

Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG)
- nach dem Beschluss des Deutschen Bundestages vom 15.10.2026 zur Notfallreform -

In der abschließenden Phase des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-BStabG wurden ergänzende politische Einigungen im Bereich der **psychotherapeutischen Versorgung** sowie zu den **Krankenhäusern** und bei den **Hausärztinnen bzw. Hausärzten und Kinderärztinnen und Kinderärzten** getroffen, die umfassende Folgeregelungen notwendig machen.

Grundlage waren u. a. die **Protokollerklärung** der Bundesregierung zum BStabG im Bundesrat, eine **EntschlieÙung** des Bundestages sowie weitere politische Einigungen.

Ergänzend werden **weitere Anpassungen** vorgenommen (u. a. rechtstechnischer Natur), die aus Zeitgründen im Verfahren zum BStabG nicht mehr umgesetzt werden konnten oder aus fachlichen Gründen erforderlich sind.

Die Folgeregelungen wurden nunmehr als **fachfremde Änderungsanträge** im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur Notfallreform eingebracht und werden mit Inkrafttreten dieses Gesetzes umgesetzt.

Ziel ist weiterhin, die **Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung stabil zu halten**. Unter anderem werden zu diesem Zweck weitere fachlich sinnvolle Maßnahmen umgesetzt.

Psychotherapeutische Versorgung

→ Umsetzung der EntschlieÙung des Bundestages.

→ Ziel: Beitragssatzstabilität gewährleisten bei gleichzeitiger Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung für den Bereich der Psychotherapie.

- Mit einer Übergangsregelung sollen laufende und am 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossene antrags- und genehmigungspflichtige Behandlungen im Rahmen der **Versorgungskontinuität** bis zum Abschluss der Behandlung sichergestellt werden. Mengenbegrenzende Maßnahmen werden hier gesetzlich ausgeschlossen.
- Leistungen der **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**, Leistungen für **schwer psychisch Kranke**, sowie **dringlich erforderliche psychotherapeutische Behandlungen** sollen künftig extrabudgetär, also ohne Mengenbegrenzung, vergütet werden.
- Der **Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)** wird beauftragt, in der Psychotherapie-Richtlinie Regelungen zur Feststellung der Dringlichkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung festzulegen; die Kriterien werden im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde erhoben und sollen künftig zur Verminderung von Wartezeiten beitragen.

Krankenhäuser

→ Umsetzung der Protokollerklärung der Bundesregierung im Bundesrat.

→ Ziel: Entlastung der Krankenhäuser von unnötiger Bürokratie und finanzielle Unterstützung der Kliniken im laufenden Transformationsprozess im Rahmen der Krankenhausreform.

Bürokratierückbau bei der Abrechnungsprüfung

- Das bestehende **Prüfquotensystem** schafft Anreize für Krankenhäuser, regelkonform abzurechnen – diese Anreize wurden mit dem BStabG durch eine Anhebung von Prüfquoten und Schwellenwerten nochmals gestärkt.
- Krankenhäuser, die einen **sehr hohen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen** erreichen (>90 Prozent), sollen nun künftig von einer **geringeren Prüfquote** profitieren, d. h. es finden weniger Prüfungen statt. Das reduziert den bürokratischen Aufwand für die Kliniken.
- Zu diesem Zweck wird ab 1. Januar 2027 eine neue Prüfquotenklasse von **einem Prozent** vorgesehen.

Finanzielle Unterstützung

Um den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser zu verringern, werden weitere finanzielle Entlastungen im Umfang von insgesamt **550 Mio. Euro** pro Jahr umgesetzt; vorgesehen sind:

- Eine Anhebung des Zuschlags für die spezielle Vorhaltung der **Universitätskliniken (um 100 Mio. Euro/Jahr)** – bis zur Einführung des Zuschlags ab dem Jahr 2028 werden Rechnungszuschläge in Höhe von 100 Mio. Euro für 2027 bereitgestellt.
- Weitere **450 Mio. Euro/Jahr** für nicht-universitäre Krankenhäuser im Rahmen von Rechnungszuschlägen.

Kinderärztinnen bzw. Kinderärzte und Hausärztinnen bzw. Hausärzte

→ Ziel: Stärkung dieser Arztgruppen

- Mit dem BStabG wurde ein **Fixkostendegressionsabschlag** eingeführt, der immer dann greift, wenn diese Arztgruppen erhebliche Fallzahl- und Mengenausweitungen vorweisen (Regelversorgung und HzV).
- Um eine weitere Belastung zu vermeiden, insbesondere auch im Hinblick auf die Einführung eines **Primärversorgungssystems**, wird der Abschlag gestrichen.

Weitere Maßnahmen

Hybrid-DRG

Die spezielle sektorengleiche Vergütung wurde 2022 mit dem Ziel eingeführt, bestimmte Leistungen zur Förderung der Ambulantisierung in gleicher Höhe zu vergüten. Diese Systematik wird nun angepasst:

- Im Jahr **2027** werden Hybrid-DRG-Leistungen ohne Übernachtung nach der regulären vertragsärztlichen Abrechnungsgrundlage (regionale Euro-Gebührenordnung/Gesamtverträge/Vertrag für ambulantes Operieren (AOP)) vergütet – unabhängig davon, ob die Leistungen von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Krankenhäusern erbracht werden; für Hybrid-DRG-Leistungen mit Übernachtung gelten weiterhin die vereinbarten Hybrid-DRG.
- Zur weiteren Hebung von Ambulantisierungspotenzialen werden die im Jahr 2027 **ambulant** erbrachten Hybrid-DRG-Leistungen extrabudgetär vergütet; auch die Leistungen aus dem **AOP-Katalog** werden künftig dauerhaft vollständig und ohne Mengenbegrenzung vergütet.

- Im Gegenzug sollen mit der im BStabG bereits vorgesehenen Einführung der Kurzzeitfallpauschalen ab dem Jahr **2028** die Hybrid-DRG vollständig entfallen.

Cannabishaltige Fertigarzneimittel

Mit dem BStabG wurde die Anwendung cannabishaltiger Fertigarzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung durch einen verpflichtenden Therapieversuch gestärkt.

- Künftig soll der vorgesehene Vorrang nur noch **innerhalb des zugelassenen Anwendungsgebiets** des Fertigarzneimittels gelten.
- Von der Regelung ausgenommen sind Patientinnen und Patienten, die bisher mit Extrakten behandelt worden sind und denen für ihre Indikation noch keine Fertigarzneimittel verordnet wurden.
- Die **Dauer des Therapieversuchs** wird in das Ermessen des Arztes oder der Ärztin gestellt (bisher: 6 Monate).

Hilfsmittel

Um die Versorgung mit Hilfsmitteln zu stärken, wurden Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) abgeschafft.

- Vor dem Hintergrund der seitdem gesammelten Erfahrungen werden **Ausschreibungen** durch die Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen wieder eingeführt; Ziel ist die Belebung des Wettbewerbs zur Steigerung von Wirtschaftlichkeit und Qualität.
- Wirtschaftliche Vorteile sind dabei stets gegen mögliche negative Auswirkungen auf **Versorgungsqualität** und **Versorgungsstrukturen** abzuwägen; Ausschreibungen werden z. B. weiterhin nicht bei individuell für die Patientin oder den Patienten angefertigten Hilfsmitteln vorgesehen.
- Das BMG **evaluiert** die Auswirkungen der Ausschreibungen auf die Qualität der Hilfsmittelversorgung und die Ausgaben für die Hilfsmittelversorgung sowie auf die Anbieter- und Wettbewerbsstrukturen im Hilfsmittelbereich bis zum 31. Dezember 2029.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Seit 2019 sind DiGA Teil der Versorgung – Voraussetzung ist eine Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM); die zwischen Kassen und Anbieter vereinbarten Vergütungsbeträge gelten nach dem ersten Jahr nach Aufnahme in das Verzeichnis.

- Zum 1. Januar 2027 wird ein **nutzungsabhängiger Abschlag** von den Vergütungsbeträgen erhoben, abhängig von der Quote der Nutzungsabbrüche innerhalb der ersten vier Wochen der Nutzung.
- Das Kostenrisiko für frühzeitige Nutzungsabbrüche geht damit von der GKV auf die Hersteller über – dadurch werden **Anreize zur stetigen Verbesserung** der DiGA gesetzt.

Informations- und Vorlagepflicht bei Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

Um den Verwaltungsaufwand zu verringern, wurde mit dem BStabG die Verpflichtung der Kassen, per Schreiben über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes zu informieren, gestrichen.

- Zur Stärkung des Wettbewerbs und um einem weiterhin bestehenden Bedarf an individueller Information zu entsprechen, sollen die Versicherten künftig wieder mit

gesondertem Schreiben auf eine Erhöhung und damit ihr Sonderkündigungsrecht hingewiesen werden.

- Dabei soll auch eine Übermittlung durch Nachricht an ein **digitales Nutzerkonto** möglich sein, sofern die Versicherten in die digitale Kommunikation eingewilligt haben.

Verwaltungskosten der Krankenkassen

Mit dem BStabG wurde der Verwaltungskostenanstieg bei den Krankenkassen auf die (in den Jahren 2027 bis 2029 um einen Prozentpunkt verringerte) Grundlohnrate (→ durchschnittliche prozentuale Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen) begrenzt.

- Um weitere Wirtschaftlichkeitsreserven auch im Bereich der Kassen zu heben, wird der zulässige Anstieg der Kosten für **2027** zusätzlich um einen weiteren Prozentpunkt verringert.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV)

Die mit der Krankenhausreform geschaffenen süV bilden eine Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung; die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) vereinbaren Leistungen, Anforderungen und Vergütungsregeln.

- Die Neuregelungen stützen die von **GKV-SV und DKG** getroffenen Vereinbarungen zum Leistungskatalog und zur Vergütung von süV und nehmen insoweit gesetzliche Anpassungen vor; dabei wird klargestellt, dass der Medizinische Dienst die Anforderungen an die süV zu prüfen hat.
- Zudem wird die Vergütung der süV **bürokratieärmer und flexibler** ausgestaltet, indem den Vertragsparteien vor Ort mehr Spielraum bei der Vereinbarung der Entgelte ermöglicht wird → die starren Vorgaben zur Festlegung krankenhausesindividueller, degressiver Tagesentgelte, sowie die Differenzierung nach der Erbringung (ambulanter) ärztlicher Leistungen entfallen.

Weitere notwendige Anpassungen

- Um die ärztliche Vergütung im Zusammenhang mit der **Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA)** bis zum 31. Dezember 2026 zu gewährleisten, wird eine redaktionelle Korrektur vorgenommen; damit tritt die Regelung wie vorgesehen zum 1. Januar 2027 in Kraft.
- Um die **Bereinigungsbeträge der offenen Sprechstunden** sachgerecht und vollständig in die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) zurückzuführen, sollen nun auch die Beträge ab dem Jahr **2019**, in dem erstmals eine Bereinigung erfolgte, berücksichtigt werden.
→ damit wird einer möglichen basiswirksamen Unterfinanzierung des Behandlungsbedarfs in der MGV entgegengewirkt, wenn lediglich die Beträge ab 2023 berücksichtigt würden (aktuelle Regelung); für die Ärztinnen und Ärzte stehen im Ergebnis mehr Mittel zur Verfügung.
- Um fachlich zusammenhängende Aufgabenbereiche zu bündeln und vorhandene Kompetenzen noch besser nutzen zu können, wird der Aufgabenkatalog des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) im Bereich der **evidenzbasierten Medizin** erweitert; vorgesehen sind u. a. die Beteiligung an nationalen und internationalen Projekten sowie die Aufbereitung und Vermittlung medizinisch-

wissenschaftlicher Erkenntnisse an Fachkreise und die Öffentlichkeit. Künftig soll das IQWiG, über die Beauftragungen durch GBA und BMG hinaus, auch selbst Themen eigeninitiativ aufgreifen können.