „Anwendung,“ durch die Angabe „Anwendung.“ ersetzt.
      bb) Nummer 7 wird gestrichen.
   b) Absatz 1d wird gestrichen.
   c) Absatz 3 Satz 4 bis 6 wird gestrichen.

15. § 36 wird durch den folgenden § 36 ersetzt:

„§ 36

Festbeträge für Hilfsmittel

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

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt für die Versorgung mit den nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmitteln einheitliche Festbeträge fest. Absatz 1 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Die Hersteller und Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 und nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann von den Herstellern und Leistungserbringern oder deren Verbänden zur Festsetzung nach Satz 1 Nachweise über die produktspezifischen Umsatz- und Absatzzahlen, über die Hersteller- und Leistungserbringerabgabepreise einschließlich gewährter Rabatte, über Kalkulationszuschläge, über die durchschnittlichen Stundenverrechnungssätze und Arbeitszeiten sowie über sonstige für eine sachgerechte Festbetragsberechnung erforderliche Kosten- und Strukturdaten verlangen. Die Hersteller und Leistungserbringer haben die Informationen und Auskünfte, soweit möglich, in aggregierter oder anonymisierter Form zu übermitteln. Personenbezogene Daten dürfen nur übermittelt und vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verarbeitet werden, soweit dies für die Festsetzung der Festbeträge erforderlich ist. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat an ihn übermittelten Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse durch geeignete organisatorische und technische Maßnahmen zu schützen und darf diese ausschließlich zum Zwecke der Festbetragsfestsetzung verwenden. Zur Prüfung der Plausibilität, Repräsentativität und Vollständigkeit der Daten kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Herstellern und Leistungserbringern geeignete Nachweise verlangen. Näheres zu Art, Inhalt, Form, Aufbereitung, Aggregation, Anonymisierung, Übermittlung und Prüfung der Informationen und Auskünfte sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln. Soweit einzelne Parameter zur Kalkulation der Festbeträge nicht gemäß den Vorgaben übermittelt werden, die in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 geregelt werden, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Parameter auf der ihm vorliegenden Datengrundlage durch Schätzung festlegen. Für das Verfahren zur Schätzung gilt Absatz 4 Satz 1 entsprechend; Einzelheiten sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt spätestens bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] eine Verfahrensordnung, in der er nach Maßgabe der Absätze 1, 2 und 4 das Nähere zum Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge, zur Überprüfung, Kalkulation und Anpassung der Festbeträge sowie zur Übermittlung der Informationen und Auskünfte durch die Hersteller und Leistungserbringer regelt; hierbei sind Wege einer digitalen Umsetzung der einzelnen Verfahrensschritte zur Festsetzung der Festbeträge zu prüfen. In der Verfahrensordnung legt er nach Maßgabe von Absatz 4 Satz 8 insbesondere Fristen für die Überprüfung und die Anpassung der Festbeträge fest. Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist vor Beschlussfassung nach Satz 1 innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in den Beschluss mach Satz 1 einzubeziehen. Die Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Für Änderungen der Verfahrensordnung gelten die Sätze 3 und 4 entsprechend.

(4) Die Festbeträge sind so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Ausgangspunkt für die Kalkulation eines Festbetrags für Hilfsmittel, die nach Absatz 1 Satz 2 in einer Festbetragsgruppe zusammengefasst wurden, sind die Hersteller- und Leistungserbringerpreise sowie sonstige nach Absatz 2 Satz 3 übermittelte kosten- und versorgungsrelevante Daten. Bei der Kalkulation sind insbesondere die produktspezifischen Umsatz- und Absatzzahlen, gewährte Rabatte, durchschnittliche Stundenverrechnungssätze und Arbeitszeiten zu berücksichtigen. Die von den Herstellern und Leistungserbringern übermittelten Daten sind bei der Kalkulation unter Berücksichtigung der jeweiligen Abgabe- und Versorgungsmenge zu gewichten. Der Festbetrag soll die obere Preislinie des unteren Drittels der sich unter Berücksichtigung der Kostenparameter aus Satz 3 ergebenden Preise nicht überschreiten. Soweit wie möglich ist bei der Kalkulation der Festbeträge sicherzustellen, dass nach Festsetzung des jeweiligen Festbetrags eine für die Versorgung der Versicherten hinreichende Hilfsmittelauswahl besteht. Die Festbeträge sind erstmals innerhalb von drei Jahren nach Genehmigung der Verfahrensordnung nach Absatz 3, danach regelmäßig mindestens alle drei Jahre, zu überprüfen. Sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen. Innerhalb des Zeitraums nach Satz 8 erfolgt eine Überprüfung auch auf Antrag der maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene, sofern die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland in drei aufeinander folgenden Monaten jeweils mehr als 7 Prozent im Vergleich zum Vorjahresmonat beträgt. Innerhalb eines Zeitraums nach Satz 8 können je Festbetragsgruppe höchstens zwei Anträge nach Satz 10 gestellt werden. Die Einzelheiten zum Antragsverfahren sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln.

(5) Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen eine Zusammenfassung von Hilfsmitteln in einer Festbetragsgruppe nach Absatz 1 Satz 2 oder gegen einzelne Verfahrensschritte der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.“

16. § 44 wird wie folgt geändert:

a) Nach 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 erbringen, Anspruch auf teilweises Krankengeld in dem Umfang, in dem die 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.“

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

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

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

„(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf Versicherte, die Krankengeld beziehen oder in absehbarer Zeit beziehen werden, zur Beratung, zur Prüfung von Leistungsansprüchen sowie zur Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit kontaktieren. Die Krankenkassen sollen im Rahmen der Beratung nach Satz 1 Versicherte, bei denen Anhaltspunkte für eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegen, auf diese Anhaltspunkte hinweisen und sie über die Möglichkeit einer Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben beim jeweiligen Träger der Rentenversicherung informieren. Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen bis zum 31. Dezember 2028 Kriterien für Anhaltspunkte für eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit fest und erarbeiten Empfehlungen zu Form und Inhalt der von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellenden Informationen. Die Versicherten sind bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Recht zu informieren, der weiteren Kontaktaufnahme zu widersprechen. Im Fall eines Widerspruchs ist eine weitere Kontaktaufnahme nach Satz 2 unzulässig, soweit sie nicht zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung zwingend erforderlich ist. Die Krankenkassen dürfen die in Satz 1 genannte individuelle Beratung und Hilfestellung nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2032 einen Bericht über Auswirkungen der Regelungen der Sätze 1, 2 und 5 bis 9 insbesondere über die Auswirkungen der Regelungen auf die Dauer des Krankengeldbezugs, den Erfolg eingeleiteter Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben bei der Kontaktaufnahme vor. Das Bundesministerium für Gesundheit legt die Ergebnisse des Berichts dem Deutschen Bundestag vor. Das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 8 können die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. Dezember 2028 vereinbaren“

17. 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 die behandelnde Ärztin oder 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 den durch den Arzt attestierten Zeitraums anzeigen. Der Arbeitgeber hat innerhalb von sieben Kalendertagen nach Zugang der Anzeige dem Versicherten mitzuteilen, ob er der teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung in dem angezeigten Umfang zustimmt. Stimmt der Arbeitgeber der teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung zu, hat er dem Versicherten den Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme in Textform mitzuteilen.

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

1. für den gesamten attestierten Zeitraum, wenn der Arbeitgeber die teilweise Erbringung der Arbeitsleistung ablehnt oder nicht innerhalb von sieben Kalendertagen nach Zugang der Anzeige des Versicherten mitteilt, ob er der teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung in dem angezeigten Umfang zustimmt,

2. ab Beginn des attestierten Zeitraums bis zu dem vom Arbeitgeber nach Absatz 2 Satz 3 mitgeteilten Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme oder

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

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

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

(5) Ein Anspruch der Versicherten auf Einrichtung oder Anpassung eines Arbeitsplatzes zur teilweisen Ausübung 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 … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats].

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

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

(9) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Wirksamkeit der Teilarbeitsunfähigkeit im Vergleich zur stufenweisen Wiedereingliederung, auch als Teil eines betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 167 Absatz 2 des Neunten Buchs, 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 … [einsetzen: Datum des Tages und Monats des Inkrafttretens nach Artikel 8 Absatz 4 sowie Jahreszahl des ersten auf das Inkrafttreten nach Artikel 8 Absatz 4 folgenden Jahres] und erneut bis zum … [einsetzen: Datum des Tages und Monats des Inkrafttretens nach Artikel 8 Absatz 4 sowie Jahreszahl des fünften auf das Inkrafttreten nach Artikel 8 Absatz 4 folgenden Jahres].“

18. § 47 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Das Krankengeld nach § 44 Absatz 1a wird auf Grundlage der nach § 44c Absatz 1 Satz 1 ärztlich festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit berechnet. Für die Berechnung des Krankengeldes nach § 44 Absatz 1a gelten die Absätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass das zu berechnende Regelentgelt um das nach § 44c Absatz 4 für die erbrachte Arbeitsleistung anteilig zu gewährende Arbeitsentgelt in Höhe des nach § 44c Absatz 1 Satz 1 festgestellten Umfangs der Teilarbeitsunfähigkeit durch die Krankenkasse zu reduzieren ist.“

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

„(2a) Endet ein Beschäftigungsverhältnis während der Arbeitsunfähigkeit, beträgt das Krankengeld ab dem Tag, der auf den Tag folgt, an dem das Beschäftigungsverhältnis beendet wurde, abweichend von Absatz 1 60 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes. Hat der Versicherte oder dessen Ehepartner oder Lebenspartner mindestens ein Kind im Sinne des § 32 Absatz 1, 3 bis 5 des Einkommensteuergesetzes,

beträgt das Krankengeld in dem in Satz 1 genannten Fall 67 Prozent des Nettoarbeitsentgelts, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner unbeschränkt einkommensteuerpflichtig sind und nicht dauernd getrennt leben."

19. § 49 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

    a) Die Nummern 1 und 2 werden durch die folgenden Nummern 1 und 2 ersetzt:

        „1. soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten,

        2. solange Versicherte Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz in Anspruch nehmen,".

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

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

    c) Nach Nummer 8 wird der folgende Satz eingefügt:

        „Der Anspruch auf Krankengeld ruht nicht

        1. nach Satz 1 Nummer 1, wenn Versicherte nur einmalig ein beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder anteiliges Arbeitsentgelt nach § 44c Absatz 4 erhalten,

        2. nach Satz 1 Nummer 2, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder das Krankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, dass aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit erzielt worden ist, oder

        3. nach Satz 1 Nummer 5, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Absatz 1 Satz 10 erfolgt."

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

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

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

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

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

22. § 55 wird wie folgt geändert:

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

        „(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Absatz 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 60 Pro-

zent. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Absatz 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 65 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Abweichend von den Sätzen 4 und 5 entfällt die Erhöhung der Festzuschüsse nicht aufgrund einer Nichtinanspruchnahme der Untersuchungen nach Satz 4 im Kalenderjahr 2020. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 und unabhängig von Satz 6 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 65 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Die Sätze 3 bis 7 gelten nicht für Versicherte, die einen Anspruch nach Absatz 2 Satz 1 haben.“

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

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

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

„(6) Für alle vor dem 1. Januar 2027 bewilligten Festzuschüsse gelten die Absätze 1 und 2 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung.“

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

„§ 61

Zuzahlungen

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

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

25. § 71 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.

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

    „Bei der Feststellung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach Satz 1 werden für die Jahre 2028 und 2029 nicht die beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt, die im Jahr 2027 allein aufgrund der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 4 Satz 1 nicht nach § 223 Absatz 3 Satz 2 außer Ansatz geblieben sind. Das nach Satz 1 bis 3 für die Jahre 2027, 2028 und 2029 ermittelte Ergebnis der durchschnittlichen Veränderungsrate wird jeweils um einen Prozentpunkt verringert. Die durchschnittliche Veränderungsrate wird für jedes Kalenderjahr durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht."

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

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

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

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

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

    a) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

    „§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt. In den Verträgen nach Absatz 4 ist für den Fall, dass ein Hausarzt in einem Kalenderquartal von mehr Teilnehmern in Anspruch genommen wird als im entsprechenden Kalenderquartal des Vorjahres, ein Abschlag auf die Vergütung dieses Hausarztes zu vereinbaren. Der Abschlag ist auf die Vergütung zu erheben, die an den jeweiligen Hausarzt aufgrund der gestiegenen Teilnehmerzahl zu entrichten ist. Die Höhe des Abschlages und das Verfahren zur Anwendung des Abschlags sind von den Vertragspartnern bis zum 31. März 2027 in den Verträgen nach Absatz 4 zu vereinbaren. Bei Vereinbarung der Höhe des Abschlags ist die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu berücksichtigen."

    b) Nach dem neuen Satz 9 wird folgender Satz eingefügt:

    „Dies gilt nicht für die Regelungen nach den Sätzen 2 bis 6."

28. weggefallen

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

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

30. § 85 wird wie folgt geändert:

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

    „(2d) Die Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen in jedem Kalenderjahr höchstens um die für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichte durchschnittliche Veränderungsrate angehoben werden. Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind."

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

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

c) Absatz 3a wird gestrichen.

31. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 13 und 14 wird gestrichen.

b) Absatz 2a Satz 25 und 26 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Hygienezuschläge auf Versicherten- und Grundpauschalen enthalten. Der Bewertungsausschuss hat bis zum 31. März 2027 Folgendes im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen:

1. die Bewertungen der Leistungen, die im Rahmen einer Phakoemulsifikation erbracht werden, und
2. die Bewertungen des technischen Leistungsanteils der Leistungen der Facharztgruppen der Radiologen, der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen."

c) Absatz 2b Satz 3 bis 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf die jeweilige Versichertenpauschale für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 oder für Behandlungen enthalten, die aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 erfolgen. Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird. Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Vergütung für die ärztliche Beratung nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes über die Organ- und Gewebsspende sowie über die Möglichkeit enthalten, eine Erklärung zur Organ- und Gewebsspende im Register nach § 2a des Transplantationsgesetzes abgeben, ändern und widerrufen zu können."

d) Absatz 2c wird wie folgt geändert:

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

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

bb) Die neuen Sätze 7 bis 9 werden durch den folgenden Satz ersetzt:

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

e) Absatz 2g wird durch den folgenden Absatz 2g ersetzt:

„(2g) Bei der Anpassung des Orientierungswertes nach Absatz 2e sind insbesondere

1. die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind,
2. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind, sowie

3. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, soweit diese nicht durch eine Abstaffelungsregelung nach Absatz 2 Satz 3 berücksichtigt worden ist,

zu berücksichtigen. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt."

f) Absatz 2h wird durch den folgenden Absatz 2h ersetzt:

„(2h) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen können zu Leistungskomplexen zusammengefasst werden. Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung sind bis spätestens zum 30. Juni 2028 zu folgenden Leistungskomplexen zusammenzufassen:

1. Leistungen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels,
2. Leistungen für die kieferorthopädische Behandlung von allen anderen Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
3. Leistungen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, und
4. Leistungen für die Feststellung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs.

Jede im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführte Leistung der kieferorthopädischen Behandlung ist einem oder mehreren der in Satz 2 genannten Leistungskomplexe zuzuordnen. Die weiteren Einzelheiten zu den in Satz 2 genannten Leistungskomplexen sowie Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität kieferorthopädischer Behandlungen werden im Bundesmantelvertrag geregelt. Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend einer ursachengerechten, zahnsubstanzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Bei der Festlegung der Bewertungsrelationen ist wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen. Alle einem der in Satz 2 genannten Leistungskomplexe zugeordneten Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung werden unabhängig von der Gesamtbehandlungsdauer der jeweils behandelten Person mit einer Gesamtpunktzahl für den Leistungskomplex bewertet. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung legen dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens vier Jahre nach Einführung der in Satz 2 genannten Leistungskomplexe einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Regelungen in den Sätzen 2, 3, 5 und 7 vor. Der Bericht hat insbesondere die Auswirkungen auf die Ausgaben und die Wirtschaftlichkeit der kieferorthopädischen Versorgung, die Qualität und die Behandlungsergebnisse der kieferorthopädischen Versorgung, die Inanspruchnahme kieferorthopädischer Leistungen und die Versorgung der Versicherten sowie den administrativen Aufwand der Prüfung, der Dokumentation und der Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen darzustellen und zu bewerten."

32. § 87a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:

„Für die Vereinbarungen nach diesem Absatz gilt § 71 Absatz 1 bis 3."

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

„Mit Wirkung für das Jahr 2027 ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 7 um den 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 und 27 zu einer Veränderung der Bewertung der Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, sind die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Veränderungen in Höhe der vorgenommenen Veränderung anzupassen. Folgende Leistungen werden mit den für das jeweilige Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2027, vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet:

1. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 4 erbracht werden,
2. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und
3. Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung nach § 19a Absatz 1 Satz 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden,
4. Leistungen, die auf Grund einer Empfehlung des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 in der bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingen Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden,
5. alle Leistungen, für die zum Zeitpunkt der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das folgende Kalenderjahr Abrechnungsdaten für diese Leistungen von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen, sowie
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 werden.

Im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2027 werden die bereits nach Satz 8 in der bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung für die Kalenderjahre 2023 bis 2025 jeweils bereinigten arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumina für die in Satz 7 Nummer 3 genannten Leistungen in den nach Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarf rückgeführt. Die jeweiligen Volumina nach Satz 8 sind um die nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Veränderungen anzupassen, beginnend mit den vereinbarten Veränderungen für das der jeweiligen Bereinigung folgende Kalenderjahr bis zu denen des Kalenderjahres 2026. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 15. Februar 2027 Vorgaben zur Durchführung der Rückführung nach Satz 8 und zur Anpassung des Volumens nach Satz 9. Der nach Satz 2 zu vereinbarende Behandlungsbedarf wird für das Kalenderjahr 2027 quartalsweise und basiswirksam um das Punktzahlvolumen des von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf sachliche und rechnerische Richtigkeit geprüften und in Punkten bewerteten Leistungsbedarfs für die in Satz 7 Nummer 4 und 6 genannten Leistungen des dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartals des Kalenderjahres 2025 angehoben. Das Punktzahlvolumen nach Satz 11 ist um die für die Kalenderjahre 2026 und 2027 vereinbarten Veränderungen

1. der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sowie
2. des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 2 Satz 2, soweit diese für die in Satz 5 Nummer 4 und 6 genannten Leistungen relevant sind,

anzupassen. Der Behandlungsbedarf nach Satz 2 wird ab dem Kalenderjahr 2027 jeweils um das Punktzahlvolumen des von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf sachliche und rechnerische Richtigkeit geprüften und in Punkten bewerteten Leistungsbedarfs der letzten vier vorliegenden Abrechnungsquartale für die in Satz 7 Nummer 5 genannten Leistungen unter Berücksichtigung von etwaigen Veränderungen entsprechend Satz 12 angehoben.“

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

„(3b) Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin sind von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten, soweit sie aus der für diese Leistungen festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig vergütet werden können. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 und § 85 Absatz 1 wird die auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Wenn die vollständige Vergütung der in Satz 1 genannten Leistungen mit den

Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen über einen Zeitraum vom zweiten Kalenderquartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Kalenderquartal des folgenden Kalenderjahres insgesamt unterschreitet, vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum Ablauf des zweiten Kalenderquartal des letztgenannten Kalenderjahres jeweils Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, deren Auszahlungshöhe in Summe der Höhe der genannten Unterschreitung entspricht. Sind im Zeitraum einer in Satz 3 genannten Unterschreitung nach Satz 13 Ausgleichszahlungen zu leisten, so sind diese Ausgleichszahlungen mit der Unterschreitung zu verrechnen. Für die nach Satz 10 in den Kalenderjahren 2027 und 2028 jeweils zu erfolgende quartalsweise Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, haben die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 jeweils den prozentualen Anteil des Honorarvolumens, das für die in Satz 1 genannten Leistungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, am Honorarvolumen, das für den Leistungsbedarf aller Arztgruppen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, zu bestimmen und diesen prozentualen Anteil mit der für das jeweilige Kalenderquartal vereinbarten und bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu multiplizieren. Soweit aufgrund von Änderungen des nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten Behandlungsbedarfs einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 in der bis zum… [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung vergüteten Leistungen der Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen für das jeweilige Kalenderquartal gegenüber dem diesem Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 abweicht, ist der nach Satz 5 zu bestimmende prozentuale Anteil entsprechend anzupassen. Satz 6 gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend. Sofern das Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 leistungsbezogene und nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen in der quartalsweise festzulegenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen zu berücksichtigen. Für die in den Sätzen 3 und 8 genannten Zuschläge sowie für die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Zuschläge gilt Satz 2 nicht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des ersten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die quartalsweise für die Kalenderquartale des Kalenderjahres 2027 und des Kalenderjahres 2028 bis zum ersten Tag des jeweiligen Kalenderquartals, erstmalig bis zum ersten Tag des auf den Beschluss des Bewertungsausschusses folgenden Kalenderquartals, und ab dem Kalenderjahr 2029 jährlich bis zum 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres zu erfolgen hat. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 10 haben insbesondere die Anpassung des nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Punktwertes und die Veränderung des nach Absatz 3 Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen sowie die jeweils auf die Veränderung entfallenden Bereinigungen einzubeziehen. Zudem beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an den in Satz 13 genannten Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil an der Ausgleichszahlung zu bemessen hat. Wenn in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung die Differenz zwischen der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und den mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 bewerteten in Satz 1 genannten Leistungen ausschließlich der in Satz 8 genannten Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen in einem Kalenderquartal einen Wert von null unterschreitet, leisten die Krankenkassen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung Ausgleichszahlungen in Höhe ihres jeweiligen nach dem in Satz 12 genannten Verfahren ermittelten Anteil an der Differenz, um die vollständige Vergütung der in Satz 1 genannten Leistungen zu gewährleisten. Sofern eine Ausgleichzahlung für ein Kalenderquartal zu leisten ist und in diesem Kalenderquartal mehr Leistungen erbracht wurden als im entsprechenden Kalenderquartal des Vorjahres, sind die Leistungen, deren Anzahl die Anzahl der Leistungen aus dem entsprechenden Kalenderquartal des Vorjahres übersteigt, mit den um einen Abschlag

für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen geminderten Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten. Die geminderten Preise gelten auch bei einer Verrechnung nach Satz 4. Der Bewertungsausschuss hat bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages der sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalenderwoche] die Höhe des Abschlags auf die regionale Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 festzusetzen. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen des § 87d Absatz 1 Nummer 4, dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz auf die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin insbesondere auf die Versorgung der Kinder und Jugendlichen, die Honorare der Leistungserbringer sowie die Ausgaben der Krankenkassen quartalsweise und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 31. Dezember 2029 über die Ergebnisse dieser Analyse. Er veröffentlicht die Ergebnisse der Analyse auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] Vorgaben zu in Absatz 6 genannten Datenübermittlungen, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen die quartalsweise Festsetzung und ab dem Kalenderjahr 2029 die jährliche Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung des finanziellen Bedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen, eine etwaige in Satz 3 genannte Unterschreitung, die in den Sätzen 3 und 8 genannten Zuschläge sowie Ausgleichszahlungen nach Satz 13 nachweisen.

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

Kalenderquartals, erstmalig bis zum 1. Oktober 2025, und ab dem Kalenderjahr 2027 jährlich bis zum 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres zu erfolgen hat. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 7 haben insbesondere die Anpassung des nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Punktwertes und die Veränderung des nach Absatz 3 Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen sowie die jeweils auf die Veränderung entfallenden Bereinigungen einzubeziehen. Wenn in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung die Differenz zwischen der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und dem mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 bewerteten hausärztlichen Leistungsbedarf ausschließlich der in Satz 6 genannten Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen in einem Kalenderquartal einen Wert von null unterschreitet, leisten die Krankenkassen Ausgleichszahlungen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung in Höhe ihres jeweiligen nach dem in Satz 15 genannten Verfahren ermittelten Anteil an der Differenz, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten. Sofern eine Ausgleichszahlung für ein Kalenderquartal zu leisten ist und in diesem Kalenderquartal mehr Leistungen erbracht wurden als im entsprechenden Kalenderquartal des Vorjahres, sind die Leistungen, deren Anzahl die Anzahl der Leistungen aus dem entsprechenden Kalenderquartal des Vorjahres übersteigt, mit den um einen Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen geminderten Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten. Die geminderten Preise gelten auch bei einer Verrechnung nach Satz 13. Der Bewertungsausschuss hat bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages der sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalenderwoche] die Höhe des Abschlags auf die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 festzusetzen. Die Ausgleichzahlungen sind mit einer Unterschreitung der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den hausärztlichen Leistungsbedarf in den vorangegangenen Kalenderquartalen zu verrechnen. Wenn der hausärztliche Leistungsbedarf die festgesetzte, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung über einen Zeitraum vom zweiten Kalenderquartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Kalenderquartal des folgenden Kalenderjahres insgesamt unterschreitet, vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum Ablauf des zweiten Kalenderquartals des letztgenannten Kalenderjahres jeweils Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, deren Auszahlungshöhe in Summe der Höhe der genannten Unterschreitung entspricht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 1. Oktober 2025 Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an den in Satz 9 genannten Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil an der Ausgleichszahlung zu bemessen hat. Für die in den Sätzen 6 und 14 genannten Zuschläge sowie für die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Zuschläge gilt Satz 2 nicht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 1. Mai 2025 Vorgaben zu in Absatz 6 genannten Datenübermittlungen, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen quartalsweise die erstmalige Festsetzung und ab dem Kalenderjahr 2027 die jährliche Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung des hausärztlichen Leistungsbedarfs, eine etwaige in Satz 13 genannte Unterschreitung, die in den Sätzen 6 und 14 genannten Zuschläge sowie die Ausgleichszahlungen nach Satz 9 nachweisen. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes insbesondere im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare der Leistungserbringer sowie die Ausgaben der Krankenkassen quartalsweise und berichtet jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit, erstmals bis zum 30. September 2027 und letztmals bis zum 30. September 2029, über die Ergebnisse dieser Analyse. Er veröffentlicht die Ergebnisse der Analyse auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses."

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

„Der Bewertungsausschuss beschließt Empfehlungen

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

33. § 87b wird wie folgt geändert:

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

    „Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen; im Verteilungsmaßstab dürfen für Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin und für Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche ebenfalls keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden, sofern kein Fall von § 87a Absatz 3b Satz 14 oder Absatz 3c Satz 10 vorliegt."

    b) 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 8, 11 und 12 angehoben werden, der Honorarverteilung der jeweiligen Facharztgruppe, die die in § 87a Absatz 3 Satz 7 genannten Leistungen erbringen, zugerechnet und die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sachgerecht verteilt werden. Die Vorgaben nach Satz 4 können für bestimmte Leistungen im Rahmen der in § 87a Absatz 3 Satz 7 genannten Leistungen gesonderte Vergütungsregelungen vorsehen. Die Vorgaben sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren Verteilungsmaßstäben zu beachten. Im Verteilungsmaßstab dürfen im Kalenderjahr 2027 keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für am 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossene Behandlungen mit antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen angewandt werden."

    c) In Absatz 2a Satz 2 wird die Angabe „§ 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 1, 3, 4, 5 und 6 und Satz 6" durch die Angabe „§ 87d Absatz 1 und 2" ersetzt.

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

„§ 87d

Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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

1. nichtärztliche Dialyseleistungen,
2. alle Leistungen, für die zum Zeitpunkt der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das folgende Kalenderjahr keine Abrechnungsdaten für diese Leistungen von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen,
3. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und
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.

(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 morbiditätsbedingten 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 entsprechenden Leistungen im Rahmen der für das jeweilige auf die Evaluierung folgende Kalenderjahr vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergüten."

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

„Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarungen mit den hauptamtlichen Unparteiischen; § 35a Absatz 6 Satz 2 und Absatz 6a Satz 1, 2 und 4 des Vierten Buches gilt entsprechend. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer einer Amtszeit der Unparteiischen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen prozentualen Zuschlag auf die Grundvergütung in Höhe des Mittelwerts der nach § 71 Absatz 3 Satz 5 seit dem Beginn der vorherigen Amtsperiode veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsraten vereinbart werden."

36. § 92 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

37. § 92a wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

„(3) Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt ab dem Jahr 2026 jährlich 100 Millionen Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswer-

tung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. Von der Fördersumme sollen 80 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 20 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden. Für die Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, sollen von der Fördersumme ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens 2,5 Millionen Euro verwendet werden. Mittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden, sofern sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, im Folgejahr an den Gesundheitsfonds und die landwirtschaftliche Krankenkasse entsprechend ihrem jeweiligen Finanzierungsanteil an der Fördersumme zurückgeführt. Sämtliche bislang im Innovationsfonds angesammelten und nicht verausgabten Mittel werden, soweit sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, einmalig im Jahr 2027 an den Gesundheitsfonds und die landwirtschaftliche Krankenkasse entsprechend ihrem jeweiligen Finanzierungsanteil an der Fördersumme zurückgeführt. Die Laufzeit eines nach den Absätzen 1 und 2 geförderten Vorhabens kann bis zu vier Jahre betragen.

(4) Die Fördersumme nach Absatz 3, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse, wird durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erhebt und verwaltet die Mittel (Innovationsfonds) und zahlt die Fördermittel auf der Grundlage der Entscheidungen des Innovationsausschusses nach § 92b aus. Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Nähere zur Erhebung der Mittel für den Innovationsfonds bis einschließlich des Jahres 2025 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung bei den nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen regelt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1; § 266 Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend. Das Nähere zur Weiterleitung der Mittel an den Innovationsfonds, zur Verwaltung der Mittel und zur Rückführung nicht bewilligter, nicht ausgezahlter oder nicht verausgabter Mittel des Innovationsfonds bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Innovationsausschuss.“

38. § 92b wird wie folgt geändert:

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

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

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

„(2) Der Innovationsausschuss legt nach einem Konsultationsverfahren unter Einbeziehung externer Expertise in themenspezifischen und themenoffenen Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 fest. Die Schwerpunkte für die Entwicklung und Weiterentwicklung von Leitlinien nach § 92a Absatz 2 Satz 4 legt das Bundesministerium für Gesundheit fest. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften kann dem Bundesministerium für Gesundheit Schwerpunkte zur Entwicklung oder Weiterentwicklung von Leitlinien vorschlagen. Jedem Vorschlag ist eine Begründung des jeweiligen Förderbedarfs beizufügen. Der Innovationsausschuss übernimmt die vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegten Schwerpunkte in Förderbekanntmachungen und legt in diesen die Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 2 Satz 4 fest. Der Innovationsausschuss führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen nach den Sätzen 1 bis 5 Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Er beschließt nach Abschluss der geförderten Vorhaben Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung nach Absatz 3. Der Innovationsausschuss entscheidet auch über die Verwendung der Mittel nach § 92a Absatz 2 Satz 4. Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen. Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts- und Verfahrensordnung, in der er insbesondere Folgendes regelt:

1. seine Arbeitsweise und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle nach Absatz 4,
2. das Konsultationsverfahren nach Satz 1,

3. das Förderverfahren nach Satz 6,
4. die Förderverfahren nach § 92a Absatz 1 Satz 7 und Absatz 2 Satz 1 und 4,
5. die Benennung und Beauftragung von Experten aus dem Expertenpool nach Absatz 6 und
6. die Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften nach Absatz 7.

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

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 5 wird gestrichen.

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

bb) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

39. § 106b wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„In den Vereinbarungen nach Satz 1 sollen Verordnungsquoten für alle Arzneimittel enthalten sein, für die Rabattverträge nach § 130e Absatz 1 Satz 1 vereinbart werden können. Die Verordnungsquoten sind jeweils für eine nach § 130e Absatz 1 Satz 1 festgelegte Gruppe zu vereinbaren."

b) In Absatz 5 wird die Angabe „§ 130b Absatz 2 und § 130c Absatz 4" durch die Angabe „§ 130c Absatz 4 und § 130e Absatz 2" ersetzt.

40. § 111 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Einrichtungen darf bis … [einsetzen: Datum des Tages und Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie Jahreszahl des zweiten auf die Verkündung folgenden Jahres] abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 nicht übersteigt. Satz 3 gilt auch für entsprechende Vergütungssteigerungen 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 Sätze 3 und 4 insbesondere auf die Höhe der vereinbarten Vergütungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, die Entwicklung der Personalkosten und der tarifbedingten Vergütungssteigerungen im Verhältnis zur nach § 71 Absatz 3 festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate, die wirtschaftliche Situation tarifgebundener Einrichtungen sowie die Auswirkungen auf die

Versorgung der Versicherten vor. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht dem Deutschen Bundestag zu.“

41. § 111c Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Die Vergütungen für die in § 40 Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Einrichtungen darf bis … [einsetzen: Datum des Tages und Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie Jahreszahl des zweiten auf die Verkündung folgenden Jahres] abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als dass die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 nicht übersteigt. Satz 3 gilt auch für entsprechende Vergütungssteigerungen 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. Diese ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden. § 111 Absatz 5 Satz 9 gilt entsprechend.“

42. § 115f wird wie folgt geändert:

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

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

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

43. § 120 wird wie folgt geändert:

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

b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „werden.“ durch die Angabe „werden; § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“ ersetzt.

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

„Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, erfolgt mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu Lasten des Anteils der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, der für den Bereich der fachärztlichen Versorgung zu bilden ist, es sei denn, die Vertragsparteien nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben für diese Leistungen Vergütungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 vereinbart oder diese Leistungen werden nach § 87d Absatz 1 und 2 außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet.“

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

„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“

45. § 125a Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist insbesondere Folgendes zu regeln:

1. Indikationen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, die unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten für eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung geeignet sind,
2. Möglichkeiten der Heilmittelerbringer, bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abzuweichen,
3. einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von dem Vertrag nach § 125 Absatz 1 abweichen,
4. Möglichkeiten zur Bestimmung der Dauer der einzelnen Behandlungseinheiten durch den Leistungserbringer sowie Regelungen zu der daraus resultierenden Preisstruktur,
5. Richtwerte zur Versorgungsgestaltung durch die Heilmittelerbringer, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise im Rahmen von § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 zu veröffentlichen hat,
6. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, insbesondere für solche Ausweitungen, die weder morbiditätsbedingt sind noch auf dem therapeutischen Fortschritt oder Veränderungen des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen; diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschläge vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist, sowie
7. Vorgaben zur Information des Arztes durch den Heilmittelerbringer über die erfolgte Behandlung sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.

Eine Pauschale, die mit der Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung begründet wird, die über die Analyse des therapeutischen Bedarfs oder die therapeutische Diagnostik hinausgeht, darf nicht in den Verträgen nach Absatz 1 vereinbart werden. Sofern Verträge eine solche Pauschale enthalten und eine Heilmittelversorgung, für die die Pauschale nach den vertraglichen Vereinbarungen abgerechnet werden kann, vor dem … [einsetzen: Datum des Tages nach der Verkündung dieses Gesetzes] bereits begonnen hat, wird die Pauschale durch die jeweilige Krankenkasse vergütet.“

46. § 127 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „Abrechnung“ die Angabe „; § 71 Absatz 1 bis 3 gilt“ eingefügt.

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

„(1b) Für jede Hilfsmittelversorgung nach § 33, die im Zeitraum vom … [einsetzen: 1. Januar 2027, sofern die Verkündung bis einschließlich 31. Dezember 2026 erfolgt, bei späterer Verkündung das Datum des Inkrafttretens nach Artikel 8 Absatz 1] bis zum 31. Dezember 2028 begonnen wurde, dürfen Leistungserbringer nur einen Preis abrechnen, der um drei Prozent im Vergleich zu dem nach den Absätzen 1 oder 3 vertraglich vereinbarten Preis gemindert ist. Eine Versorgung gilt als begonnen, sobald der Leistungserbringer nach Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen mit der auf die konkrete versicherte Person bezogenen Versorgungstätigkeit begonnen hat. Bei fortlaufenden oder wiederkehrenden Versorgungen gilt jede einzelne Leistungserbringung oder Einzellieferung als gesonderte Versorgung, für die nur ein nach Satz 1 geminderter Preis abgerechnet werden darf, sofern die gesonderte Versorgung in dem in Satz 1 genannten Zeitraum begonnen wurde.“

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

„(4) Sofern für die Versorgung mit Hilfsmitteln ein Festbetrag nach § 36 Absatz 2 festgesetzt wurde, ist dieser den Preisverhandlungen nach Absatz 1 oder dem Schiedsverfahren nach Absatz 1a zugrunde zu legen. Die für die Versorgung mit diesen Hilfsmitteln nach Absatz 1 vereinbarten oder nach Absatz 1a festgesetzten Preise dürfen den jeweiligen zum Beginn der Vertragsverhandlungen geltenden Festbetrag in begründeten Fällen wie folgt über- oder unterschreiten:

1. um bis zu 15 Prozent, wenn der Festbetrag noch nicht nach § 36 Absatz 4 Satz 9 angepasst wurde,
2. um bis zu 15 Prozent, wenn der Festbetrag auf Antrag der maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene nach § 36 Absatz 4 Satz 10 überprüft wird, und
3. in allen anderen Fällen um bis zu 10 Prozent.

Eine Über- oder Unterschreitung nach Satz 2 ist begründet, wenn Besonderheiten der jeweiligen Versorgung, der Versorgungsstruktur oder der vertraglich vereinbarten Leistungen eine Abweichung vom Festbetrag sachlich rechtfertigen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn besondere Versorgungs-, Qualitäts- oder Serviceleistungen erprobt oder sichergestellt werden sollen und durch deren Erprobung oder Sicherstellung die Qualität der Versorgung verbessert werden kann.“

47. § 130 wird wie folgt geändert:
    a) In Absatz 1 wird die Angabe „1,77“ durch die Angabe „2,07“ ersetzt.
    b) Absatz 1a wird gestrichen.
48. § 130a wird wie folgt geändert:
    a) Absatz 1b wird durch die folgenden Absätze 1b und 1c ersetzt:

„(1b) Ab dem 1. Januar 2027 erhalten die Krankenkassen von Apotheken für zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel einen zusätzlichen Abschlag in Höhe von 8,5 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer. Satz 1 gilt für die in Absatz 1 Satz 6 und 7 genannten Arzneimittel mit Ausnahme von

1. in Absatz 3b Satz 1 genannten Arzneimitteln,
2. patentfreien, im Wesentlichen gleichen biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimitteln einschließlich ihres biologischen Referenzarzneimittels,
3. Arzneimitteln, für die ein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 Satz 1 festgesetzt ist,
4. patentfreien Arzneimitteln mit versorgungskritischen Wirkstoffen, die in der nach § 52b Absatz 3c Satz 1 des Arzneimittelgesetzes erstellten Liste aufgeführt sind,
5. patentfreien Arzneimitteln zur Behandlung von Kindern, die in der nach § 35 Absatz 5a Satz 1 erstellten Liste aufgeführt sind,
6. Arzneimitteln, die nach Absatz 3c Satz 3 oder 13 vom Abschlag nach Absatz 3a befreit sind,
7. Reserveantibiotika, hinsichtlich derer der Gemeinsame Bundesausschuss eine Freistellung nach § 35a Absatz 1c Satz 1 beschlossen hat, und
8. Arzneimitteln, die nach Absatz 1c vom Abschlag nach Satz 1 befreit sind.

Absatz 1 Satz 3 bis 5, 7 und 8 gilt entsprechend. Der Abschlag nach Satz 1 kann durch eine ab dem … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 8 Absatz 1] abgeschlossene Vereinbarung nach § 130b abgelöst werden, sofern dies ausdrücklich vereinbart ist.

(1c) Für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die ab dem 1. Januar 2027 erstmals in Verkehr gebracht werden, können pharmazeutische Unternehmer beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Befreiung vom Abschlag nach Absatz 1b Satz 1 beantragen. Die Befreiung ist zu erteilen, wenn die klinischen Prüfungen des Arzneimittels zu einem relevanten Anteil im Geltungsbereich dieses Gesetzes durchgeführt wurden.

Ein relevanter Anteil klinischer Prüfungen im Sinne von Satz 2 setzt voraus, dass der Anteil der Prüfungsteilnehmer an den vom pharmazeutischen Unternehmer durchgeführten oder in Auftrag gegebenen klinischen Prüfungen des Arzneimittels, die an Prüfstellen im Geltungsbereich dieses Gesetzes teilgenommen haben, an der Gesamtzahl der Prüfungsteilnehmer mindestens 5 Prozent beträgt. Der Antrag auf Befreiung kann frühestens nach dem Antrag auf Zulassung des Arzneimittels gestellt werden. Der Antrag auf Befreiung ist elektronisch zu übermitteln, zu begründen und ihm sind Nachweise und Belege

beizufügen, aus denen hervorgeht, dass die in Satz 2 genannte Voraussetzung vorliegt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt die Art der erforderlichen Nachweise und Belege, das Verfahren und die Formatvorlagen für die elektronische Übermittlung der Anträge im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut fest und gibt diese auf seiner Internetseite bekannt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag innerhalb von drei Monaten nach dessen Eingang. Sofern ein Arzneimittel im Zuständigkeitsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts betroffen ist, erfolgt die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. Die Befreiung gilt ab Bekanntgabe der Entscheidung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, frühestens jedoch ab dem erstmaligen Inverkehrbringen des Arzneimittels. Sie erlischt nach drei Jahren, es sei denn, sie wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte verlängert. Eine Verlängerung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die in Satz 2 genannte Voraussetzung weiterhin vorliegt. Der Antrag auf Verlängerung kann frühestens 30 Monate und spätestens 32 Monate nach dem Geltungsbeginn der Befreiung oder nach dem Geltungsbeginn einer vorangegangenen Verlängerung gestellt werden. Die Sätze 5 bis 10 gelten entsprechend. Ein Vorverfahren findet bei Klagen gegen Entscheidungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte nach Satz 7, auch in Verbindung mit Satz 13, nicht statt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erteilt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Antrag Auskunft zu erteilten Befreiungen und deren Geltungszeiträumen.“

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

„(2) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für die zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i einen Abschlag auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer, mit dem der Unterschied zu einem geringeren durchschnittlichen Preis nach Satz 2 je Mengeneinheit ausgeglichen wird. Der durchschnittliche Preis je Mengeneinheit ergibt sich aus den tatsächlich gültigen Abgabepreisen des pharmazeutischen Unternehmers in den vier Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, in denen der wirkstoffidentische Impfstoff abgegeben wird, mit den am nächsten kommenden Bruttonationaleinkommen, gewichtet nach den jeweiligen Umsätzen und Kaufkraftparitäten. Besteht für Impfstoffe Patentschutz oder Unterlagenschutz, erhalten die Krankenkassen von Apotheken für diese zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe zusätzlich zum Abschlag nach Satz 1 einen Abschlag in Höhe von 9 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers. Absatz 1 Satz 3 bis 5, die Absätze 6 und 7 sowie § 131 Absatz 4 und 5 gelten entsprechend. Der pharmazeutische Unternehmer ermittelt die Höhe des Abschlags nach Satz 1 und den durchschnittlichen Preis nach Satz 2 und übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage die Angaben zu der Berechnung. Kann der Abschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden, gilt Absatz 1 Satz 1 entsprechend; für Impfstoffe, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht, erhalten die Krankenkassen einen zusätzlichen Abschlag in Höhe von 9 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Bei Preisvereinbarungen für Impfstoffe, für die kein einheitlicher Apothekenabgabepreis nach den Preisvorschriften auf Grund des Arzneimittelgesetzes oder nach § 129 Absatz 3 Satz 3 gilt, darf höchstens ein Betrag vereinbart werden, der dem entsprechenden Apothekenabgabepreis abzüglich der Summe der Abschläge nach den Sätzen 1 und 3 entspricht.“

c) In Absatz 3 wird die Angabe „auf Grund des § 35“ durch die Angabe „nach § 35 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. August 2009, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel ab dem 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung; dies gilt nicht für Arzneimittel, für die ein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 Satz 1 festgesetzt ist.“

bb) In Satz 7 wird die Angabe „den Sätzen 1 bis 5“ durch die Angabe „den Sätzen 1 bis 6“ ersetzt.

cc) In Satz 9 wird die Angabe „gelten die Absätze 1, 5 bis 7 und 9 entsprechend“ durch die Angabe „gilt Absatz 1 entsprechend“ ersetzt.

dd) Satz 10 wird gestrichen.

e) Nach Absatz 3d werden die folgenden Absätze 3e und 3f eingefügt:

„(3e) Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers oder sonstigen Herstellers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. Januar 2026, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundbehandlung ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung. Zur Berechnung des Abschlags nach Satz 1 ist der Preisstand vom 1. Januar 2026 erstmals am 1. Juli 2028 und jeweils am 1. Juli der Folgejahre um den Betrag anzuheben, der sich aus der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland im Vergleich zum Vorjahr ergibt. Für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung, die erstmals nach dem 1. Januar 2026 in den Markt eingeführt werden, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. Bei Neueinführungen eines Verbandmittels oder eines sonstigen Produktes zur Wundbehandlung, für das der pharmazeutische Unternehmer oder sonstige Hersteller bereits ein Produkt mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Wundflächeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Produkt in Bezug auf die Gesamtwundfläche der Packung am nächsten kommt. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstmals bis zum 30. November 2026. Die Absätze 6 und 7 gelten entsprechend.

(3f) 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. Zur Berechnung des Abschlags nach Satz 1 ist der Preisstand vom 1. Juni 2026 erstmals am 1. Juli 2028 und jeweils am 1. Juli der Folgejahre um den Betrag anzuheben, der sich aus der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland im Vergleich zum Vorjahr ergibt. Für Impfstoffe die erstmals nach dem 1. Juni 2026 in den Markt eingeführt werden und für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. Bei Neueinführungen eines Impfstoffes, für den Patenschutz oder Unterlagenschutz besteht und für den der pharmazeutische Unternehmer bereits einen Impfstoff mit gleicher Zusammensetzung in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Mengeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Impfstoff in Bezug auf die Packungsgröße am nächsten kommt. Satz 4 gilt entsprechend bei Änderungen zu den Angaben des pharmazeutischen Unternehmers oder zum Mitvertrieb durch einen anderen pharmazeutischen Unternehmer. Für importierte Impfstoffe, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht und die nach § 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 abgegeben werden, gilt abweichend von Satz 1 ein Abrechnungsbetrag von höchstens dem Betrag, der entsprechend den Vorgaben des § 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 niedriger ist als der Abgabepreis des Bezugsimpfstoffes einschließlich Mehrwertsteuer, unter Berücksichtigung von Abschlägen für den Bezugsimpfstoff aufgrund dieser Vorschrift. Abschläge nach Absatz 2 werden zusätzlich zu dem Abschlag nach den Sätzen 1 bis 6 erhoben. Für die Abrechnung des Abschlags nach den Sätzen 1 bis 6 gilt Absatz 1 Satz 3 bis 5 entsprechend. Absatz 4 findet Anwendung. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstmals bis zum 30. November 2026.“

f) Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

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

g) In Absatz 5 wird die Angabe „3a und 3b“ durch die Angabe „3a, 3b, 3e und 3f“ ersetzt.

h) In Absatz 9 Satz 2 wird die Angabe „1, 1a, 1b und 3a“ durch die Angabe „1, 1a, 1b, 3a und 3f“ ersetzt.

49. § 130b wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Bei einer Vereinbarung nach Absatz 1 müssen mengenbezogene Aspekte, wie eine mengenbezogene Staffelung oder ein jährliches Gesamtvolumen, vereinbart und das Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels unter Beachtung seines Stellenwerts in der Versorgung berücksichtigt werden (Preis-Mengen-Regelung). Gegenstand einer Preis-Mengen-Regelung kann insbesondere eine Begrenzung des packungsbezogenen Erstattungsbetrags sein. Wird in einer Vereinbarung nach Absatz 1 keine Preis-Mengen-Regelung vereinbart, gilt vorbehaltlich der nachträglichen Vereinbarung einer solchen eine Anpassung des Erstattungsbetrags nach Maßgabe der Sätze 5 bis 16 als vereinbart. Die Schiedsstelle nach Absatz 5 darf eine abweichende Preis-Mengen-Regelung nur mit Zustimmung der Vertragsparteien festsetzen. Der Erstattungsbetrag ist jährlich, erstmalig ab dem vierten Jahr nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff, anzupassen. Zur Anpassung wird der vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag um einen Rabattsatz geändert. Der Rabattsatz in Prozent ist die Summe aus

1. dem Produkt von 1,7 Prozent und dem Quotienten aus

   a) der Differenz zwischen dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels im Vorjahreszeitraum und dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels im Referenzjahreszeitraum und

   b) dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels im Vorjahreszeitraum und

2. dem Produkt von 1,5 Prozent und dem auf die nächstniedrigere ganze Zahl abgerundeten Quotienten aus dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels im Vorjahreszeitraum und 100 Millionen Euro.

Ist die Summe negativ, wird der vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag nicht geändert. Der Vorjahreszeitraum nach Satz 7 ist jeweils der Zwölf-Monats-Zeitraum, der mit dem achtzehnten Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt für die Anpassung des Erstattungsbetrags beginnt und mit dem siebten Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt für die Anpassung des Erstattungsbetrags endet, erstmals der neunzehnte bis dreißigste Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Der Referenzjahreszeitraum nach Satz 7 Nummer 1 Buchstabe a ist der siebte bis achtzehnte Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Das Gesamtausgabenvolumen eines Jahreszeitraums ist die Summe der Produkte der jeweiligen Anzahl der von Apotheken zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Bezugsgrößen des Arzneimittels und dem jeweils geltenden Erstattungsbetrag pro Bezugsgröße. Das in den Sätzen 7 und 11 genannte Arzneimittel umfasst auch importierte Arzneimittel, die nach § 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 abgegeben werden; dem Arzneimittel gleichgestellt sind alle Arzneimittel mit dem gleichen neuen Wirkstoff, für die nach Absatz 3a Satz 1 der nach Absatz 1 vereinbarte Erstattungsbetrag gilt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt jährlich die Anzahl der im Vorjahreszeitraum und der im Referenzjahreszeitraum abgerechneten Bezugsgrößen des Arzneimittels anhand der Daten nach § 84 Absatz 5 fest, ermittelt das Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels im Vorjahreszeitraum und im Referenzjahreszeitraum und berechnet die Höhe des Rabattsatzes. 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 einschließlich der festgestellten Bezugsgrößen und der ermittelten Gesamtausgabenvolumina jährlich bis zum Ablauf des zweiten Monats vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt für die Anpassung des Erstattungsbetrags, erstmals bis zum Ablauf des fünfunddreißigsten Monats nach dem erstmaligen Inverkehrbringen des Arzneimittels mit dem Wirkstoff, zur Verfügung. Der nach Satz 3 anzupassende Erstattungsbetrag gilt erstmals ab dem spätesten der folgenden Zeitpunkte:

1. ab dem … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 8 Absatz 1 dieses Gesetzes],

2. ab dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt für die erstmalige Anpassung des Erstattungsbetrags,

3. in den in Absatz 3a Satz 2, 3, 4, 5, 6 oder 8 genannten Fällen ab dem dort jeweils genannten Zeitpunkt,

4. im Fall einer neuen Vereinbarung nach Absatz 1 aufgrund der Kündigung einer Vereinbarung nach Absatz 1 oder eines Schiedsspruchs nach Absatz 4 ab dem Wirksamwerden der neuen Vereinbarung, jedoch spätestens ab dem siebten Monat nach dem Wirksamwerden der Kündigung.

Gilt die Anpassung des Erstattungsbetrags nach Satz 3 erst nach Ablauf der in Satz 14 genannten, für den nach Satz 15 erstmals geltenden anzupassenden Erstattungsbetrag maßgeblichen Frist 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. Das Nähere zur Umsetzung von Preis-Mengen-Regelungen im Verhältnis zu den Krankenkassen insbesondere im Hinblick auf deren Mitwirkungspflichten regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Satzung."

b) Absatz 2 wird gestrichen.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

bb) Im neuen Satz 8 wird die Angabe „Sätze 8 und 9" durch die Angabe „Sätze 6 und 7" ersetzt.

cc) Die neuen Sätze 9 bis 13 werden gestrichen.

d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

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

e) In Absatz 4 Satz 3 wird nach der Angabe „in" die Angabe „Absatz 1a Satz 15 oder" eingefügt.

f) In Absatz 4a Satz 1 wird nach der Angabe „Erstattungsbetrags" die Angabe „nach Absatz 1a Satz 15," eingefügt.

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

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

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

„§ 130e

Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung

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

(2) Verordnungen von Arzneimitteln aus einer nach Absatz 1 Satz 1 festgelegten Gruppe, für die Rabattverträge nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart wurden, sind von der Prüfungsstelle als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 106 bis 106c zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten anzuerkennen. Die in § 106b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner können vereinbaren, dass Verordnungen nicht rabattierter Arzneimittel aus einer nach Absatz 1 Satz 1 festgelegten Gruppe, die auch Arzneimittel enthält, für die Rabattverträge nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart wurden, von Maßnahmen nach den §§ 106 bis 106c auszunehmen sind, wenn eine nach § 106b Absatz 1 Satz 5 vereinbarte Verordnungsquote für solche Arzneimittel der Gruppe, für die Rabattverträge nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart wurden, erreicht wurde. Das Nähere, auch zur Anerkennung der im Einzelfall aus medizinischen Gründen erfolgenden Verordnung nicht rabattierter Arzneimittel als wirtschaftlich, vereinbaren die in § 106b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner.

(3) Bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 sind Festlegungen von Gruppen und Vereinbarungen von Rabattverträgen nach Absatz 1 Satz 1 nur innerhalb folgender Wirkstoffgruppen zulässig:

1. Janus-assoziierte Kinase (JAK)-Inhibitoren,
2. Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Antagonisten,
3. Poly-ADP-Ribose-Polymerase (PARP)-Inhibitoren,
4. Proproteinkonvertase Subtilisin/Kexin Typ 9 (PCSK9)-Inhibitoren und
5. Programmed Cell Death-1-Rezeptor/Programmed Cell Death-ligand-1 (PD-1/PD-L1)-Inhibitoren.

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

51. § 132 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Einrichtungen oder Unternehmen darf bis … [einsetzen: Datum des Tages und Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie Jahreszahl des zweiten auf die Verkündung folgenden Jahres] abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 nicht übersteigt. Satz 3 gilt auch für entsprechende Vergütungssteigerungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Vertrag schließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von Haushaltshilfe auch geeignete Personen anstellen. § 111 Absatz 5 Satz 9 gilt entsprechend.“

52. § 132a Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Verträge dürfen nur mit zuverlässigen Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Leistungserbringer darf bis … [einsetzen: Datum des Tages und des Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie der Jahreszahl des zweiten auf die Verkündung folgenden Jahres] abweichend von Satz 7 die Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 nicht übersteigt. Satz 8 gilt auch für entsprechende Vergütungssteigerungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt; Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson durch das Bundesamt für Soziale Sicherung haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt oder die von der Schiedsperson festgelegten einzelnen Bestimmungen des Vertrages gilt oder gelten bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Soweit bei einer Prüfung nach § 275b Absatz 1 Satz 1 bis 3 Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen. § 111 Absatz 5 Satz 9 gilt entsprechend.“

53. § 132l Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

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

1. eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen,
2. Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen,
3. Leistungen nach § 103 Absatz 1 des Neunten Buches in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches erbringen oder
4. außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten erbringen.

§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Leistungserbringer darf bis … [einsetzen: Datum des Tages und Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie Jahreszahl des zweiten auf die Verkündung folgenden Jahres] abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Ver-

änderungsrate nach § 71 Absatz 3 nicht übersteigt. Satz 3 gilt auch für entsprechende Vergütungssteigerungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Soweit bei einer Prüfung nach § 275b Absatz 1 Satz 1 bis 3 Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Verträge nach § 132a Absatz 4 gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach Satz 1 abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1. § 111 Absatz 5 Satz 9 gilt entsprechend.“

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

„§ 133

Versorgung mit Krankentransportleistungen

(1) Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen; § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Vergütungen vor, gilt bei dieser Festlegung § 71 Absatz 1 bis 3 entsprechend. Die in Satz 1 genannten Vertragspartner haben die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung zu berücksichtigen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.

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

1. vor der Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden die Entgeltkalkulation nicht vollständig vorgelegt und ihnen keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde,
2. bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt sind,
3. die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist oder
4. die Entgeltbemessung § 71 Absatz 1 bis 3 entsprechende Vorgaben nicht einhält.

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

(4) § 127 Absatz 9 gilt entsprechend.“

55. § 134 wird wie folgt geändert:

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

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

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

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

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

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

„In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 ist auch ein Höchstbetrag für die vorübergehende Vergütung nach Satz 1 für solche digitalen Gesundheitsanwendungen festzulegen, die keiner Gruppe vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen zugeordnet werden. Als Höchstbetrag nach Satz 6 ist der Mittelwert der nach dem Umfang der Leistungsinanspruchnahme durch Versicherte nach Satz 3 Nummer 2 gewichteten Höchstbeträge festzulegen. Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend."

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

a) In Satz 2 wird die Angabe „„ den Grundsatz der Beitragssatzstabilität" gestrichen.

b) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt."

56a. Nach § 135e Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Qualitätskriterien nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe c) haben sich insbesondere auf das ärztliche Personal und das Pflegepersonal zu beziehen."

56b. § 137e Absatz 7 Satz 6 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

56c. § 137h wird wie folgt geändert:

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

„(1) Wird hinsichtlich einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, die nicht allein maßgeblich auf der Gabe eines Arzneimittels beruht, erstmalig eine Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 4 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung gestellt, hat das anfragende Krankenhaus dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode zu übermitteln. Sofern die technische Anwendung der Methode maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, hat die Informationsübermittlung im Einvernehmen mit dem Hersteller des Medizinprodukts zu erfolgen; die zu übermittelnden Informationen umfassen insbesondere auch die Daten zum klinischen Nutzen des Medizinprodukts und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt. Nur wenn die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, erfolgt eine Bewertung nach Satz 5. 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 weiteren betroffenen Medizinprodukteherstellern in der Regel einen Monat Gelegenheit, weitere Informationen im Sinne von Satz 1 an ihn zu übermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss nimmt auf Grundlage der übermittelten Informationen innerhalb von drei Monaten eine Bewertung vor, ob

1. der Nutzen der Methode als hinreichend belegt anzusehen ist,
2. der Nutzen der Methode zwar als noch nicht hinreichend belegt anzusehen ist, aber die Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, oder
3. die Methode kein Potential für eine erforderliche Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie als schädlich oder unwirksam anzusehen ist.

Für den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 5 gilt § 94 Absatz 2 Satz 1 entsprechend. Das Nähere zum Verfahren ist erstmals bis zum [einfügen: letzter Tag des dritten auf die Verkündung folgenden Monats] in der Verfahrensordnung zu regeln. Satz 1 ist erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verfahrensordnung anzuwenden."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird gestrichen.

bb) In dem neuen Satz 1 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 2" durch die Angabe „Absatz 1 Satz 3" ersetzt.

cc) In dem neuen Satz 2 wird die Angabe „in den Sätzen 1 und 2" durch die Angabe „in Satz 1" ersetzt und die Angabe „erstmals bis zum 31. Dezember 2015" gestrichen.

c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 4 Nummer 1" durch die Angabe „Absatz 1 Satz 5 Nummer 1" ersetzt.

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 5 Nummer 2 beschließt der Gemeinsame Bundesauschuss innerhalb von drei Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 5 erforderliche Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung nach den §§ 136 bis 136b und entscheidet innerhalb von sechs Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 5 über eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e."

bb) In Satz 2 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 4" durch die Angabe „Absatz 1 Satz 5" ersetzt.

cc) Die Sätze 5 bis 11 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Ein Entgelt nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung darf für eine neue Methode, für die der Gemeinsame Bundesauschuss das Vorliegen des Potentials einer erforderlichen Behandlungsalternative nach Absatz 1 Satz 5 Nummer 2 festgestellt hat, nur vereinbart werden für

1. Hochschulkliniken und
2. weitere Krankenhäuser, die die nach Satz 1 zu beschließenden Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung erfüllen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere zum Nachweis der Erfüllung dieser Anforderungen in seinen Richtlinien oder Beschlüssen nach §§ 136 bis 136b."

e) In Absatz 5 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 4 Nummer 2" durch die Angabe „Absatz 1 Satz 5 Nummer 3" ersetzt.

56d. § 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 ab dem 1. April 2019 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. Sanktionen sind so auszugestalten, dass ein regelmäßiges Unterschreiten der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen ausgeschlossen wird. Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes haben die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 10 über Sanktionen nach Absatz 4a und 5 dahingehend zu überprüfen und anzupassen.“

56e. Die §§ 137k bis 137n werden durch den folgenden § 137k ersetzt:

„§ 137k

Personalausstattung im Krankenhaus

Die zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 108 sind verpflichtet, eine bedarfsgerechte Personalausstattung in Bereichen der unmittelbaren Patientenversorgung im Krankenhaus sicherzustellen. Sie haben die zu diesem Zweck erforderlichen Maßnahmen zu treffen.“

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

a) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“

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

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

58. § 175 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 4 Satz 7 und 8 wird gestrichen.

c) Absatz 4a wird gestrichen.

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

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

60. § 221 wird wie folgt geändert:

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

„(1) Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Milliarden Euro in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. Abweichend von Satz 1 beträgt der Zuschuss des Bundes im Jahr 2027 13,15 Milliarden Euro und ab dem Jahr 2028 jährlich 12,95 Milliarden Euro.“

b) Nach Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

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

1. 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2035,
2. 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2036,
3. 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2037,
4. 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2038 und
5. 1,6 Milliarden Euro bis spätestens 31. Dezember 2039.“

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

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

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

62. § 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, für das Jahr 2027 das 0,2472-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2028 das 0,2546-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2029 das 0,2697-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das 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.“

62a In § 234 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „gelegt.“ durch die Angabe „; dies gilt nicht für Kalendertage, für die Anspruch auf teilweises Krankengeld nach § 44 Absatz 1a besteht.“ ersetzt.

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

„§ 242b

Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner

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

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

d) mindestens Pflegegrad 3 hat, einen festgestellten Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung nach § 43 Absatz 2 Satz 1 des Sechsten Buches hat oder als nicht erwerbsfähiger Leistungsberechtigter, der mit dem erwerbsfähigen Mitglied in einer Bedarfsgemeinschaft lebt, Grundsicherungsgeld nach § 19 Absatz 1 Satz 2 des Zweiten Buches erhält oder

e) einen nach den Maßstäben des § 152 in Verbindung mit § 153 Absatz 2 des Neunten Buches festgestellten Grad der Behinderung oder einen nach den Maßstäben des § 5 des Vierzehnten Buches festgestellten Grad der Schädigungsfolgen von mindestens 60 oder eine nach den Maßstäben des § 56 Absatz 2 des Siebten Buches festgestellte Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent hat.

Als Kind im Sinne des Satzes 2 Nummer 1 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die der Ehegatte oder der Lebenspartner in seinen Haushalt aufgenommen hat, sowie Pflegekinder nach § 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches. Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Mitglieds, des Ehegatten oder des Lebenspartners aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Mitglieds, Ehegatten oder Lebenspartners und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Die Krankenkassen berücksichtigen die Ausnahmen nach Satz 2 auch ohne Nachweis des Mitglieds, wenn ihnen deren Vorliegen bekannt ist. Der Zuschlag nach Satz 1 ist in den in Satz 2 genannten Fällen ab Beginn des Monats, in dem die jeweiligen Voraussetzungen eintreten, bis zum Ablauf des Monats, in dem die jeweiligen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, nicht zu erheben.

(2) Mitglieder tragen den Zuschlag nach Absatz 1 allein. Der Zuschlag ist von demjenigen zu zahlen, der die Beiträge zu zahlen hat. Wird der Zuschlag von einem Dritten gezahlt, hat dieser einen Anspruch gegen das Mitglied auf den von dem Mitglied zu tragenden Zuschlag. Dieser Anspruch kann von dem Dritten durch Abzug von einer an das Mitglied zu erbringenden Geldleistung geltend gemacht werden. § 28g Satz 3 des Vierten Buches findet für den Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis einschließlich 31. Juli 2028 keine Anwendung auf einen unterbliebenen Abzug des Zuschlags nach Absatz 1 Satz 1. Ein Säumniszuschlag nach § 24 Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches ist nicht zu erheben, wenn nach Absatz 1 Satz 1 im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis einschließlich 31. Juli 2028 zu zahlende Zuschläge nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt werden.

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

(4) Der Zuschlag nach Absatz 1 ist bis einschließlich 30. Juni 2028 nicht auf den Beitragssatz von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung im Sinne des § 228 Absatz 1 Satz 1 und von Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 zu erheben.

(5) Die Krankenkassen stellen die Pflicht zur Zahlung des Zuschlages nach Absatz 1 fest und übermitteln den nach Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit den §§ 252, 253, 255 und 256 zur Zahlung des Zuschlags Verpflichteten die zur Durchführung des Einbehalts und zur Zahlung des Zuschlages erforderlichen Daten elektronisch.“

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

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

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

„(5) Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2026 jährlich 100 Millionen Euro, jeweils abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, zugeführt.“

65a. § 275a Absatz 1 Satz 8 wird gestrichen.

66. § 275c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „300 Euro“ durch die Angabe „500 Euro“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

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

2. bis zu 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,

3. 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.“

bb) In Satz 6 wird die Angabe „20 Prozent“ durch die Angabe „50 Prozent“ ersetzt.

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

„(3) Ab dem 1. Januar 2027 haben die Krankenhäuser bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 80 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt 500 Euro. In dem Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird kein Aufschlag erhoben. Die Geltendmachung des Aufschlags erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung; das Nähere vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Maßgeblich für die Zuordnung einer beanstandeten Abrechnung, die zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, zu einem Quartal ist die jeweilige leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse.“

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

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

67a. § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 16 wird durch die folgende Nummer 16 ersetzt:

„16. die Auswahl von Versicherten für Maßnahmen nach § 44 Absatz 4 und nach § 39b sowie zu deren Durchführung,“.

68. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

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

bb) Satz 10 wird durch die folgen-den Sätze ersetzt:

„Die Angaben nach Satz 1 Nummer 1 sind unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung des sicheren Übermittlungsverfahrens nach § 311 Absatz 6 über die Telematikinfrastruktur unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln; die notwendigen technischen und organisatorischen Anpassungen zur Erfassung und Übertragung der Daten zur Teilarbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind bis zum 1. Juli 2027 sicherzustellen. Satz 10 gilt nicht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind."

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

69. § 346 Absatz 3 bis 5 wird gestrichen.

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

„§ 410

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

Abweichend von § 79 Absatz 6 Satz 1 in Verbindung mit § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches, § 91 Absatz 2 Satz 16, § 217b Absatz 2 Satz 6 in Verbindung mit § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches und § 282 Absatz 4 Satz 4 in Verbindung mit § 35a Absatz 6a Satz 6 des Vierten Buches kann für Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, für die unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, für Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und für Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund bis zum 31. Dezember 2027 keine höhere Vergütung vereinbart werden.

§ 411

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

Eine Erhöhung der Vergütung für außertariflich bezahlte Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann ab dem … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] nur alle sechs Jahre vereinbart werden. Eine höhere Vergütung darf nur durch einen prozentualen Zuschlag auf die zuletzt vereinbarte Grundvergütung in Höhe des Mittelwerts der nach § 71 Absatz 3 Satz 5 seit dem Beginn der vorherigen Amtsperiode veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsraten vereinbart werden. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für am 30. März 2026 gültige Verträge, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. Ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge dürfen keine Vereinbarungen über Vergütungserhöhungen enthalten, die den Sätzen 1 und 2 widersprechen."

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

„§ 429

Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag

Anträge nach § 35a Absatz 1d Satz 1 in der bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung, über die der Gemeinsame Bundesausschuss nicht bis zum Ablauf des … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] entschieden hat, sind als unzulässig zu verwerfen. Benennungen von Arzneimitteln nach § 35a Absatz 3 Satz 4 in der bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung in Beschlüssen über die Nutzenbewertung, die vor dem … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] in Kraft getreten sind, bleiben für die Zwecke der Abrechnung des

Kombinationsabschlags nach § 130e in der bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung in Kraft. § 130e in der bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung ist auf alle Arzneimittel, die bis zum Ablauf des … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] zu Lasten der Krankenkassen abgegeben worden sind, weiter anzuwenden.

§ 430

Evaluierung

Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert spätestens bis zum 31. Dezember 2030, ob die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom … [einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieses Gesetzes] eingeführten Maßnahmen sich als geeignet und ausreichend erwiesen haben, stabilere Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen, ohne die gesundheitliche Versorgung nach § 12 Absatz 1 Satz 1 zu beeinträchtigen. Es kann einen Dritten mit der Durchführung der Evaluation ganz oder teilweise beauftragen.“

72. Anlage 1 wird durch die aus dem Anhang zu diesem Gesetz ersichtliche Anlage 1 ersetzt.

Artikel 1a

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 2 des Gesetzes vom 16. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 107) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 27 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

   „3. wegen stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 74 des Fünften Buches oder § 44 des Neunten Buches, wegen Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches oder aus einem sonstigen der in § 146 Absatz 1 genannten Gründe“.

2. Nach § 150 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird die folgende Nummer 1a eingefügt:

   „1a. Zeiten einer Beschäftigung während einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches oder Zeiten der stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 74 des Fünften Buches oder § 44 des Neunten Buches,“.

3. § 345 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Nummer 5 wird die folgende Nummer 5a eingefügt:

      „5a. die teilweises Krankengeld nach § 44 Absatz 1a des Fünften Buches oder teilweises Krankengeld der Sozialen Entschädigung beziehen, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens; bei gleichzeitigem Bezug von teilweisem Krankengeld nach § 44 Absatz 1a des Fünften Buches neben einer anderen Leistung ist das dem teilweisen Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,“.

   b) Die bisherigen Nummern 5a und 5b werden zu den Nummern 5b und 5c.

4. § 347 Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

   „5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von diesen und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger zahlen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:

      a) Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung oder Übergangsgeld,

      b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistung nach diesem Buch,

      c) Krankengeld, dessen Höhe sich nach § 47 Absatz 2a des Fünften Buches bestimmt, oder

      d) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,“.

Artikel 2

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 27. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 119) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

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

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

   „(6a) Der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Die Vergütung der Mitglieder des Vorstandes einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen hat in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen, die sich nach der Zahl der Versicherten bemisst. Darüber hinaus ist die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen. Die Aufsichtsbehörde kann vor ihrer Entscheidung nach Satz 1 verlangen, dass ihr eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge vorgelegt wird. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer einer Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. 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 in Höhe des Mittelwerts der nach § 71 Absatz 3 Satz 5 des Fünften Buches seit dem Beginn der vorherigen Amtsperiode veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsraten vereinbart werden. Die Sätze 5 und 6 gelten auch für Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bis zum Ablauf des 30. März 2026 zugestimmt hat, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. Ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge dürfen keine Vereinbarungen über Vergütungserhöhungen enthalten, die den Sätzen 5 und 6 widersprechen. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 6 Satz 3 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an die Körperschaft abzuführen. Vereinbarungen der Körperschaft für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“

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

4. § 109 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 wird durch die folgenden Nummern 2 und 3 ersetzt:

      „2. den Beginn und das Ende der Arbeitsunfähigkeit oder der Teilarbeitsunfähigkeit,

      3. das Datum der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit oder der Teilarbeitsunfähigkeit,“.

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

      „(2) Der Arbeitgeber ruft ab dem 1. Juli 2028 die Daten nach Absatz 1 zu einer ärztlich festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c des Fünften Buches ab und teilt seine Zustimmung zur teilweisen Arbeitsleistung des Beschäftigten und den Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme elektronisch der Krankenkasse mit. Eine vorzeitige Beendigung der Teilarbeitsunfähigkeit durch Arbeitnehmer oder Arbeitgeber ist der Krankenkasse unverzüglich durch den Arbeitgeber zu melden. Der Beendigungszeitpunkt ist anzugeben.“

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

„(4) Das Nähere zu den Datensätzen, zum Verfahren nach den Absätzen 1 und 2 sowie zu den Fristen und den Einzelheiten der elektronischen Kommunikation regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen. Die Grundsätze bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist vor der Genehmigung anzuhören."

Artikel 2a

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 2 Absatz 10 des Gesetzes vom 12. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 143) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

      „2. nur deshalb keinen Anspruch auf Krankengeld haben, weil sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit, der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches oder der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit, der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches oder der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zuletzt versicherungspflichtig waren, längstens jedoch für 18 Monate,".

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

      „2. in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 1 mit Beginn der Leistung und in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 2 mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit, der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches, oder der Rehabilitation, wenn der Antrag innerhalb von drei Monaten danach gestellt wird, andernfalls mit dem Tag, der dem Eingang des Antrags folgt, frühestens jedoch mit dem Ende der Versicherungspflicht aufgrund einer vorausgehenden versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit."

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

   „Satz 1 Nummer 2 gilt nicht für Personen, deren Arbeitseinkommen die nach Satz 2 maßgebende Geringfügigkeitsgrenze aufgrund einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches unterschreitet."

3. § 6 Absatz 1b Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

   „Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Rahmen betrieblicher Berufsbildung, nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz, nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder nach § 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 beschäftigt sind oder von der Möglichkeit einer stufenweisen Wiederaufnahme einer nicht geringfügigen Tätigkeit nach § 74 des Fünften Buches Gebrauch machen oder in einer nicht geringfügigen Tätigkeit teilweise arbeitsunfähig nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches sind."

4. In § 20 Absatz 3 wird die Angabe „§ 44" durch die Angabe „§ 44 Absatz 1" ersetzt.

5. § 166 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

   a) Nummer 2c wird durch die folgende Nummer 2c ersetzt:

      „2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld, teilweises Krankengeld nach § 44 Absatz 1a des Fünften Buches oder teilweises Krankengeld der Sozialen Entschädigung beziehen, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei bei gleichzeitigem

Bezug von teilweisem Krankengeld nach § 44 Absatz 1a des Fünften Buches neben einer anderen Leistung das dem teilweisen Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,“.

b) In Nummer 5 wird die Angabe „Arbeitseinkommens.“ durch die Angabe „Arbeitseinkommens,“ ersetzt.

c) Nach Nummer 5 wird die folgende Nummer 6 eingefügt:

„6. bei Personen, die für Zeiten der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 Prozent des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts, das entsprechend der ärztlich festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches mit dem Faktor 0,25, dem Faktor 0,5 oder dem Faktor 0,75 multipliziert wird.“

6. § 170 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird wie folgt geändert:

aa) Buchstabe d wird durch den folgenden Buchstaben d ersetzt:

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

bb) Die bisherigen Buchstaben d und e werden zu den Buchstaben e und f.

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

„5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, der Teilarbeitsunfähigkeit, oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,“.

7. In § 175 Absatz 1 wird die Angabe „Beiträge.“ durch die Angabe „; dies gilt nicht für nachgewiesene Zeiten des Bezugs von teilweisem Krankengeld nach § 44 Absatz 1a des Fünften Buches“ eirsetzt.

Artikel 2b

Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch

Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 16. Januar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 14) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 67 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „Arbeitsunfähigkeit“ die Angabe „oder Teilarbeitsunfähigkeit“ eingefügt.

2. In § 167 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig“ durch die Angabe „länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig oder teilweise arbeitsunfähig“ ersetzt.

Artikel 2c

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 26.Mai 1994 (BGBl I. S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 16. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 107) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 59 Absatz 2 Satz 1 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Beiträge für Bezieher von Krankengeld werden von den Leistungsbeziehern und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen, soweit sie auf das Krankengeld entfallen und dieses nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit oder des § 47 Absatz 2a des Fünften Buches zu zahlen ist, im Übrigen von den Krankenkas-

sen; die Beiträge werden auch dann von den Krankenkassen getragen, wenn das dem Krankengeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt.“

Artikel 2d

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 9 des Gesetzes vom 16. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 107) 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 Beitragszuschlag nach § 242b des Fünften Buches als angemessen.“

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

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

      „d) Beiträge, die auf Grund des Beitragszuschlags nach dem Fünften Buch gezahlt werden.“

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

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 5 Absatz 3g wird gestrichen.

2. § 6 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 2 Satz 9 wird die Angabe „nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

   b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 4 wird die Angabe „Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1“ durch die Angabe „für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 vereinbarte oder festgelegte oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 festgesetzte Veränderungswert“ ersetzt.

      bb) In Satz 5 wird die Angabe „§ 10 Absatz 5 Satz 6“ durch die Angabe „§ 10 Absatz 5 Satz 5“ ersetzt.

3. § 6a wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 Satz 12 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

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

      „(2a) Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 ist das für das Jahr 2026 vereinbarte Pflegebudget abzüglich von 86 Prozent des für die in Absatz 2 Satz 10 genannten Maßnahmen zur Entlastung von Pflegepersonal vereinbarten Betrags; weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für das Jahr 2026 von den vereinbarten Pflegepersonalkosten für das Jahr 2026 ab, sind die Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 auf Verlangen einer der Vertragsparteien verpflichtet, die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für den nächstmöglichen Pflegesatzzeitraum zu berücksichtigen, indem sie eine Berichtigung der Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung

des Pflegebudgets für den nächstmöglichen Pflegesatzzeitraum und einen Ausgleich vornehmen. In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets das für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Pflegebudget; abweichend davon ist Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets

1. für das Jahr 2028 das für das Jahr 2027 vereinbarte Pflegebudget abzüglich der Hälfte des darin enthaltenen Betrags für die in Absatz 2 Satz 10 genannten Maßnahmen zur Entlastung von Pflegepersonal und
2. für das Jahr 2029 das für das Jahr 2028 vereinbarte Pflegebudget abzüglich des darin enthaltenen Betrags für die in Absatz 2 Satz 10 genannten Maßnahmen zur Entlastung von Pflegepersonal.

Ist im jeweiligen Vorjahr nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 eine Erhöhungsrate vereinbart worden, ist das für das folgende Kalenderjahr zu vereinbarende Pflegebudget um die Hälfte dieser Erhöhungsrate zu erhöhen. Bei der Vereinbarung des Pflegebudgets sind die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung. Das Pflegebudget eines Kalenderjahres darf das um den für dieses Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 vereinbarten oder festgelegten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 festgesetzten Veränderungswert veränderte Pflegebudget des Vorjahres nur überschreiten, soweit eine Überschreitung bedingt ist durch

1. die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die auf Grund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, aus Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses,
2. die Abwicklung eines Ausgleichsbetrags nach Absatz 5 Satz 3 oder
3. die Vereinbarung einer Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 im jeweiligen Vorjahr.

   Ist die Überschreitung durch die Vereinbarung einer Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 im jeweiligen Vorjahr bedingt, ist eine Überschreitung in Höhe der Hälfte der im jeweiligen Vorjahr vereinbarten Erhöhungsrate zulässig. Bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus, insbesondere von Leiharbeitnehmern im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, ist der Teil der Vergütungen, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus hinausgeht, und damit auch die Zahlung von Vermittlungsentgelten, nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen. Weichen ab dem Jahr 2027 in einem Kalenderjahr die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den für dieses Kalenderjahr vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind Mehrkosten nicht und Minderkosten bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen, indem für das Vereinbarungsjahr das Pflegebudget berichtigt und ein Ausgleich vorgenommen wird. Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten, sind unabhängig von der dienstlichen Zuordnung im Krankenhaus nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.“

c) Absatz 4 Satz 5 und 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

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

4. § 6c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 wird die Angabe „vollständig im Gesamtvolumen zu berücksichtigen“ durch die Angabe „bei der erstmaligen Vereinbarung des Gesamtvolumens vollständig zu berücksichtigen“ ersetzt.

bb) Nach Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Bei folgenden Vereinbarungen des Gesamtvolumens sind die ermittelten Pflegepersonalkosten nur soweit zu berücksichtigen, als sie nicht die um den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 vereinbarten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 festgesetzten Veränderungswert veränderten Pflegepersonalkosten des Vorjahres überschreiten, es sei denn, die Überschreitung ist durch die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die auf Grund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, aus Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses bedingt."

cc) In dem neuen Satz 7 wird die Angabe „Mehr- oder" gestrichen.

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

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

5. § 8 wird wie folgt geändert:

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

„Werden Patientinnen oder Patienten, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, in ein Krankenhaus aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn

1. es sich bei der Aufnahme um eine Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer handelt, oder
2. ab dem 1. Januar 2028 die Aufnahme in das Krankenhaus innerhalb von 30 Kalendertagen nach dem Aufnahmedatum eines anderen Krankenhausaufenthalts erfolgt und die während des Aufenthalts erbrachten Leistungen in dieselbe Hauptdiagnosegruppe der für den anderen Krankenhausaufenthalt abrechenbaren Fallpauschale einzugruppieren sind."

b) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Die Berechnung von Kurzzeitfallpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist ausgeschlossen, wenn die erbrachte Leistung in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten oder nach § 115b Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzten Katalog enthalten ist. Näheres oder Abweichendes regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes."

6. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

„3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge und bis zum 31. März 2027 Ausnahmen von der in § 8 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 genannten Fallzusammenführung, soweit eine solche nicht wirtschaftlich geboten oder nicht medizinisch vertretbar ist,".

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

„7. die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4, eine anteilige Erhöhungsrate sowie bis zum 31. März 2019 die Einzelheiten für einen Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung

verwendet werden, und ein Verfahren, das gewährleistet, dass Krankenhäuser Mittel zurückzuzahlen haben, die sie nicht zweckentsprechend verwendet haben,“.

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

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

„11. erstmals bis zum 30. September 2027 nähere Einzelheiten für Kurzzeitfallpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere

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

b) die Folgen, sofern das einzelne Krankenhaus entgegen den nach Buchstabe a festzulegenden Vorgaben eine Fallzahlausweitung vorgenommen hat.“

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

„(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2029, den Veränderungswert für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4; abweichend hiervon entspricht der Veränderungswert

1. für das Jahr 2026 dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert und
2. für die Jahre 2027 bis 2029 der im jeweiligen Vorjahr nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlichten Veränderungsrate.

Überschreitet der nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichte Orientierungswert die im selben Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlichte Veränderungsrate, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Oktober desselben Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2029, den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate. Unterschreitet der nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichte Orientierungswert die im selben Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlichte Veränderungsrate, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Oktober desselben Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2029, den Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und der zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, abgeben und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.“

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

„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Nummer 3 oder Absatz 1c nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle abweichend von Satz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.“

7. § 10 wird wie folgt geändert:

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

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

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

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „des Veränderungswerts § 9 Absatz 1b Satz 1“ durch die Angabe „des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 vereinbarten oder festgelegten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 festgesetzten Veränderungswerts“ ersetzt.

bb) Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Satz 2 findet keine Anwendung im Zusammenhang mit der Einführung und Weiterentwicklung des Pflegebudgets nach § 6a, des Vorhaltebudgets nach § 6b, der Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 6c, der Kurzzeitfallpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

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

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

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

jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich sind jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen sowie Einmalzahlungen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben die Vereinbarung der Erhöhungsrate und der anteiligen Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 jeweils für das laufende Kalenderjahr innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden einer nach Satz 3 maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarung zu treffen; die Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist in Höhe des Unterschieds zwischen dem nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 vereinbarten oder festgelegten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 festgesetzten Veränderungswert und der in Satz 3 genannten Tarifrate zu vereinbaren. Der zu vereinbarende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung von den Vertragsparteien auf Landesebene um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate zu erhöhen. Sofern der Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen. Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsrate vorzunehmen. Abweichend von Satz 6 ist der Basisfallwert, sofern er bereits vereinbart oder festgesetzt ist, auf Verlangen einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei auf Landesebene während eines laufenden Kalenderjahres unverzüglich unter Berücksichtigung der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarten anteiligen Erhöhungsrate und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung neu zu vereinbaren.“

e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

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

„Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert zu ermitteln, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt, und diesen spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen. Die für eine Weiterentwicklung des Orientierungswerts vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Die Erhebungen dieser Daten werden jährlich vom Statistischen Bundesamt durchgeführt. Nach Inkrafttreten der in

Satz 2 genannten Rechtsverordnung umfasst der Berichtszeitraum das vorangegangene Kalenderjahr.“

bb) Die bisherigen Sätze 6 und 7 werden gestrichen.

8. In § 21 Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „§ 17b Abs. 2 Satz 1“ durch die Angabe „§ 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 17a Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes“ durch die Angabe „den nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten oder festgelegten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes festgesetzten Veränderungswert“ ersetzt.

2. § 17b wird wie folgt geändert:

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

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

   „(2a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet bis zum 31. März 2027 ein Konzept für geeignete Fallgruppen für eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen). Auf der Grundlage dieses Konzepts schließen die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis zum 30. April 2027 eine Vereinbarung zur gesonderten Kalkulation von Kurzzeitfallpauschalen. Eine untere Grenzverweildauer entsprechend den nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden Regelungen zur Grenzverweildauer ist für Kurzzeitfallpauschalen nicht zu kalkulieren. Kurzzeitfallpauschalen sind erstmals im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2028 zu kalkulieren und im Entgeltkatalog für das Jahr 2028 auszuweisen. Behandlungsfälle, die mit Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, werden innerhalb der in Satz 1 genannten maximalen Behandlungsdauer unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer vergütet; übersteigt die tatsächliche Behandlungsdauer in einem Behandlungsfall die in Satz 1 genannte maximale Behandlungsdauer, so wird dieser Behandlungsfall nicht mit einer Kurzzeitfallpauschale vergütet. Die Vertragsparteien stellen bei der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems nach Absatz 2 sicher, dass Kostensenkungen, die sich bei der jährlichen Kalkulation von Kurzzeitfallpauschalen zeigen, zu einer Absenkung der Kurzzeitfallpauschalen sowie im Ergebnis auch zu einer Absenkung der Summe aller vereinbarten Kurzzeitfallpauschalen führen. Die Vertragsparteien prüfen im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems nach Absatz 2 auf Grundlage der Kalkulation nach Absatz 3 Satz 4, wie viele und welche der mit Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Behandlungsfälle ambulant erbracht werden und ob für diese eine Überführung in den nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten oder nach § 115b Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzten Katalog sachgerecht ist. Die Vertragsparteien überprüfen zudem, ob und inwieweit für Behandlungsfälle, für die eine Kurzzeitfallpauschale kalkuliert und ausgewiesen ist, eine spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet werden kann. Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2030, einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten vor. Das Institut für das Entgeltsys-

tem im Krankenhaus hat die für die Erstellung des Berichts erforderlichen Auswertungen vorzunehmen.“

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

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

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

„Kommt die in Absatz 2a Satz 2 genannte Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 abweichend von Satz 1 ohne Antrag bis zum Ablauf des 21. Mai 2027.“

e) Absatz 4c Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Es hat in der Analyse zu prüfen, ob die Höhe des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Anteils sachgerecht ist, ob die variablen Sachkosten sowie die Kosten von Querschnittsaufgaben sachgerecht abgebildet sind, ob die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen Auswirkungen auf die Vorhaltevergütung hat, ob durch die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung unterjährige Leistungseinschränkungen eintreten und inwieweit die Vergütung eines Vorhaltebudgets an dem bevölkerungsbezogenen Bedarf und fallzahlunabhängig ausgerichtet werden kann.“

3. § 17c wird wie folgt geändert:

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

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Dem Medizinischen Dienst Bund ist bei einer Anpassung der Regelungen nach Satz 2 Nummer 2, 4, 5 oder 6 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; eine Stellungnahme ist bei der jeweiligen Anpassung der Regelung angemessen zu berücksichtigen.“

bb) Nach Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:

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

Artikel 5

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Gesamtbetrag darf den um den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten oder festgelegten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes festgesetzten Veränderungswert veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit eine Überschreitung durch die in Satz 4 Nummer 5 oder 7 genannten Tatbestände bedingt ist oder soweit im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der in Satz 4 Nummer 1 oder 2 genannten Tatbestände ist nur zulässig, wenn die Veränderung der Art und Menge der Leistungen durch zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes begründet oder wenn die Überschreitung durch Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen bedingt ist.“

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

„Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass bis einschließlich im Jahr 2025 eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass ab dem Jahr 2026 eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde oder die für die Stellenbesetzung vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, dass nicht entstandene Kosten für nicht besetzte Stellen oder nicht zweckentsprechend verwendete Mittel im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen sind und der Gesamtbetrag in der nächstmöglichen Vereinbarung in der Höhe abzusenken ist, in der Kosten für nicht besetzte Stellen nicht entstanden sind oder in der Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden. Eine Absenkung des Gesamtbetrags nach den Sätzen 8 oder 9 ist nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl oder der für die Stellenbesetzung vereinbarten Mittel vorliegt. Wird nach einer Absenkung des Gesamtbetrags nach den Sätzen 8 oder 9 eine Stellenbesetzung vorgenommen, ist der Gesamtbetrag in der nächstmöglichen Vereinbarung in Höhe der entstehenden zusätzlichen Kosten zu erhöhen.“

b) In Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 5 wird jeweils die Angabe „75 Prozent“ durch die Angabe „37,5 Prozent“ ersetzt.

2. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

b) Satz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

3. § 5 Absatz 6 wird gestrichen.

4. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nummer 5 wird gestrichen.

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

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

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

Artikel 6

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

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

0. In § 4 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 49 Abs. 1 Nr. 3“ durch die Angabe „§ 49 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3“ ersetzt.

1. § 23 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt jährlich und letztmalig für das Jahr 2025 für jede Krankenkasse den von dieser zu tragenden Anteil zur Finanzierung des Innovationsfonds, indem es jeweils den sich aus § 92a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2025 geltenden Fassung für die Krankenkassen ergebenden Betrag durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen teilt und danach das Ergebnis mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse vervielfacht.“

Artikel 6a

Änderung der Medizinproduktemethodenbewertungsverordnung

Die Medizinproduktemethodenbewertungsverordnung vom 15. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2340), die durch Artikel 3 der Verordnung vom 21. April 2021 (BGBl. I S. 833) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:“.

„Verordnung über die Voraussetzungen für die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 137h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Methodenbewertungsverordnung – MBV)“.

2. In der Eingangsformel wird die Angabe „§ 137h Absatz 2 Satz 3“ durch die Angabe „§ 137h Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.

3. In § 1 wird die Angabe „§ 137h Absatz 2 Satz 1 und 2“ durch die Angabe „§ 137h Absatz 2 Satz 1“ ersetzt und wird die Angabe „mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse“ gestrichen.

4. § 2 wird gestrichen.

5. In § 3 Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse“ durch die Angabe „nach § 137h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 6b

Änderung der Besonderen Gebührenverordnung BMG

Die Besondere Gebührenverordnung BMG vom 24. September 2021 (BGBl. I S. 4391), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 110) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 Nummer 19 wird durch die folgenden Nummern 19 und 20 ersetzt:

„19. Medizinal-Cannabisgesetz,

20. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.“

2. Die Anlage zu § 2 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In der Inhaltsübersicht wird nach Abschnitt 15 Medizinal-Cannabisgesetz folgende Angabe eingefügt:

„Abschnitt 16 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“.

b) Nach Abschnitt 15 wird folgender Abschnitt 16 eingefügt:

„Abschnitt 16

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)“.

Gebührenerhebende Behörde: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte		
Nummer	Gebühren- oder Auslagentatbestand	Höhe der Gebühren oder Auslagen in Euro
1	Entscheidung über einen Antrag auf Befreiung vom zusätzlichen Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1c Satz 1 SGB V	1 800
2	Entscheidung über einen Antrag auf Verlängerung der Befreiung vom zusätzlichen Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1c Satz 11 SGB V	400

Artikel 6c

Änderung der Pflegepersonalbemessungsverordnung

Die Pflegepersonalbemessungsverordnung vom 12. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 188), die durch Artikel 5b des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 7

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 8 des Gesetzes vom 12. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 143) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. § 1 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die §§ 1 bis 2b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 4a Absatz 2 und 4 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“

0a. § 9 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz ersetzt:

„(5) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf Versicherte bei bevorstehendem Bezug oder Bezug von Betriebshilfe zur Beratung, zur Prüfung von Leistungsansprüchen sowie zur Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit kontaktieren. Die Kontaktaufnahme kann schriftlich, elektronisch oder telefonisch erfolgen. Die Versicherten sind bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Recht zu informieren, der weiteren Kontaktaufnahme zu widersprechen. Im Falle eines Widerspruchs ist

eine weitere Kontaktaufnahme unzulässig, soweit sie nicht zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung zwingend erforderlich ist. Der Widerspruch kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“

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

2. § 18a wird durch den folgenden § 18a ersetzt:

„§ 18a

Verwaltungsausgaben

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

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

(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.“

3. 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 7 und Absatz 2 bis 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

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

„Bei der Festsetzung der Beiträge für das Jahr 2028 ist sicherzustellen, dass die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nur für die höchste Beitragsklasse wirkt.“

5. § 58 wird durch den folgenden § 58 ersetzt:

„§ 58

Vergütungsregelungen für Führungskräfte der Ebene unterhalb der Ebene der Geschäftsführung bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse

§ 411 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für die Vergütung für außertariflich bezahlte Führungskräfte der Ebene unterhalb der Ebene der Geschäftsführung bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse entsprechend.“

Artikel 7a

Änderung des Aufwendungsausgleichgesetzes

Das Aufwendungsausgleichsgesetz vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3686), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nach § 1 Absatz 1 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

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

Artikel 7b

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 11 Absatz 11 des Gesetzes vom 16. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 107) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 36 Absatz 1 Satz 1 und 2 werden 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 7c

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 355) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 3 Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Satz 2 gilt entsprechend für Zeiten des Bezugs von Krankengeld oder Elterngeld."

Artikel 8

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 1, 5, 6, 8, 12 Buchstabe b, Nummer 13, 16 Buchstabe b und c, Nummer 18 Buchstabe b, Nummern 20 bis 23, 31 Buchstabe a und c, Nummer 32 Buchstabe b und d, Nummer 33 Buchstabe b und c, Nummer 34, 37, 38, 43 Buchstabe c, Nummer 47, 48 Buchstabe b, Nummer 62, 64 bis 66, 68 Buchstabe b und Nummer 69, Artikel 2 Nummer 1, Artikel 3 Nummer 1, Artikel 5 Nummer 3, Artikel 6 und Artikel 7 Nummer 0a und 1 treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 2, 7, 16 Buchstabe a, 17, 18 Buchstabe a, 19, 63, 68 Buchstabe a und Artikel 7 Nummer 2 treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

(4) Artikel 2 Nummer 3 tritt am 1. Juli 2028 in Kraft.

EU-Rechtsakte:

1. Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel (ABl. L 311 vom 28.11.2001, S. 67; L 239 vom 12.8.2014, S. 81), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2023/1182 vom 14. Juni 2023 (ABl. L 157 vom 20.6.2023, S. 1) geändert worden ist

2. Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur (ABl. L 136 vom 30.4.2004, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/5 vom 11. Dezember 2018 (ABl. L 4 vom 7.1.2019, S. 24) geändert worden ist

Anhang zu Artikel 1 Nummer 72

Anlage 1

(zu § 135e)

Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
1	Allgemeine Innere Medizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Konventionelles Röntgengerät zur Aufnahme von Radiographien insbesondere des Skeletts, Thorax und Abdomens (Röntgen) jederzeit, Sonographiegerät, Computertomographie (CT) jederzeit mindestens in Kooperation, Gastroduodenoskopie und Koloskopie jederzeit	Facharzt (FA) aus dem Gebiet Innere Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Frauenheilkunde oder LG Geburten		Magnetresonanztomographie (MRT)			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder FA Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung (ZW) Diabetologie Alternative: FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder FA Innere Medizin mit ZW Diabetologie, dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Medizin sein Alternative: Drei FA mindestens Rufbereitschaft, jederzeit; davon mindestens zwei FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, dritter FA kann FA Kinder- und Jugendmedizin sein	
3	nicht belegt							
4	Komplexe Gastroenterologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin	Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie), Sonographie, Endosonographie, CT jederzeit	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
5	Komplexe Nephrologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Doppler- oder Duplex-Sonographie	FA Innere Medizin und Nephrologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Nephrologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	
6	Komplexe Pneumologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin	Röntgen, CT, Bronchoskopie jederzeit, Spirometrie, Bodyplethysmographie	FA Innere Medizin und Pneumologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Pneumologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	
7	Komplexe Rheumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Chirurgie		Sonographiegerät, Osteodensitometrie	FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie FA für Orthopädie und Unfallchirurgie FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Rheumatologie oder FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie, der dritte FA kann FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin oder FA für Orthopädie und Unfallchirurgie sein	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
8	Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Augenheilkunde LG HNO LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung einschließlich High-Flow-Nasenkanüle (HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Haut- und Geschlechtskrankheiten LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Komplexe Nephrologie LG Komplexe Pneumologie			FA Transfusionsmedizin		
9	Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA aus dem Gebiet Innere Medizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
		Auswahlkriterium	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Gastroenterologie LG Stammzelltransplantation			FA Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt (SP) Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie		

Leistungs-gruppen-Nummer	Leistungs-gruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
10	EPU/ Ablation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE)	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		Kardio-MRT			
11	Interventionelle Kardiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder	Katheterlabor, Röntgen, CT jederzeit, 12-Kanal-EKG- Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungs-gruppen-Nummer	Leistungs-gruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvo-raussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				LG Minimalinvasive Herzklappenintervention				
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneu-rysma oder LG Carotis operativ/ in-terventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kin-der und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		Kardio-MRT			Erfüllung der Voraus-setzungen gemäß § 28 Nummer 1 bis 6 oder Erfüllung der Vo-raussetzungen der er-weiterten Notfallver-sorgung gemäß den §§ 13 bis 17 oder Er-füllung der Vorausset-zungen der umfassen-den Notfallversorgung gemäß den §§ 18 bis 22, jeweils bezo-gen auf die Bekannt-machung eines Be-schlusses des Ge-meinsamen Bundes-ausschusses (G-BA) über Regelungen zu ei-nem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern ge-mäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert wurde

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
12	Kardiale Devices	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG EPU/Ablation LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		Kardio-MRT			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	LG Allgemeine Chirurgie LG EPU/Ablation	Katheterlabor und herzchirurgischer Operationssaal (OP) oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA Herzchirurgie sowie drei FA für Innere Medizin und Kardiologie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie					
14	Allgemeine Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, Sonographiegerät, CT jederzeit mindestens in Kooperation, mindestens zwei Operationssäle	FA Allgemeinchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	Drei FA für Allgemeinchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Jeweils ein FA für Allgemeinchirurgie kann durch einen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und einen FA für Viszeralchirurgie ersetzt werden	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie					
15	Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin		CT jederzeit oder MRT jederzeit mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
16	nicht belegt							

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin			FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Chirurgie sein	
18	Bauchaortenaneurysma	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma vom 13. März 2008 (BAnz Nr. 71, S. 1706), die zuletzt durch den Beschluss vom 19. Dezember 2024 (BAnz AT 25.02.2025 B4) geändert worden ist
		Auswahlkriterium				FA Innere Medizin und Angiologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
19	Carotis operativ/ interventionell	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, CT jederzeit, MRT, Digitale Subtraktionsangiographie (DSA), Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)		Hybrid-OP	FA Innere Medizin und Angiologie		

Leistungs-gruppen-Nummer	Leistungs-gruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, CT jederzeit, MRT, DSA, Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie FA Allgemeinchirurgie FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Gefäßchirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)			FA Innere Medizin und Angiologie		
21	Herzchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie	LG Allgemeine Chirurgie	Katheterlabor, Echokardiographie, EKG, Doppler- oder Duplex-Sonographie, DSA, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, Herz-Lungen-	FA Herzchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					Maschine			
		Auswahlkriterium	LG Herztransplantation Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße		Hybrid-OP Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)			
22	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V vom 18. Februar 2010 (BAnz Nr. 89a – Beilage vom 18.06.2010), der durch Beschluss vom 4. Dezember 2024 (BAnz AT 21.01.2025 B4) geändert wurde

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
23	Endoprothetik Hüfte	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Knie LG Geriatrie LG Revision Hüftendoprothese		CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		
24	Endoprothetik Knie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese		CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		
25	Revision Hüftendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Hüfte LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie		CT jederzeit, MRT			
26	Revision Knieendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Knie LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie		CT jederzeit, MRT			

27	Spezielle Traumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Intensivmedizin LG Allgemeine Innere Medizin	LG Neurochirurgie LG Komplexe periphere arterielle Gefäße LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	CT jederzeit, Röntgen jederzeit, Sonographie, mindestens zwei Operationssäle, Intensivstation mit mindestens sechs Betten, MRT jederzeit, Schockraum, Angiographiearbeitsplatz, Teleradiologische Anbindung zum Standort mit LG Neurochirurgie, falls diese in Kooperation erbracht wird, Hubschrauberlandeplatz oder Public-Interest-Site-(PIS-)Landestelle	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens drei FA mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist Erfüllung der durch die gesetzliche Unfallversicherungsträger nach § 34 Absatz 1 Satz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) festgelegten Anforderungen an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV) in der Fassung vom 1. Juli 2025, welche auf Grundlage von § 34 Absatz 2 und 3 SGB VII von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau festgelegt worden sind. Die Anforderungen sind abrufbar auf der Internetseite der Landesverbände der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (www.dguv.de/landesverbaende) unter der Rubrik „Medizinische Rehabilitation“ in der Unterrubrik

								„Verletzungsartenverfahren“. Erfüllung der Anforderungen an die personelle Ausstattung und der räumlichen Anforderungen für Regionales Traumazentrum (RTZ) oder Überregionales Traumazentrum (ÜTZ) nach dem „Weißbuch Schwerverletztenversorgung – Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“; Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., 3. erweiterte Auflage 2019, Seiten 16, 17 und 18 bis 20

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Wirbelsäuleneingriffe LG Endoprothetik Hüfte LG Endoprothetik Knie	LG Urologie LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie LG Thoraxchirurgie LG HNO LG Herzchirurgie LG Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie (MKG)		FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
28	Wirbelsäuleneingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium		LG Neurochirurgie	CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie		
29	Thoraxchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Thoraxchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Sofern LG Herzchirurgie am Standort erbracht wird: abweichend mindestens zwei FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Herzchirurgie LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe		FA Radiologie		
30	Bariatrische Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Gastroenterologie	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie		Mindestens ein OP-Tisch mit einer Tragfähigkeit von mindestens 225 Kilogramm			
31	Lebereingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Komplexe Gastroenterologie	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Lebertransplantation LG Palliativmedizin LG Pankreaseingriffe LG Komplexe Gastroenterologie		Interventionelle Endoskopie einschließlich endoskopischer retrograder Cholangiopankreatikographie (ERC/P) jederzeit, interventionelle Radiologie jederzeit, diagnostische Angiographie jederzeit			
32	Ösophaguseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex		Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, interventionelle Endoskopie jederzeit	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie; davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	LG Thoraxchirurgie	Diagnostische Angiographie			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
33	Pankreaseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex		Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, Interventionelle Endoskopie einschließlich ERC/P	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie; davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie LG Lebereingriffe LG Palliativmedizin		Interventionelle Radiologie, Diagnostische Angiographie			
34	Tiefe Rektumeingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Komplexe Gastroenterologie	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin LG Urologie		Interventionelle Endoskopie jederzeit	ZW Proktologie		
35	Augenheilkunde	Mindestvoraussetzung		LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Sonographiegerät, Gonioskopie, Ophtalmoskopie, Fluoreszenzangiographie	FA Augenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG MKG Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder		Optische Kohärenztomographie (OCT)			

Leistungs-gruppen-Nummer	Leistungs-gruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvo-raussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)					
36	Haut-und Ge- schlechts-krankheiten	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Urologie	Lasertherapie, Photo(chemo)therapie	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Neurochirurgie LG Urologie	LG HNO LG MKG LG Thoraxchirurgie		FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ZW Allergologie		
37	MKG	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		B-Bild-Sonograph, CT, Orthopantomogramm (OPG)-Röntgengerät	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüf tendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese	LG Augenheilkunde LG HNO				

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
38	Urologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie	Endoskop, Laparoskop, Sonographiegerät (einschließlich Doppler- oder Duplex-Sonographie)	FA Urologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie	LG Allgemeine Frauenheilkunde	CT, MRT, PET oder PET-CT, Roboter-assistierte Chirurgie	FA Urologie mit ZW Andrologie		
39	Allgemeine Frauenheilkunde	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		
40	Ovarial-CA	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Urologie		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit SP Gynäkologische Onkologie	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Palliativmedizin LG Senologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		
41	Senologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Ovarial-CA LG Palliativmedizin LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie		
42	Geburten	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	FA anwesend: jederzeit	
43	Perinataler Schwerpunkt	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe III gemäß Nummer III der Anlage 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz AT 20.01.2025 B4) geändert wurde

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
44	Perinatalzentrum Level 1	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe I gemäß Nummer I der Anlage 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz AT 20.01.2025 B4) geändert wurde
		Auswahlkriterium				FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie		
45	Perinatalzentrum Level 2	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe II gemäß Nummer II der Anlage 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz AT 20.01.2025 B4) geändert wurde
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung		LG Intensivmedizin		FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2 LG Geburten LG Intensivmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Kinder- und Jugendchirurgie		
47	nicht belegt							

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung (einschließlich HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des GBA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz S. 4997 vom 13.07.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 16. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B6) geändert wurde
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Pneumologie LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Leukämie und Lymphome	Telemedizinische Behandlung	FA Transfusionsmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und - Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
49	Kinder-Hämatologie und Onkologie – Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des GBA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz, S. 4997 vom 13.07.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 16. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B6) geändert wurde
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Komplexe Pneumologie LG Leukämie und Lymphome LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Stammzelltransplantation	Telemedizinische Behandlung	FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und - Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
50	HNO	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	ZW Allergologie		
51	Cochleaimplantate	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG HNO LG Intensivmedizin		ERA	FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	FA Phoniatrie und Pädaudiologie		
52	Neurochirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit	Evozierte Potentiale, Sonographie einschließlich extra-und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, CT jederzeit, MRT	FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit LG Wirbelsäulenchirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder	LG HNO LG MKG LG Palliativmedizin	MRT jederzeit	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie ZW Spezielle Schmerztherapie		

Leistungs-gruppen-Nummer	Leistungs-gruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Revision Knieendoprothese					
53	Allgemeine Neurologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		CT oder MRT (Teleradiologie möglich), Elektroenzephalogramm (EEG), Elektromyographie (EMG), Evozierte Potentiale, Elektroneurographie (ENG), Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Neurochirurgie Mindestens einer der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	LG Allgemeine Chirurgie LG Augenheilkunde LG HNO		ZW Geriatrie oder ZW Intensivmedizin oder ZW Palliativmedizin oder ZW Schlafmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
54	Stroke Unit	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie LG Intensivmedizin	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	CT jederzeit oder MRT jederzeit (Befundung auch durch Teleradiologie möglich), CT-Angiographie jederzeit oder MR-Angiographie jederzeit (Befundung auch durch Teleradiologie möglich), Intra- und extrakranielle Sonographie einschließlich Farbduplex jederzeit, Transthorakale Echokardiographie (TTE), TEE, Systemische Fibrinolyse jederzeit	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens einer der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		Neuroradiologische Behandlungsmöglichkeit (einschließlich Thrombektomie) jederzeit mindestens in Kooperation, DSA	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie FA Innere Medizin und Kardiologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
55	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie	CT oder MRT (Teleradiologie möglich), EKG, EEG, EMG, Elektrisch evozierte Potenziale (EVP), Motorisch evozierte Potenziale (MEP), Mobiles Ultraschallgerät einschließlich Farbduplex	FA Neurochirurgie FA Neurologie FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie					
56	Geriatrie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese oder LG Wirbelsäuleneingriffe	CT	ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei mit ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie	

Leistungs-gruppen-Nummer	Leistungs-gruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvo-raussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirur-gie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurolo-gie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüften-doprothese oder LG Revision Knieen-doprothese oder LG Wirbelsäulenein-griffe					
57	Palliativme-dizin	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin			ZW Palliativmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: je-derzeit; davon mindestens zwei FA mit ZW Pal-liativmedizin	

Leistungs-gruppen-Nummer	Leistungs-gruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvo-raussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Intensivmedizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	LG Geriatrie		FA Kinder- und Jugendmedizin		
58	Darmtransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	

Leistungs-gruppen-Nummer	Leistungs-gruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvo-raussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneu-rysma oder LG Carotis operativ/ in-terventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugend-medizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
59	Herztrans-plantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		Herzkatheterlabor (Rechts- und Linkskatheter), Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Innere Medizin und Kardiologie ZW Transplantationsmedizin	Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens drei FA Herzchirurgie und drei FA Innere Medizin und Kardiologie; davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahl-kriterium	LG Thoraxchirurgie		ECMO	FA Thoraxchirurgie FA Innere Medizin und Pneumologie FA Kinder- und Jugend-medizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
60	Lebertransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Gastroenterologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie ZW Transplantationsmedizin	Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie und drei FA Innere Medizin und Gastroenterologie; davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		

Leistungs-gruppen-Nummer	Leistungs-gruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
61	Lungen-transplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Pneumologie LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie		Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Fünf FA Herzchirurgie und ein FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft jederzeit oder drei FA Thoraxchirurgie und ein FA Herzchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium			ECMO	FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantationsmedizin		
62	Nierentransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens zwei der folgenden LG: LG Komplexe Nephrologie oder LG Urologie oder mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder	LG Komplexe Nephrologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe	Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Urologie FA Innere Medizin und Nephrologie ZW Transplantationsmedizin	Neun FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie, drei FA Urologie und drei FA Innere Medizin und Nephrologie; davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	

Leistungs-gruppen-Nummer	Leistungs-gruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvo-raussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektum-eingriffe					
		Auswahlkriterium	LG Urologie Mindes-tens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirur-gie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektum-eingriffe Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneu-rysma oder LG Carotis operativ/ in-terventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugend-medizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
63	Pankreastransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
64	Intensivmedizin	Mindestvoraussetzung				FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin FA Anästhesiologie	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Intensivmedizin oder ein FA Anästhesiologie	
		Qualitätsanforderung Komplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs-/ Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a) Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit,	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA mit ZW In-	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					b) Flexible Bronchoskopie täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, c) Ultraschall-Verfahren täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, Abdomen, TTE, TEE am Standort täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr		tensivmedizin Ständige Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	
		Qualitätsanforderung Hochkomplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a) Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit b) Flexible Bronchoskopie jederzeit c) Ultraschall-Verfahren jederzeit: Abdomen, TTE, TEE am Standort, täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr	ZW Intensivmedizin	Drei FA mit ZW Intensivmedizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Jederzeit Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	
65	Nicht belegt							