

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Tag nach der Verkündung
Inkrafttreten

vsL. 20.11.2026

2. Durchgang Bundesrat

15.10.2026

2./3. Lesung Bundestag

07.10.2026

Anhörung im Gesundheits-
ausschuss – fachfremde
Änderungsanträge

09.09.2026

Anhörung im Gesundheits-
ausschuss

Bundestag beschließt Notfallreform mit Folgeregelungen zum BStabG

Am 15.10.2026 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung in 2./3. Lesung beschlossen. In den vergangenen Legislaturperioden hatte es bereits zwei Anläufe für eine Notfallreform gegeben, die jedoch im Wesentlichen am Widerstand der Bundesländer gescheitert waren.

Das aktuelle Gesetz setzt den rechtlichen Rahmen für eine stärker integrierte und digital organisierte Notfallversorgung. Es ermöglicht zudem mehr Transparenz über die Kosten der rettungsdienstlichen Leistungen, da diese in das Sozialgesetzbuch integriert werden. Im Vergleich zum Entwurf finden sich eine Reihe von Änderungen in dem nun beschlossenen Notfallgesetz: So wird die Einrichtung von flächendeckenden gemeinsamen Gesundheitsleitsystemen für Kassenärztliche Vereinigungen (KV) und Rettungsdienste verpflichtend. Bisher war eine Verbindlichkeit nicht vorgesehen. Zur Ausgabenbegrenzung wird zudem die Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung an die Entwicklung der Grundlohnsumme angebunden. Nicht nur für den Bereich der Notfallversorgung ist es wichtig, dass es für Ärztinnen und Ärzte zukünftig eine Verpflichtung für die Meldung von Terminen an die Terminservicestellen geben wird.

Der abschließende 2. Durchgang des Gesetzes im Bundesrat ist für den 20.11.2026 vorgesehen.

Folgeregelungen zum GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz

Im Gesetzgebungsverfahren wurde ein Paket von Änderungsanträgen eingebracht, mit dem unter anderem finanzielle Zusagen der Bundesregierung für den Krankenhausbereich in Höhe von über einer halben Milliarde Euro zur Umsetzung kamen. Diese Zusagen stammen aus einer Protokollerklärung zum GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz (BStabG), ohne die der Bundesrat dem Spargesetz im Sommer nicht zugestimmt hätte.

Kurz vor der abschließenden Lesung des Notfallgesetzes wurde eine ursprünglich geplante Änderung zur Wiedereinführung von Ausschreibungen für Zytostatika zurückgezogen.

- B** Ausschreibungen schaffen einen verbindlichen Rahmen für eine kontinuierliche Qualitätssicherung und unterstützen so die Versorgungssicherheit. Mit der Entscheidung gegen Ausschreibungsmöglichkeiten bei Zytostatika wurde eine Chance vertan. Verträge zwischen Kassen und einzelnen Apotheken könnten ein erhebliches Einsparpotential heben. Grundsätzlich wird mit den Änderungen das Ziel verfehlt, die zusätzlichen Finanzmittel für den Krankenhausbereich zu refinanzieren.

Einführung eines Rechnungszuschlags für Krankenhäuser

Im Rahmen der Protokollerklärung hatte die Bundesregierung den Ländern 550 Millionen Euro für die Krankenhäuser in Aussicht gestellt. Mit dem Änderungsantrag wurde diese Zusage eingelöst. Beschlossen wurde die Einführung eines unbefristeten Rechnungszuschlags, über den ab 01.01.2027 450 Millionen Euro jährlich an die nicht-universitären Krankenhäuser fließen sollen. Hochschulkliniken erhalten nach den Plänen der Koalitionsfraktionen für das Jahr 2027 zunächst einen Betrag von 100 Millionen Euro, der ebenfalls in Form eines Rechnungszuschlags gewährt werden soll. Ab dem Jahr 2028 sollen die 100 Millionen Euro dann dauerhaft über die Erhöhung der Mittel für die Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken bereitgestellt werden.

- B** Es ist nicht erkennbar, wie die zusätzlichen Finanzhilfen an die Krankenhäuser ohne weitere Belastung der Beitragszahler refinanziert werden sollen. Mit den Zusagen aus der Protokollerklärung wird erneut die ursprüngliche Intention des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes,

Zum Download

Beschlussempfehlung und
Bericht Notfallversorgung

Berlin kompakt

Nr. 11 // 20. Oktober 2026

zum Grundsatz der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zurückzukehren, aufgeweicht. Hinzu kommt, dass die Zuschläge unbefristet gewährt werden und nicht an die Entwicklung der Fallzahlen gekoppelt sind.

Einführung einer neuen Prüfquotenklasse für Krankenhäuser

Eine weitere Änderung zielt darauf, dass ab dem 01.01.2027 eine neue Prüfquotenklasse für Krankenhäuser mit geringer Auffälligkeit bei den Krankenhausabrechnungen eingeführt wird. Konkret geht es um eine Prüfquote von einem Prozent für die Krankenhäuser, deren Anteil unbeanstandeter Rechnungen bei 90 Prozent und mehr liegt. Damit sollen Krankenhäuser von bürokratischem Aufwand entlastet werden. Laut Begründung des Änderungsantrags sollen sich mit der Regelung für die betroffenen Krankenhäuser eine jährliche Entlastung von rund 100.000 Euro ergeben sowie Einsparungen in Höhe von rund 69.000 Euro auf Seiten der Krankenkassen und rund 219.000 Euro beim Medizinischen Dienst.

- B** Mit der Regelung kommt das Parlament der Forderung der Krankenhäuser nach bürokratischer Entlastung nach. Perspektivisch sollten die Quoten jedoch gänzlich abgeschafft werden, denn eine Überprüfung des wirtschaftlichen Einsatzes von Beitragsgeldern ist dringend geboten.

Wiedereinführung von Ausschreibungen für Hilfsmittel

Mit einer weiteren Änderung sollen Ausschreibungen für bestimmte Hilfsmittelversorgungen wieder ermöglicht werden. Sie stellen eine zusätzliche Vertragsform dar, denn Verhandlungsverträge sollen der Regelfall bleiben. Ausschreibungen sind nur zulässig, wenn sie eine wirtschaftliche und qualitativ gesicherte Versorgung fördern. Dabei müssen neben möglichen Kostenvorteilen besonders die Versorgungsqualität, die wohnortnahe Versorgung, der Verfahrensaufwand sowie Auswirkungen auf den Wettbewerb kleiner sowie mittlerer Leistungserbringer berücksichtigt werden. Die Qualitätsanforderungen müssen mindestens den gesetzlichen Vorgaben und den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses entsprechen. Gemeinsame Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands und der Leistungserbringer sollen die Ausschreibungskriterien konkretisieren.

- B** Die Wiedereinführung einer Ausschreibungsmöglichkeit für Hilfsmittelversorgungen ist ein wichtiger Beitrag zur Gestaltung einer wirtschaftlichen und zugleich qualitativ hochwertigen Hilfsmittelversorgung. Ausschreibungen stärken den Qualitätswettbewerb und fördern Innovationen im Bereich der Hilfsmittelversorgung.

Neuregelungen zu Hybrid-DRG

Eine Änderung betrifft die „spezielle sektorengleiche Vergütung“ (Hybrid-DRG), die eingeführt wurde, um die Ambulantisierung medizinischer Leistungen zu fördern. Hybrid-DRG werden zum Ende des Jahres 2027 abgeschafft. 2027 wird übergangsweise unterschieden, ob eine Leistung eine Übernachtung im Krankenhaus umfasst oder nicht. Für Leistungen mit Übernachtung gelten zunächst die Hybrid-DRG weiter. Leistungen ohne Übernachtung hingegen werden über den EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) vergütet. Ab 2028 werden Hybrid-DRG zu Leistungen des Ambulanten Operierens beziehungsweise zu den noch zu etablierenden Kurzzeitfallpauschalen. GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft müssen bis 30.04.2027 eine Vereinbarung über die Kalkulation von Kurzzeitpauschalen treffen.

- B** Das Ziel, die Ambulantisierung medizinischer Leistungen auch im vertragsärztlichen Bereich zu fördern, bleibt richtig. Durch die Abschaffung der Hybrid-DRG und die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen werden die Vertragsärzte von der Ambulantisierung ausgenommen. Damit

Berlin kompakt

Nr. 11 // 20. Oktober 2026

werden ambulante Leistungen wieder in das stationäre Setting verlagert – mit unklaren finanziellen Folgen. Dies muss bei der künftigen Ausgestaltung der Kurzzeitpauschalen berücksichtigt werden. Nicht nachvollziehbar ist, warum eine Abschaffung der Vergütung über Hybrid-DRG erfolgen soll, obwohl bislang keine belastbare Evaluation vorliegt. Mit der Hybrid-DRG wird das bislang einzige Instrument an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung aufgegeben.

Vergütungsabschlag bei nichtgenutzten DiGA

Weiterhin ist ein Vergütungsabschlag für nichtgenutzte Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) beschlossen worden. Werden DiGA innerhalb der ersten vier Wochen nach Anwendungsbeginn nicht mehr genutzt, sollen künftig die Hersteller die Kosten tragen. Deren Höhe ist dann abhängig von der Quote der Nutzungsabbrüche in den ersten vier Wochen. Die Krankenkassen sollen damit entlastet und für die Anbieter ein Qualitätsanreiz gesetzt werden. Die Regelung ist innerhalb der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung ausschließlich für dauerhaft gelistete DiGA vorgesehen – diese Listung erfolgt erst nach der zwölfmonatigen Erprobungsphase, in der die Hersteller Preise ohne positiven Nutznachweis frei festlegen können. Oft wird dieser Erprobungszeitraum um ein weiteres Jahr verlängert, die Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband können dann erst sehr viel später erfolgen.

- B** Die veränderte Regelung greift für DiGA erst in einer Phase, in der die hohen Herstellerpreise bereits über einen längeren Zeitraum zulasten der Solidargemeinschaft gezahlt wurden. Die Regelung ändert nichts am eigentlichen Problem: der oft sehr hohen Preise während der vorläufigen Listung ohne Nachweis eines Nutzens für die Versicherten. Es besteht daher die Gefahr, dass die Regelung keinen oder einen nur sehr begrenzten wirtschaftlichen Effekt entfaltet. Sinnvoll sind die Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit, nämlich die Abschaffung der Erprobungsregelung und der Preisfreiheit von DiGA im ersten Jahr.

Abschaffung der Fixkostendegression im ambulanten Versorgungsbereich

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde in der ambulant-ärztlichen Versorgung eine sogenannte Fixkostendegression eingeführt. Damit sollten im Falle eines starken Anstiegs der Fallzahlen die Fixkosten der Praxen (wie Mieten, technische Geräte oder IT-Kosten) abgestaffelt vergütet werden.

Der Bundestag hat nun eine Rücknahme dieser Regelung beschlossen. Zukünftig soll demnach der Fixkostendegressionsabschlag auf die entbudgetierten Leistungen im Bereich der hausärztlichen Versorgung sowie in der Kinder- und Jugendmedizin entfallen.

- B** Die Rücknahme der Fixkostendegression mindert den Einspareffekt des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes. Zudem weicht die Bundesregierung damit von dem grundsätzlichen Ziel ab, alle Leistungsbereiche angemessen an der notwendigen finanziellen Konsolidierung der GKV zu beteiligen.

Bundeskabinett beschließt PNOG

Nach intensiven Verhandlungen hat das Bundeskabinett am 30.09.2026 den Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (PNOG) beschlossen. Im Vergleich zum Referentenentwurf aus dem Juni (siehe Berlin kompakt Nr. 8/2026) finden sich darin umfassende Änderungen. Geplant ist, das Gesetzesvorhaben bis Ende des Jahres abzuschließen, damit es am 01.01.2027 in Kraft treten kann. Eine Expertenkommission soll Vorschläge für eine grundlegende

Berlin kompakt

Nr. 11 // 20. Oktober 2026

Pflegeneuordnungsgesetz

01.01.2027

Inkrafttreten

30.09.2026

Kabinettsbeschluss

10.06.2026

Verbändeanhörung

05.06.2026

Referentenentwurf

- B** Der Kabinettsbeschluss zum PNOG ist ein Kompromiss auf kleinstem politischen Nenner. Unklar ist, wie der politische Konflikt zwischen CDU/CSU und SPD im nächsten Jahr aufgelöst werden kann. Dies gilt vor allem für die SPD-Forderungen zur Begrenzung der Kosten stationärer Pflegeleistungen und zu einem finanziellen Ausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung.

Bund sucht Lösung für Finanzdefizit

Laut PNOG-Kabinettsbeschluss könnte das Defizit der sozialen Pflegeversicherung (SPV) im Jahr 2027 bei 7,6 Milliarden Euro und 2028 bereits bei 15,4 Milliarden Euro liegen. Das Einsparpotential für 2027 liegt laut Entwurf jedoch nur bei 6,25 Milliarden Euro. Um die drängenden Finanzprobleme der SPV in diesem Jahr zu lösen, hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) beim Bundesfinanzministerium (BMF) im Rahmen der Haushaltsverhandlungen kurzfristige Liquiditätshilfen für 2026 angemeldet. Damit soll die Finanzierung der SPV bis zum Jahresende gesichert werden. Steuerzuschüsse des Bundes sind weiterhin nicht Teil des PNOG.

- B** Der GKV-Spitzenverband geht sogar von einem noch höheren Defizit der SPV im kommenden Jahr aus, es soll sich auf zehn Milliarden Euro belaufen. Es ist fraglich, ob das für die SPV nötige Finanzvolumen für das Gesamtjahr 2027 mit den im Entwurf enthaltenden Regelungen erreicht werden kann. Kurzfristige zusätzliche Finanzmittel sind für die Sicherstellung der Leistungen der SPV bis zum Jahresende unabdingbar.

Leistungsanspruch auf Pflegebegleitung wird auf 2029 verschoben

Im Unterschied zum Referentenentwurf wird die verpflichtende Pflegebegleitung für Versicherte in häuslicher Versorgung sowie für ihre An- und Zugehörigen um ein Jahr auf Anfang 2029 verschoben. Unverändert haben Kommunen und Pflegestützpunkte das Vorrecht, die Pflegebegleitung anzubieten, sie müssen dies bis zum 31.12.2027 anzeigen. Der GKV-Spitzenverband erhält den Auftrag, bis zum 30.09.2027 Empfehlungen für die Anforderungen an Pflegebegleitpersonen zu erarbeiten.

- B** Aufgrund der massiven Auswirkungen auf die Prozesse in der Pflege ist es nachvollziehbar, dass die neue Leistung der Pflegebegleitung um ein Jahr verschoben wird. Sinnvoll wäre es, die Pflegebegleitung in die Verantwortung der Pflegekassen zu geben. Die Pflegekassen verfügen nicht nur über die entsprechenden Daten, sondern besitzen auch umfassende Kenntnisse in der Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

Insgesamt ist fraglich, ob die mit dem Gesetz geplanten Aufgaben finanziell, strukturell und personell umgesetzt werden können. Kritisch ist insbesondere die Einbindung der Pflegestützpunkte und Kommunen und die damit verbundene Subventionierung von Parallelstrukturen aus Beitragsmitteln.

Keine Halbierung des Pflegegeldes geplant

Mit dem Entwurf sind weiterhin umfassende leistungsrechtliche Änderungen verbunden, so zum Beispiel die Zusammenfassung von Leistungen in Budgets. Die bisher vorgesehene Halbierung des Pflegegeldes in den ersten drei Monaten bei erstmaliger Einstufung in Pflegegrad 2 oder 3 wurde hingegen wieder gestrichen. Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 soll weiterhin aus dem Leistungskatalog der SPV herausgenommen werden.

Zum Download

Kabinettsbeschluss

Pflegeneuordnungsgesetz

Berlin kompakt

Nr. 11 // 20. Oktober 2026

- B** Aufgrund der geplanten Rechtsänderungen zum 01.01.2027 müssen neue Bescheide an die Pflegebedürftigen versendet werden. Dies betrifft unter anderem die Umstellung von Pflegegeld und Pflegesachleistungen auf Budgetleistungen. Die Auswirkungen auf die Verwaltungsverfahren der Pflegekassen sind erheblich, sinnvoll wäre daher eine gesetzliche Überleitungsregelung.

Gestufte Leistungszuschläge und Rentenbeträge bleiben unverändert erhalten

Die geplanten Änderungen bei den Leistungszuschlägen in der vollstationären Pflege sind ebenfalls nicht mehr Teil des Entwurfs. Die Zuschläge der Pflegeversicherung – gestuft nach 12, 24 und 36 Monaten Bezugsdauer – bleiben erhalten. Auch die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige sollen nicht gekürzt werden. Eine Dynamisierung der Pflegeleistungen ist nun erst ab 2029 vorgesehen. Die Verschiebung der regelhaften, jährlichen Anpassung der Leistungsbeträge um ein Jahr führt laut BMG zu einer Entlastung der SPV in Höhe von 4,7 Milliarden Euro.

- B** Die Rücknahme der Regelungen zu den Leistungszuschlägen und zur Reduzierung der Rentenversicherungsbeiträge entlastet zwar die Pflegebedürftigen, eine ausreichende Gegenfinanzierung für die SPV fehlt jedoch. Weiterhin kommt der Bund seiner Verpflichtung zur Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen nicht nach, auch die Übernahme der Investitionskosten durch die Länder wird nicht nachdrücklich eingefordert. Beides wäre zur finanziellen Entlastung der Pflegeversicherung aber notwendig. Eine regelhafte Anpassung begegnet der schleichenden Entwertung von Pflegeleistungen und stärkt besonders die ambulante pflegerische Versorgung.

Kinderlose sollen mehr in die SPV einzahlen

Mit dem PNOG soll die Einnahmehasis der SPV ausgeweitet werden. Mit Blick auf den bereits jetzt schon hohen Gesamtsozialversicherungsbeitrag und die damit verbundene Belastung für Versicherte und Arbeitgeber soll eine Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes vermieden werden. Für kinderlose Versicherte ist jedoch eine Anhebung des Beitragssatzes um 0,3 Prozentpunkte auf 4,5 Prozent vorgesehen, im Referentenentwurf war noch eine Anhebung um 0,1 Prozentpunkte geplant. Insgesamt soll dies zu Mehreinnahmen von 3,3 Milliarden Euro führen. Änderungen gibt es auch bei der Beitragsbemessungsgrenze (BBG), diese wird nicht wie vorgesehen auf die Höhe der Jahresarbeitsentgeltgrenze, sondern auf das Niveau der BBG in der GKV angehoben. Dadurch werden nur noch jährliche Mehreinnahmen von ca. 500 Millionen Euro erwartet.

- B** Die Beitragserhöhung für kinderlose Versicherte wird diese finanziell belasten, ist aber eine verfassungsrechtlich gestützte Anpassung. Die nun vorgesehene Regelung zur Beitragsbemessungsgrenze behält die bisherige Transparenz und Verwaltungsvereinfachung für Arbeitgeber, Versicherte und Sozialversicherungsträger bei.

Zum Download
Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren