



UPDATE

GKV-Beitragssatz-stabilisierungsgesetz

Zusammenfassung der Kerninhalte für den stationären und ambulanten Bereich

Beschluss: Deutscher Bundestag und Bundesrat, 10. Juli 2026

Quellen: BT-Drucksache 21/6130 (Gesetzentwurf Bundesregierung), BT-Drucksache 21/7016 (Beschlussempfehlung und Bericht), BR-Drucksache 411/26 und BMG-Pressemitteilung

Hintergrund

Das Gesetz reagiert auf eine prognostizierte strukturelle Finanzierungslücke der GKV für 2027 von rund **19 Mrd. €**, bis 2030 auf rund **44 Mrd. €** anwachsend. Die Reform setzt dabei primär auf die Begrenzung der Ausgabendynamik.

A · Stationärer Bereich

1 Krankenhausvergütung – Begrenzung Kostenanstieg & Kurzzeitfallpauschalen

- Für die Jahre **2027 bis 2029** gilt für die Steigerung der Basisfallwerte die gleiche Obergrenze wie für andere Leistungsbereiche (**Grundlohnrate minus 1 Prozentpunkt**); ab **2030** gilt der **niedrigere Wert** von Orientierungswert und Grundlohnrate
- Einführung einer gesonderten Kalkulation von Bewertungsrelationen (Kurzzeitfallpauschalen) für stationäre Behandlungsfälle mit Behandlungsdauer von bis zu **3 Kalendertagen** und maximal **2 Übernachtungen**; Konzepterstellung durch das InEK bis **31. März 2027**, erstmalige Kalkulation und Ausweisung im Entgeltkatalog für das Jahr 2028



2 Tarfkostenfinanzierung und Pflegebudget

- Beim Basisfallwert werden erstmals **2026** für Pflegepersonal, übriges nichtärztliches und ärztliches Personal **50 % der Differenz** zwischen Veränderungswert und Tarifraten berücksichtigt; die Erhöhung wirkt als Basiserhöhung für die Folgejahre
- Das Pflegebudget ist grundsätzlich auf das Vorjahresbudget zuzüglich Veränderungswert begrenzt; **Ausnahmen** gelten für Personalvorgaben, Ausgleichsbeträge und eine hälftig berücksichtigte tarifbedingte Erhöhungsraten
- Stufenweise Kürzung der pflegeentlastenden Maßnahmen:
 - 2027: abzgl. **86 %** des vereinbarten Betrages
 - 2028: **Halbierung** des Wertes aus 2027
 - 2029: **vollständiger Wegfall**

3 Personalbemessung & Pflegepersonaluntergrenzen

- **Keine verpflichtende Anwendung** eines gesetzlichen Personalbemessungsinstrumentes für Pflege und ärztlichen Dienst; die Kommission für die Personalbemessung im Krankenhaus und die Pflegepersonalbemessungsverordnung werden abgeschafft
- **Generalverantwortung:** Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, eine bedarfsgerechte Personalausstattung eigenverantwortlich sicherzustellen (§ 137k SGB V neu gefasst)
- **Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG):** Bleiben verpflichtend in allen erfassten pflegesensitiven Bereichen; Sanktionsvereinbarungen von DKG und GKV-Spitzenverband sollen überprüft und so verschärft werden, dass regelmäßiges Unterschreiten wirksam ausgeschlossen wird
- **Leistungsgruppenspezifische Pflegequalifikation:** Der PpUG-Verweis als verpflichtende Qualitätsanforderung für alle Leistungsgruppen entfällt. Der Leistungsgruppenausschuss erhält den Auftrag, differenzierte Qualifikations- und Verfügbarkeitskriterien für Leistungsgruppen zu empfehlen

4 Abrechnungsprüfung

- Neue quartalsbezogene Prüfquoten (§ 275c Abs. 2 SGB V) ab **2027**:

Unbeanstandete Abrechnungen	Prüfquote
≥ 80 %	bis zu 5 %
65 % bis < 80 %	bis zu 20 %
50 % bis < 65 %	bis zu 40 %
< 50 %	unbegrenzte Prüfung möglich



- **Aufwandspauschale** (Kasse → Krankenhaus): steigt von **300 €** auf **500 €** bei MD-Prüfung ohne Beanstandung
- **Aufschlagszahlung** (Krankenhaus → Kasse): bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 80 % künftig **500 € Aufschlag** auf den Kürzungsbetrag
- Der MD hat abrechnungsrelevante Auffälligkeiten in seine Prüfung einzubeziehen, auch wenn sie **nicht Anlass der Prüfung** waren
- Ab **1. Januar 2028** ist eine **Fallzusammenführung** vorzunehmen, wenn Patienten innerhalb von 30 Kalendertagen nach dem Aufnahmedatum eines vorherigen Krankenhausaufenthalts erneut aufgenommen werden und die Leistungen derselben Hauptdiagnosegruppe zugeordnet sind
- **Ausnahmen** sind bis **31. März 2027** von den Vertragsparteien festzulegen, wenn eine Zusammenführung wirtschaftlich nicht geboten oder medizinisch nicht vertretbar ist

5 Zweitmeinung

- Der G-BA bestimmt erstmals bis zum **31. März 2027 mindestens einen und danach jährlich mindestens 2 weitere** planbare, mangensensible Eingriffe, bei denen eine Zweitmeinung Voraussetzung für die Vergütung ist
- Geeignete Eingriffe, die vom BMG exemplarisch genannt werden:

Jahr	Eingriffe
2028	Hüftgelenkersatz, Wirbelsäuleneingriffe
2029	Cholezystektomie, Hysterektomie
2030	Tonsillektomie/Tonsillotomie, arthroskopische Schultereingriffe

- **Pflicht für Leistungserbringer:** Nachweis über eingeholte Zweitmeinung muss vor dem Eingriff vorliegen; fehlt er, entfällt der Vergütungsanspruch
- **Aufklärungsfrist:** In der Regel mind. **10 Arbeitstage** vor dem Eingriff, bei G-BA-bestimmten vergütungsrelevanten Eingriffen mind. **15 Arbeitstage**

6 NUB-Bewertung

- Das Bewertungsverfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird auf neue Methoden ausgeweitet; der G-BA bewertet das Potenzial, legt bei positivem Votum binnen drei Monaten Qualitätsanforderungen fest und entscheidet binnen 6 Monaten über Erprobungsrichtlinie
- Entgelte für solche Methoden dürfen nur für Hochschulkliniken und qualifizierte Krankenhäuser vereinbart werden



7 Innovationsfonds & Klinikzuschläge

- Kürzung des Innovationsfonds auf **100 Mio. €/Jahr** ab 2026; nicht verausgabte Mittel werden einmalig 2027 an Gesundheitsfonds/landwirtschaftliche Krankenkasse zurückgeführt
- 2027 sind Klinikzuschläge von insgesamt **550 Mio. €** zugesagt (gemäß Protokollerklärung der Bundesregierung): Der Zuschlag für die besondere Vorhaltung der Universitätskliniken wird um **100 Mio. €** erhöht; weitere **450 Mio. €** werden über einen Rechnungszuschlag für übrige Krankenhäuser bereitgestellt

B · Ambulanter Bereich

8 Ambulante Vergütung: MGV – Ausnahmen - KFO

- Ab **2027** werden weitere bislang extrabudgetär vergütete **vertragsärztliche Leistungen wieder in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) einbezogen.**
- Betroffen sind u.a. TSS-vermittelte Behandlungsfälle, hausärztlich vermittelte fachärztliche Weiterbehandlungen, offene Sprechstunden sowie Leistungen mit ausreichender Abrechnungsdatenbasis oder bisherigen extrabudgetären Vergütungsregelungen
- **Weiterhin extrabudgetär vergütet** werden insbesondere nichtärztliche Dialyseleistungen, neue Leistungen ohne mindestens acht Quartale Abrechnungsdaten, Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit sowie Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung.
- Für **Kinder- und Jugendmedizin sowie allgemeine hausärztliche Versorgung gelten besondere Honorarregelungen**; im Honorarverteilungsmaßstab sollen grundsätzlich keine Begrenzungen oder Minderungen angewandt werden, außer bei bestimmten Fallzahlsteigerungen
- Die **Abrechnungsberechtigung für kieferorthopädische Leistungen** wird angepasst: Neben Fachzahnärzten für Kieferorthopädie können auch Zahnärzte mit gleichwertigem Abschluss oder anerkannter praktischer Erfahrung KFO-Leistungen erbringen und abrechnen
- KFO-Leistungen im zahnärztlichen Bewertungsmaßstab werden bis spätestens 30. Juni 2028 **zu Leistungskomplexen zusammengefasst**; der G-BA überprüft bis Ende 2027 die KFO-Richtlinien, insbesondere Indikationsgruppen und bildgebende Diagnostik



9 Psychotherapie

- Ab **2027** werden bestimmte bislang extrabudgetär vergütete Leistungen **wieder in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)-/Behandlungsbedarfs-Systematik einbezogen**; der Bewertungsausschuss regelt die Rückführung und sachgerechte Verteilung
- Honorarverschiebungen in andere Fachgruppen sollen verhindert werden
- Weitergehende **Ausnahmen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, schwer psychisch Erkrankte und besonders dringliche Fälle** sind politisch angekündigt
- Laufende, zum **31.12.2026** noch nicht abgeschlossene genehmigungspflichtige Therapien werden im Rahmen der Honorarverteilung **ohne Abzug vergütet**
- Zusätzlich **entfallen ab 2027 EBM-Zuschläge** für psychotherapeutische Leistungen im ersten Therapieblock einer neuen Kurzzeittherapie
- Der **Konsiliarbericht entfällt künftig in zwei Fällen**: bei Überweisung durch einen Vertragsarzt oder bei Aufnahme der Therapie im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung auf dessen Empfehlung

10 Hausarztverträge – Mengenabschlag

- Steigt die Teilnehmerzahl eines Hausarztes gegenüber dem Vorjahresquartal, ist auf die Mehrvergütung ein **Abschlag** zu vereinbaren
- Höhe und Verfahren legen die Vertragspartner bis **31. März 2027** fest

11 Sonstige ambulante Leistungserbringer – Tariflohnsteigerungen

- Für tarifgebundene Anbieter von Haushaltshilfe, häuslicher Krankenpflege, außerklinischer Intensivpflege und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen gilt:
 - **Vergütungssteigerungen bis zur Grundlohnrate (2027–2029 abzgl. 1 Prozentpunkt)** werden vollständig **refinanziert**
 - Steigerungen oberhalb der Grenze werden (analog zum stationären Bereich) bis zu **50 %** der Differenz zwischen Tarifsteigerung und Veränderungsrate berücksichtigt; **befristet auf 2 Jahre** ab Verkündung des Gesetzes