

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz
 Übersicht der Änderungen am Kabinettentwurf
Vorläufige Version

Nr.	Gesetzentwurf / Stelle in der Synopse	§§	Maßnahme	Erläuterung
1	Art. 1 Nr. 11	SGB V, § 28 Abs. 2	Fachzahnarztweiterbildung für kieferorthopädische Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Um regionale Versorgungsprobleme zu vermeiden und alternative Zusatzqualifikationen zu berücksichtigen, wird der Fachzahnarztvorbehalt für kieferorthopädische Leistungen angepasst. • Berechtigt zur Durchführung und Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen im Rahmen der GKV sollen auch solche Zahnärzte sein, die einen mit der Fachzahnarztqualifikation gleichwertigen Abschluss vorweisen können oder über eine nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags für Zahnärzte anerkannte praktische Erfahrung in der kieferorthopädischen Behandlung verfügen. • Welche Qualifikationen als gleichwertig anzusehen sind, legen GKV-SV und KZBV innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes fest. • Darüber hinaus legen die Bundesmantelvertragspartner ebenfalls fest, unter welchen Voraussetzungen eine praktische Erfahrung in der kieferorthopädischen Behandlung ausreichend ist. • Dauerhaften Bestandsschutz erhalten Zahnärzte, die vor Inkrafttreten des Gesetzes einen Master of Science (M. Sc.) in Kieferorthopädie erworben oder die Ausbildung begonnen haben. • Die Übergangsregelung wird zeitlich ausgeweitet: Kieferorthopädische Behandlungen, die bis zu vier Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes durch einen Zahnarzt ohne Anerkennung als Fachzahnarzt oder eine gleichwertige Qualifikation begonnen werden, können von diesem beendet und mit der GKV abgerechnet werden.
2	Art. 1 Nr. 56b-56c Art. 3 Nr. 2 Art. 7a	SGB V, §§ 137 e, 137h KHEntgG, § 6 MeMB V, § 1, 2, 3	Maßnahmenpaket zum Umgang mit neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (NUBs) im Krankenhaus	<p>Zur Umsetzung der Empfehlung Nr. 31 der Finanzkommission (NUB im Krankenhaus) wird Folgendes vorgesehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es wird eine kurzfristige Bewertung des G-BA eingeführt für alle neuen nichtmedikamentösen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die erstmalig eine NUB-Anfrage gestellt wird (Erweiterung des bestehenden § 137h SGB V, Entscheidung über das Potential ausschließlich durch G-BA). • Zudem können NUB-Vereinbarungen für neue Methoden mit dem Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative künftig nur abgeschlossen werden von Universitätskliniken und bestimmten weiteren Krankenhäusern, die spezifische vom G-BA festzulegende QS-Anforderungen erfüllen (Konzentration der Leistungserbringung). • Ergänzend wird geregelt, dass die Kosten für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Erprobungen, die der G-BA auf Antrag eines Medizinprodukteherstellers oder sonstigen Unternehmens

Nr.	Gesetzesentwurf / Stelle in der Synopse	§§	Maßnahme	Erläuterung
				<p>nach § 137e Absatz 7 SGB V beschließt, grundsätzlich von dem Antragsteller selbst zu tragen sind.</p> <p>Neben Änderungen im SGB V sind Folgeänderungen im Krankenhausentgeltgesetz und in der Medizinprodukteverfahrenbewertungsverordnung erforderlich.</p>
3	Art. 1 Nr. 10	SGB V, § 27b	Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengenanfälligen Eingriffen	<ul style="list-style-type: none"> • Zur schnelleren Implementierung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens hat der Gemeinsame Bundesausschuss nunmehr ab dem Jahr 2028 jährlich zwei weitere Eingriffe (anstelle bisher einen Eingriff) in seinen Richtlinien zu bestimmen. • Geeignete Eingriffe sind insbesondere Hüftgelenkersatz und Eingriffe an der Wirbelsäule, ab dem Jahr 2029 Cholezystektomien und Hysterektomien sowie ab dem Jahr 2030 Tonsillotomien / Tonsillektomien und arthroskopische Eingriffe an der Schulter.
4	Art. 1 Nr. 66	SGB V, § 275c	Erhöhung der Prüfquoten und Schwellenwerte	<ul style="list-style-type: none"> • Zur weiteren Stärkung der Abrechnungsqualität werden die Prüfquoten und Schwellenwerte noch deutlicher angehoben. So ist bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 50 und 65 Prozent eine Prüfquote von 40 Prozent maßgeblich. Liegt der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 50 Prozent ist eine unbegrenzte Prüfung möglich. • Zudem werden die Aufwandspauschale um 200 Euro und die Aufschlagszahlung um 100 Euro auf jeweils 500 Euro angehoben. Damit wird eine symmetrische Ausgestaltung sichergestellt.
5	Art. 1 Nr. 16, 67a	SGB V, §§ 44, 284 neu	Krankengeldfallmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Die bisherige Einwilligungslösung beim Krankengeldfallmanagement wird durch eine gesetzliche Erlaubnisnorm mit Widerspruchsrecht (Opt-out) ersetzt. Außerdem wird der Beratungsgegenstand des Krankengeldfallmanagements um medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung erweitert. Es werden für Krankenkassen einheitliche Voraussetzungen geschaffen, um Versicherte frühzeitig und formlos über eine Antragstellung für Leistungen zur Teilhabe bei den Trägern der Rentenversicherung informieren zu können. • Die Regelung enthält zudem eine Evaluationsklausel: Der Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen legt dem BMG bis zum 31. Dezember 2032 einen Bericht über die Auswirkungen der Regelungen vor.
6	Art. 1 Nr. 11	SGB V, § 28 Abs. 3	Entfall des Konsiliarberichts vor psychotherapeutischen Leistungen bei bestehender Voruntersuchung	<p>Zur Umsetzung der Empfehlung Nr. 12 der Finanzkommission (Konsiliarbericht Psychotherapie) wird Folgendes vorgesehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die gesetzliche Vorgabe, wonach vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung durch eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten ein ärztlicher Konsiliarbericht einzuholen ist, wird vereinfacht. • Künftig ist ein Konsiliarbericht entbehrlich, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf vertragsärztliche Überweisung oder auf Empfehlung eines Krankenhauses im

Nr.	Gesetzesentwurf / Stelle in der Synopse	§§	Maßnahme	Erläuterung
				Anschluss an eine psychiatrische, psycho-somatische oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung erfolgt.
7	Art. 1 Nr. 31, 32	SGB V, §§ 87, 87a	Rücknahme der Hygienezuschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Der EBM darf ab dem 1.1.2027 keine Hygienezuschläge auf die Versicherten- und Grundpauschale enthalten. • Weitere Hygiene Zuschläge bleiben hiervon unberührt.
			Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-Ops	Der Bewertungsausschuss hat bis zum 31.3.2027 die Bewertungen der ärztlichen Leistungen im Rahmen einer Katarakt-OP im EBM zu überprüfen, um eine zu hohe Vergütung und damit falsche Anreize zu verhindern.
			Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM	Der Bewertungsausschuss hat bis zum 31.3.2027 die Bewertung des technischen Leistungsanteils der Leistungen mit hohem technischen Leistungsanteils für die Facharztgruppen der Radiologie, der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin im EBM zu überprüfen.
8	Art. 3 Nr. 6	KHEntgG, §§ 8, 9	Fallzusammenführung	<ul style="list-style-type: none"> • Die bestehende gesetzliche Regelung zur Fallzusammenführung bei komplikationsbedingten Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus wird erweitert. • Zukünftig sind auch solche Fälle zusammenzuführen, die innerhalb von 30 Kalendertagen wieder aufgenommen und in die gleiche Hauptdiagnosegruppe eingestuft werden. Dies gilt krankenhausesübergreifend. • Soweit eine Fallzusammenführung nicht wirtschaftlich geboten oder nicht medizinisch vertretbar ist, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene Ausnahmen von der Fallzusammenführung zu vereinbaren. • Sofern die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. März 2027 keine Einigung über Ausnahmen erzielen können, ist eine Konfliktlösung durch die Bundesschiedsstelle vorgesehen.
9	Art. 1 Nr. 48	SGB V, § 130a	Fester ergänzender Herstellerabschlag mit Forschungsausnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Der dynamische Herstellerabschlag wird im Interesse der Planungs- und Investitionssicherheit durch einen gesetzlich festgeschriebenen, gleichbleibenden ergänzenden Herstellerabschlag in Höhe von 8,5 % ersetzt. • Das Befreiungskriterium der Wirkstoffproduktion in Deutschland wird gestrichen (weitere Prüfung von finanziellen Anreizen zur Standortförderung im Pharma- und Medizintechnikdialog).
10	Art. 1 Nr. 12	SGB V, § 31	Änderung der Legaldefinition von Verbandmittel	Mit der Anpassung der Legaldefinition Verbandmittel sind Produkte mit der ergänzenden Eigenschaft „proteasemodulierend“ nicht mehr unmittelbar per Legaldefinition als Verbandmittel definiert und somit nicht ohne Nutznachweis erstattungsfähig.
11	Art. 1 Nr. 16, 17, 18, 19, 28, 68 Art. 2 Nr. 3	SGB V, §§ 44, 44b, 44c neu, 47,	Teilarbeitsunfähigkeit/ Teilkrankengeld	<p>Maßnahmenpaket zur Einführung einer Teil-Arbeitsunfähigkeit (Teil-AU) und eines teilweisen Krankengeldes (Teil-KG)</p> <p>Anpassungen beinhalten im Wesentlichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überführung von bisher § 44b SGB V - E in § 44 SGB V (Abs.1a – Anspruch auf teilweises Krankengeld) und § 47

Nr.	Gesetzesentwurf / Stelle in der Synopse	§§	Maßnahme	Erläuterung
	Art. 7b Art. 8	49, 74, 295 SGB IV, § 109 AAG Inkrafttreten		<p>SGB V (Abs.1a – Berechnung des teilweisen Krankengeldes) um Folgeänderungen zu vermeiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> In § 44c – Klarstellung zur erforderlichen Einwilligung des Versicherten und Abkehr von Genehmigungsfiktion, falls AG nicht widerspricht, sowie differenzierte Regelung für die Fälle in denen Teil-AU als vollständige Arbeitsunfähigkeit behandelt wird (Beginn, Ende und Abbruch einer Teil-AU), Klarstellungen dafür, dass Versicherten für teilweise Erbringung der Arbeitsleistung anteiliges Arbeitsentgelt zu gewähren ist sowie, dass kein Anspruch auf Einrichtung oder Anpassung eines Arbeitsplatzes zur teilweisen Ausübung der bisherigen Tätigkeit besteht und ferner Aufnahme einer Differenzierung zwischen Entgelt und Entgeltfortzahlung während Teil-AU, ferner Aufnahme einer Evaluierungsklausel. Streichung des Rangverhältnisses zwischen Teil-AU und SWE in § 74 SGB V. Einführung eines Rückmeldeverfahren des AG an die Krankenkasse (KK) zwecks Zustimmung zur Teil-AU in § 109 SGB IV. Folgeänderungen im AAG durch Einführung Teil-AU. Inkrafttreten wird auf 1.1.2028 verschoben, bezüglich der notwendigen Folgeanpassungen im SGB IV in Artikel 2 Verschiebung auf 1.7.2028. Im Übrigen rechtsförmliche Anpassungen nach erfolgter Prüfung durch BMJV.
12	Art. 1 Nr. 12a	SGB V, § 33	Zuzahlung zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel	Parallel zu den Anpassungen der Zuzahlungsregelungen in § 61 SGB V wird auch die monatliche Zuzahlungsobergrenze für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel von 10 auf 15 Euro angehoben, um künftig einen Gleichlauf innerhalb des gesetzlichen Zuzahlungssystems sicherzustellen.
13	Art. 1 Nr. 15	SGB V, § 36	Festbeträge Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> Die für die Festbetragskalkulation erforderlichen Daten sollen in aggregierter oder anonymisierter Form übermittelt werden. Dadurch wird dem Grundsatz der Datenminimierung Rechnung getragen und gewährleistet, dass personenbezogene Daten nur verarbeitet werden, soweit dies für die Festbetragsfestsetzung erforderlich ist. Zugleich wird der Schutz von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen ausdrücklich gesetzlich abgesichert. Die übermittelten Daten dürfen ausschließlich zum Zwecke der Festbetragsfestsetzung verwendet werden und sind durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor einer zweckwidrigen Nutzung zu schützen.
14	Art. 1 Nr. 22	SGB V, § 55 Abs. 1 S. 6-7	Festzuschüsse zum Zahnersatz – Beibehaltung der aktuell geltenden Ausnahmeregelung	<ul style="list-style-type: none"> Korrektur eines redaktionellen Versehens: Die bestehende Regelung, dass das Versäumen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung im „Corona-Jahr“ 2020 für den Anspruch auf einen höheren Festzuschuss (Bonus-Regelung) unschädlich ist, soll weiterhin gelten.

Nr.	Gesetzesentwurf / Stelle in der Synopse	§§	Maßnahme	Erläuterung
15	Art. 1 Nr. 31	SGB V, §§ 87 Abs. 2 c S. 8, 87a Abs. 3, 3b, 3c, 87b, 87d neu	Rückführung der extrabudgetär vergüteten ärztlichen Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)	<ul style="list-style-type: none"> • ÄA liegt derzeit beim BMJV zur Prüfung • § 87d (neu) sieht vor, dass nur noch in bestimmten Ausnahmefällen eine extrabudgetäre Vergütung möglich ist. • § 87a Absatz 3 erhält Regelungen zur Überführung der bisher extrabudgetär vergüteten Leistungen in die MGV (erfolgt mit dem nicht quotierten Leistungsbedarf). • Damit die Facharztgruppen nicht durch eine ggf bestehender Nachzahlungspflicht belastet werden, ist die Angemessenheitsprüfung für psychotherapeutische Leistungen in § 87 Abs. 2c S. 8 zu streichen. • Um sicherzustellen, dass das Budget bei der Rückführung in die MGV der jeweilige Facharztgruppe zugeschrieben wird, hat der Bewertungsausschuss verbindliche Vorgaben für den Honorarverteilungsmaßstab zu machen (Änderungen in § 87b). • § 87a Abs. 3b und 3c: Klarstellung, dass der Fixkostendegressionsabschlag nur das auf die Ausgleichzahlung anzuwenden ist, wenn es zu Mengensteigerungen gekommen ist.
16	Art. 1 Nr. 31	SGB V, § 87 Abs. 2 h (ehem. Abs. 1 d Fassung Kabinett)	Vorgabe zur Bildung von Leistungskomplexen in der KFO-Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Durch den ÄA werden entsprechend einem redaktionellen Hinweis des BMJV zwei Absätze zu einem zusammengeführt. • Die in der Kabinettsfassung enthaltene Option zur Differenzierung der vorgesehenen Leistungskomplexe für kieferorthopädische Behandlungen nach Schweregraden entfällt. Ziel der Umstellung von Einzelleistungs- auf Pauschalvergütung ist es, Fehlanreize zu vermeiden. Eine Unterscheidung nach Schweregraden könnte diese Fehlanreize jedoch erneut schaffen. Dem Risiko möglicher Qualitätseinbußen wird durch ein Qualitätssicherungsverfahren begegnet. KZBV und GKV-SV erhalten einen entsprechenden Auftrag. • Zusätzlich wird eine Evaluationsklausel eingefügt, um die Auswirkungen der Systemumstellung von Einzelleistungs- auf Pauschalvergütung auf die Versorgungspraxis zu beurteilen.
18	Art. 1 Nr. 37	SGB V, § 92a Abs. 4	Wiederaufnahme der Ermächtigungsgrundlage für § 23 RSAV	Die mit der Kabinettsfassung des Gesetzes entfallene, aber weiterhin notwendige Ermächtigungsgrundlage für § 23 RSAV (Berücksichtigung des Finanzierungsanteils der Krankenkassen am Innovationsfonds) wird mit diesem ÄA in § 92a Abs. 4 SGB V wieder aufgenommen. Rein technische, nicht finanzwirksame Änderung.
19	Art. 1 Nr. 46	SGB V, § 127	Pauschaler Preisabschlag Hilfsmittelversorgungen	Es wird klargestellt, dass bei fortlaufenden oder wiederkehrenden Hilfsmittelversorgungen jede einzelne Leistungserbringung oder Einzellieferung als gesonderte Versorgung gilt, für die ein entsprechend geminderter Preis abgerechnet werden darf. Dadurch werden Unklarheiten bei der Behandlung laufender Dauerversorgungsverhältnisse vermieden und sichergestellt, dass die Regelung die finanzielle Entlastungswirkung wie beabsichtigt entfalten kann.

Nr.	Gesetzesentwurf / Stelle in der Synopse	§§	Maßnahme	Erläuterung
20	Art. 1 Nr. 63	SGB V, § 242b	Datenübermittlungsgrundlage und erweiterte Ausnahme vom Beitragszuschlag (siehe auch ÄA 55)	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassung der Ausnahmen vom Beitragszuschlag. Statt bloßer Erwerbsminderung Konkretisierung, dass bereits volle Erwerbsminderungsrente nach SGB VI festgestellt sein muss und nunmehr auch ein Grad der Behinderung oder Schädigungsfolge von 60 sowie eine Erwerbsminderung nach SGB VII von 60 % ausreichend ist. Der erweiterte Adressatenkreis ist bürokratieärmer zu ermitteln. • Späteres Inkrafttreten des Beitragszuschlags auf Renten- und Versorgungsbezüge zum 1. Juli 2028 mit dem Ziel einer reibungslosen Einführung und fristgerechten Umsetzung. • Ergänzung einer Rechtsgrundlage für die notwendige Datenübermittlung. • Diverse kleine Ergänzungen und Konkretisierungen. • Erhöhung der Altersgrenze von Kindern, deren Betreuung eine Ausnahme vom Beitragszuschlag nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe 1 begründet, von 7 auf 12 Jahre.
21	Art. 1 Nr. 70	SGB V, § 411	Begrenzung der Gehälter von außertariflichen Führungskräften der Ebene unterhalb der Vorstandsebene	<ul style="list-style-type: none"> • Hier wird konkretisiert, in welcher Höhe die nur alle sechs Jahre zulässige Vergütungserhöhung für außertarifliche vergütete Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene erfolgen darf (<i>Vgl. auch entsprechenden ÄA 22 für Vorstände und die Unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses</i>): • Konkret ist eine Vergütungserhöhung höchstens zulässig in Höhe des Mittelwerts der durchschnittlichen Veränderungsraten seit Beginn der vorherigen Amtsperiode. • Die Aufsummierung der Veränderungsraten aller „Zwischenjahre“ bei Vergütungserhöhung ist nicht zulässig. • Die Änderung soll verhindern, dass die Vergütungserhöhungen verschiedener Führungskräfte bei schwankenden Veränderungsraten weit auseinandergehen.
22	Art. 2 Nr. 2 Art. 1 Nr. 35	SGB IV, § 35a SGB V, § 91	Begrenzung der Vorstandsgehälter	<ul style="list-style-type: none"> • Hier wird konkretisiert, wie die nur alle sechs Jahre zulässige Vergütungserhöhung für Vorstände bzw. für die Unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgen darf (<i>Vgl. auch entsprechenden ÄA 21 für außertarifliche Führungskräfte</i>): • Konkret ist eine Vergütungserhöhung höchstens zulässig in Höhe des Mittelwerts der durchschnittlichen Veränderungsraten seit Beginn der vorherigen Amtsperiode. • Die Aufsummierung der Veränderungsraten aller „Zwischenjahre“ bei Vergütungserhöhung ist nicht zulässig. • Dies soll verhindern, dass die Vergütungserhöhungen verschiedener Vorstände/ Unparteiischer bei schwankenden Veränderungsraten weit auseinandergehen. • Zudem werden höhere Vergütungserhöhungen für Vorstände/ Unparteiische verhindert, als sie nach aktueller Rechtslage möglich wären (hier gilt bisher für die Vorstände der Krankenkassen eine untergesetzliche „Trendlinie“).

Nr.	Gesetzesentwurf / Stelle in der Synopse	§§	Maßnahme	Erläuterung
23	Art. 4 Nr. 3	KHG, § 17c Abs. 2	Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund an der Weiterentwicklung der Prüfverfahrensvereinbarung	<ul style="list-style-type: none"> Mit der Regelung wird der Medizinische Dienst Bund stärker in die Anpassung der für Krankenhausabrechnungsprüfungen maßgeblichen Prüfverfahrensvereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene einbezogen.
24	Art. 7 Nr. 0a	KVLG 1989, § 9 Abs. 5	Beratungsanspruch auf Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei Betriebshilfe	Mit der Neufassung des § 9 Absatz 5 KVLG 1989 werden – analog zur Neufassung des § 44 Absatz 4 SGB V auch für die Landwirtschaftliche Krankenkasse unter gleichen Rahmenbedingungen individuelle Beratung und Hilfestellung ermöglicht.
25	Art. 7 Nr. 1	KVLG 1989, § 13 Abs. 4	Beratungsanspruch auf Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit für nicht rentenversicherungspflichtige Mitarbeitende Familienangehörige	<ul style="list-style-type: none"> Mit dem zusätzlichen Verweis auf § 44 Absatz 4 SGB V soll der Beratungsanspruch auf Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auch für nicht rentenversicherungspflichtige Mitarbeitende Familienangehörige ermöglicht werden. Mit dem zusätzlichen Verweis auf § 44 Absatz 1a SGB V soll die Möglichkeit des Bezuges von Teilkrankengeld auch auf nicht rentenversicherte Mitarbeitende Familienangehörige übertragen werden.
26	Art. 7 Nr. 3	KVLG 1989, § 38 Abs. 5	Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner in der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> Es handelt sich um Änderungen aufgrund der rechtssystematischen Prüfung des BMJV. Der Regelungsinhalt (Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner) bleibt unberührt.
27	Art. 7 Nr. 4	KVLG 1989, § 40 Abs. 1 S. 9	Wirkung der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> Es handelt sich um Änderungen aufgrund der rechtssystematischen Prüfung des BMJV. Der Regelungsinhalt (Folgeänderung zur Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze) bleibt unberührt.
28	Art. 6 Nr. 1-2	RSAV, §§ 23, 27	Finanzierung Innovationsfonds	Technisch notwendige, nicht finanzwirksame Übergangsregelung zur Berücksichtigung des Finanzierungsanteils der Krankenkassen am Innovationsfonds im Risikostrukturausgleich für noch nicht abgeschlossene Jahresausgleiche bis zum Ausgleichsjahr 2025.
29	Art. 1 Nr. 48	SGB V, § 130a	Streichung der Ausweitung des (erweiterten) Preismoratorium für den Bestandmarkt Arzneimittel	<ul style="list-style-type: none"> Mit der Ausweitung des erweiterten Preismoratoriums für Arzneimittel sollten Umgehungen des Preismoratoriums durch Übertragung der Vermarktungsrechte an andere pharmazeutische Unternehmen verhindert werden. Regelung könnte jedoch aufgrund der Systematik (Berechnung des erstattungsfähigen Preises in Abhängigkeit der Wirkstärke) den Anreiz für Neueinführungen von Kinderarzneimitteln reduzieren.

Nr.	Gesetzesentwurf / Stelle in der Synopse	§§	Maßnahme	Erläuterung
				<ul style="list-style-type: none"> Zur Vermeidung dieser Effekte und aufgrund der geringen Finanzwirkung wird die Regelung gestrichen und bleibt bei der bisherigen Systematik des Preisermittlungsverfahrens für Arzneimittel.
30	Art. 1 Nr. 48	SGB V, § 130a	Impfstoffabschlag	<ul style="list-style-type: none"> Der aktuell vorgesehene zusätzliche Abschlag i.H.v. 7 Prozent für Impfstoffe unter Patent- oder Unterlagenschutz wird auf 9 Prozent erhöht. Zudem wird für Impfstoffe für Schutzimpfungen, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht, ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 ein Preisermittlungsverfahren geregelt. Maßgeblich ist der Preisstand 1. Juni 2026.
31	Art. 1 Nr. 58	SGB V, § 175 Abs. 4	Informationsschreiben der Krankenkassen bei Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes	Die Pflicht der Krankenkassen, ihre Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes zu informieren wird gestrichen.
32				<i>noch offen / wird zeitnah nachgereicht</i>
33	Art. 7 Nr. 0	KVLG 1989, § 1	Folgeänderung zur Änderung in § 18a KVLG 1989	Folgeänderung zur Schaffung einer eigenen Norm für die Verwaltungsausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkasse.
34	Art. 3 Nr. 3	KHEntgG, § 6a	Pflegebudget	<ul style="list-style-type: none"> Es wird klargestellt, dass die mit dem KHAG eingeführte Regelung, nach der Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten, nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen sind, erst ab 2027 anzuwenden ist. Zur Sicherstellung der basiswirksamen Tarifierfinanzierung wird diese im Pflegebudget berücksichtigt und eine zusätzliche Möglichkeit zur Überschreitung der Obergrenze geschaffen. Für die Vereinbarung des Pflegebudgets 2027 wird statt des für 2026 vereinbarten das tatsächliche Pflegebudget 2026 zugrunde gelegt.
35	Art. 3 Nr. 5	KHEntgG, § 8 Abs. 5 a	Kurzzeitfallpauschale	Den Vertragspartnern auf Bundesebene wird ermöglicht, für begründete Einzelfälle die Abrechnung von Kurzzeitfallpauschalen bei Leistungen des Ambulanten Operierens zu vereinbaren.
36	Art. 4 Nr. 2	KHG, § 17b	Erweiterung Evaluation Vorhaltevergütung	<ul style="list-style-type: none"> Die Auswirkungsanalyse zur Einführung der Vorhaltevergütung wird erweitert, indem auch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen einbezogen wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat damit auch zu prüfen, ob die Kurzzeitfallpauschalen Einfluss auf die Vorhaltevergütung haben.
37	Art. 1 Nr. 60	SGB V, § 221	Absenkung Bundeszuschuss	<ul style="list-style-type: none"> Die im KabE vorgesehene Absenkung des Bundeszuschusses um 2 Mrd. Euro p.a. wird im Jahr 2027 um 650 Mio. Euro und ab dem Jahr 2028 um 450 Mio. Euro

Nr.	Gesetzesentwurf / Stelle in der Synopse	§§	Maßnahme	Erläuterung
				<p>verringert. Der Bundeszuschuss beträgt somit im Jahr 2027 13,15 Mrd. Euro und ab dem Jahr 2028 jährlich 12,95 Mrd. Euro.</p> <ul style="list-style-type: none"> Das ist durch den infolge der Erhebung einer Lenkungssteuer auf zuckergesüßte Getränke entstehenden finanziellen Spielraum möglich. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Steueraufkommen bei zuckerhaltigen Getränken im Jahr 2027 650 Mio. Euro beträgt und infolge von Rezepturanpassungen der Erzeuger ab 2028 auf 450 Mio. Euro jährlich sinkt.
38	Art. 1 Nr. 62	SGB V, § 232a	Höhere Beiträge des Bundes für Grundsicherungsgeldempfänger	Die vom Bund für Grundsicherungsgeldempfänger gezahlten Beiträge zur GKV werden um 750 Mio. Euro angehoben und betragen ab dem Jahr 2027 rund 1 Mrd. Euro, ab dem Jahr 2028 rund 1,25 Mrd. Euro, ab dem Jahr 2029 rund 1,75 Mrd. Euro, ab dem Jahr 2030 rund 2,25 Mrd. Euro und ab dem Jahr 2031 dauerhaft rund 2,75 Mrd. Euro.
39	Art. 1 Nr. 23	SGB V, § 61	Zuzahlungen – Abschaffung der Dynamisierung	Die im KabE vorgesehene jährliche Dynamisierung der Zahlungsuntergrenze und -obergrenze wird gestrichen. Klarstellende Begründung, dass in einem nachfolgenden Gesetzgebungsverfahren weitere Regelungen zum Bürokratieabbau umgesetzt werden sollen, die in Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung im Bereich der Zuzahlung und Belastungsgrenze entwickelt werden.
40	Art. 1 Nr. 49	SGB V, § 130b	Preis-Mengen-Regelung	<ul style="list-style-type: none"> Inhaltliche Änderung: Erhöhung des Rabattfaktors pro überschrittenen 100 Mio. Euro Umsatz von 1 % auf 1,5 %. Durch die Fixierung des zusätzlichen Herstellerabschlags für Arzneimittel bei 8,5 Prozent (siehe die Begründung zu § 130a Absatz 1b) entstehen in diesem Leistungsbereich nach derzeitigen Prognosen ab dem Jahr 2029 anwachsende Deckungslücken, die an anderer Stelle kompensiert werden müssen, um die Erreichung des Ziels der Beitragssatzstabilität nicht zu gefährden. Technische Änderungen: <ul style="list-style-type: none"> Umstellung der Bezugszeiträume von Kalenderjahren auf Jahre ab Inverkehrbringen Klarstellung der Einbeziehung von Importen und Arzneimitteln mit demselben Wirkstoff in die Mengenermittlung Präzisierung der Mitteilungspflichten des GKV-SV Klarstellung zur Rolle der Schiedsstelle (kann immer angerufen werden, darf aber nicht von Auffanglösung abweichen) Regelung zum Rabattbeginn bei Altverträgen, die zur Auffanglösung wechseln Streichung der Stichtagsregelung beim Sonderkündigungsrecht, keine Anknüpfung mehr an das GKV-FinStG von 2022
41	Art. 8	Inkrafttreten	Beitragsbelastung Übergangsbereich Art. 2 Nr. 1 (§ 20 SGB IV)	Im GE ist ein Inkrafttreten am Tag nach der Verkündung vorgesehen. Unterjährige Änderungen in den Entgeltabrechnungsprogrammen sind nicht möglich; möglich nur zum 1.1. oder 1.7. eines Jahres.
42	Art. 1a Nr. 4	SGB III,	Abgesenktes Krankengeld bei	Bei einem abgesenkten Krankengeld nach § 47 Absatz 2a SGB V wegen der Beendigung eines

Nr.	Gesetzesentwurf / Stelle in der Synopse	§§	Maßnahme	Erläuterung
	Art. 2a Nr. 1-2	§ 347 SGB VI, § 170	Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses	Beschäftigungsverhältnisses tragen die Krankenkassen die Beiträge zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung alleine.
43	Art. 2d Nr. 1	SGB XII, § 32 Abs. 3 a	Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner	Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch: Fällt ein Beitragszuschuss für die Familienversicherung an, so ist auch dieser als Bedarf für Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung anzuerkennen.
44	Art. 2d Nr. 2	SGB XII, § 128c Nr. 4 Buchstabe d neu	Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner	Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch: Erhebungsumfang der Bundestatistik.
46	Art. 1 Nr. 40-41	SGB V, §§ 111 , 111c	Tarifrefinanzierung für medizinische Rehabilitation und Vorsorge	Für tarifgebundene Einrichtungen oder Unternehmen dürfen Vergütungssteigerungen oberhalb der durchschnittlichen Veränderungsrate in Höhe von 50 % der Differenz zwischen den tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerungen und der durchschnittlichen Veränderungsrate nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden und sind damit von den Krankenkassen refinanzierbar. Die Regelung ist auf zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes befristet. Zudem ist ein Bericht des GKV-SV über die Auswirkungen der Regelungen vorgesehen (Evaluation).
47	Art. 1 Nr. 51-53	SGB V §§ 132 , 132a, 132l	Tarifrefinanzierung für Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege	Für tarifgebundene Leistungserbringer dürfen Vergütungssteigerungen oberhalb der durchschnittlichen Veränderungsrate in Höhe von 50 % der Differenz zwischen den tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerungen und der durchschnittlichen Veränderungsrate nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden und sind damit von den Krankenkassen refinanzierbar. Die Regelung ist auf zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes befristet. Zudem ist ein Bericht des GKV-SV über die Auswirkungen der Regelungen vorgesehen (Evaluation).
48	Art. 1 Nr. 56d-56c, Art. 6c	SGB V §§ 137 i, 137k, PPBV	Stärkung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG), Weiterentwicklung der Personalbemessung im Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> Zur stringenten Einhaltung der PpUG wird die zwischen der DKG und dem GKV-SV geschlossene Sanktionsvereinbarung mit dem Ziel überprüft, etwaige wirtschaftliche Anreize für ein regelmäßiges Unterschreiten der PpUG auszuschließen. Die Krankenhäuser werden über eine sog. Generalnorm gesetzlich verpflichtet, in allen Personalbereichen für diejenige Personalbesetzung zu sorgen, die für eine gute Qualität der Leistungen erforderlich ist. Gleichzeitig wird von einer verpflichtenden Anwendung der Personalbemessungsinstrumente für die Pflege sowie für den ärztlichen Bereich Abstand genommen; die Kommission für die Personalbemessung im Krankenhaus und die Pflegepersonalbemessungsverordnung werden abgeschafft.

Nr.	Gesetzesentwurf / Stelle in der Synopse	§§	Maßnahme	Erläuterung
49	Art. 2c Nr. 2	SGB XI, § 59	Folgeänderung für das SGB XI für § 47 Abs. 2a SGB XI (Krankengeld bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses)	Bei einem abgesenkten Krankengeld nach § 47 Absatz 2a SGB V wegen der Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses tragen die Krankenkassen die Beiträge zur Pflegeversicherung alleine (s. ÄA Nr. 42)
50	Art. 1 Nr. 56a, 65a, 72	SGB V, §§ 135e, 275a sowie Anlage 1 zu § 135e	Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als Mindestkriterium aller Leistungsgruppen	Die PpUG werden als Mindestkriterium aller Leistungsgruppen gestrichen. Dem Leistungsgruppen-Ausschuss wird der Auftrag erteilt, Qualitätskriterien für die spezifische Qualifikation und Verfügbarkeit des Pflegepersonals pro Leistungsgruppe zu empfehlen.
52	Art. 1 Nr. 12	SGB V, § 31	Vorrang von cannabishaltigen Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird festgelegt, dass die Verordnung von cannabishaltigen Rezepturen grundsätzlich erst nach einem mindestens sechsmonatigen Therapieversuch mit einem zugelassenen cannabishaltigen Fertigarzneimittel zulässig ist. • Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass zugelassene Fertigarzneimittel gegenüber nicht zugelassenen Rezepturarzneimitteln grundsätzlich die zweckmäßigere Versorgungsform darstellen.
55	Art. 1 Nr. 63	SGB V, § 242b	Beitragszuschlag Familienversicherung – Ausnahme Säumniszuschlag (siehe auch ÄA 20)	<ul style="list-style-type: none"> • Zur Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV und zugleich dem Schutz der Arbeitgeber vor möglichen Haftungsrisiken wird klargestellt, dass für den Übergangszeitraum vom 1. Januar 2028 bis einschließlich 31. Juli 2028 keine Säumniszuschläge erhoben werden und ein nachträglicher Beitragsabzug möglich ist. • Zudem Ergänzung einer Ausnahme vom Beitragszuschlag für erwerbsgeminderte Grundsicherungsgeld-Beziehende.
56				noch offen / wird zeitnah nachgereicht
57				noch offen / wird zeitnah nachgereicht
58	Art. 1 Nr. 62a	SGB V, § 234	Beitragspflichtige Einnahmen der Künstler und Publizisten in der KV	Folgeänderung zur Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit sowie eines teilweisen Krankengeldes; Beschränkung des Wegfalls der Beitragspflicht auf den Bezug von Krankengeld infolge vollständiger Arbeitsunfähigkeit mit der Folge, dass bei Teilarbeitsunfähigkeit auf das Entgelt aus künstlerischer oder publizistischer Tätigkeit weiterhin Beiträge zur KV über die Künstlersozialkasse zu zahlen sind.
59	Art. 1a Nr. 1-3	SGB III, §§ 27, 150, 345	Folgeänderungen im SGB III	<ul style="list-style-type: none"> • § 27: Sicherstellung, dass Personen, deren Arbeitsentgelt allein wegen der Teilarbeitsunfähigkeit unter der Geringfügigkeitsgrenze liegt, weiterhin in den Schutz der Arbeitslosenversicherung einbezogen bleiben. • § 150: Vermeidung von Nachteilen bei der Bemessung des Arbeitslosengeldes bei Teilarbeitsunfähigkeit, Rechtsbereinigung.

Nr.	Gesetzesentwurf / Stelle in der Synopse	§§	Maßnahme	Erläuterung
				<ul style="list-style-type: none"> § 345: Schaffung einer pauschalen Beitragsbemessungsgrundlage für das teilweise Krankengeld.
60	Art. 2 Nr. 3	SGB IV, § 95c	Folgeänderung im SGB IV	Erweiterung des Datenaustauschs zwischen den Krankenkassen und der Künstlersozialkasse um die Fälle der Teilarbeitsunfähigkeit (Absatz 2 Nummer 2)
61	Art. 2a Nr. 1-6	SGB VI, §§ 4, 5, 6, 166, 170, 175	Folgeänderungen im SGB VI	<ul style="list-style-type: none"> § 4: Erweiterung des antragsberechtigten Personenkreises auf Versicherte, die teilarbeitsunfähig sind (Abs. 3) und Regelung zum Beginn der Versicherungspflicht (Abs. 4). § 5: Ausschluss der Versicherungsfreiheit für selbstständig Tätige, deren Arbeitseinkommen aufgrund einer Teilarbeitsunfähigkeit die Geringfügigkeitsgrenze unterschreitet. § 6: Klarstellung, dass die Möglichkeit zur Befreiung von der Versicherungspflicht nicht auf Versicherte Anwendung findet, deren Arbeitsentgelt aufgrund des Vorliegens einer Teilarbeitsunfähigkeit die Geringfügigkeitsgrenze unterschreitet. § 20: Abgrenzung von Übergangsgeld und Krankengeld bei ambulanten Leistungen zur Prävention und Nachsorge - keine Anwendung der Vereinbarungsregelung GKV-SV und DRV Bund auf das Teilkrankengeld. §§ 166 und 170: Schaffung einer pauschalen Beitragsbemessungsgrundlage für das teilweise Krankengeld sowie für Personen, die für die Zeit der Teilarbeitsunfähigkeit nach § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI auf Antrag pflichtversichert sind; Beitragstragung für Antragspflichtversicherte bei Teilarbeitsunfähigkeit. § 175: Beschränkung des Wegfalls der Beitragspflicht auf den Bezug von Krankengeld infolge vollständiger Arbeitsunfähigkeit mit der Folge, dass bei Teilarbeitsunfähigkeit auf das Entgelt aus künstlerischer oder publizistischer Tätigkeit weiterhin Beiträge zur RV über die Künstlersozialkasse zu zahlen sind.
62	Art. 2b Nr. 1-2	SGB IX, § 167 Abs. 2 S. 1, § 67 Abs. 1	Betriebliches Eingliederungsmanagement; Übergangsgeld	<ul style="list-style-type: none"> § 167: Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach 6 Wochen Teilarbeitsunfähigkeit innerhalb eines Kalenderjahres. § 67: Erweiterung der Berechnungsgrundlage des Übergangsgeldes um Teilarbeitsunfähigkeit.
63	Art. XX	ALG, § 36 Abs. 1 S. 1-2	Betriebs- und Haushaltshilfe bei Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft und medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises auf Versicherte, die teilarbeitsunfähig sind.
64	Art. XX	KSVG,	Mindesteinkommengrenze für	Folgeänderung zur Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit sowie eines teilweisen Krankengeldes. Regelung, dass die Mindesteinkommengrenze sowohl bei Teilarbeitsunfähigkeit

Nr.	Gesetzesentwurf / Stelle in der Synopse	§§	Maßnahme	Erläuterung
		§ 3 Abs. 1 S. 3	Versicherungspflicht im KSVG	als auch bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit anteilig herabgesetzt wird entsprechend der Dauer des Krankengeldbezuges.

Table-Briefings