

# Die wesentlichen Regelungen im Detail

## Versicherte

**Beitragsfreie Familienversicherung** bleibt im Kern erhalten. Weiterhin beitragsfrei versichert bleiben:

- Kinder & Eltern mit Kindern unter 7 Jahren
- Eltern von Kindern mit Behinderung, die außerstande sind, sich selbst zu unterhalten
- pflegende Angehörige & Partner über der Regelaltersgrenze (Rentner)
- Ehegatten und Lebenspartner mit vorliegender voller Erwerbsminderung

Für alle anderen mitversicherten Partner wird ein zusätzlicher Beitrag erhoben in Höhe von 2,5 Prozent des Einkommens des erwerbstätigen Ehepartners.

Die Regelung gilt auch, wenn die mitversicherte Person ihren Wohnsitz im Ausland hat und die Mitversicherung aus einem Sozialversicherungsabkommen (z.B. Türkei) abgeleitet wird.

**Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze** um 300 Euro/Monat.

**Einführung Teil-AU und Teilkrankengeld:** Vorgesehen werden drei Stufen von Teilarbeitsfähigkeit: 25 %, 50 %, 75 % bezogen auf Restleistungsfähigkeit am Arbeitsplatz. Mit Feststellung der Teilarbeitsfähigkeit geht die Feststellung einer Teilarbeitsunfähigkeit einher. Teilarbeitsfähigkeit kann erst festgestellt werden, wenn der oder die Versicherte sowie der Arbeitgeber Zustimmung erteilt haben. Der G-BA legt Einzelheiten zu Anforderungen an die Feststellung einer Teilarbeitsfähigkeit fest.

**Festzuschüsse beim Zahnersatz:** die Zuschüsse der Krankenkassen werden um 10 Prozent reduziert und liegen damit wieder auf dem gleichen Niveau wie vor dem Jahr 2020.

**Erhöhung Zuzahlungsbeträge/-grenzen um 50%:** Die Zuzahlungsregelungen sind in der GKV seit 2004 weitestgehend unverändert. Da die Verbraucherpreise ebenso wie Löhne und Gehälter über den Zeitraum von 2004 bis 2024 hinweg um ca. 50 Prozent gestiegen sind, ergibt sich teilweise eine reale Entwertung. Um die Zuzahlungen an die Preis- und Lohnentwicklung anzupassen, wird eine Erhöhung der Zuzahlungen um 50 Prozent erfolgen und anschließend mit der Grundlohnrate dynamisiert.

## Zuzahlungsbefreiungen und

**Härtefallregelungen bleiben unverändert erhalten:**

- Bei chronisch kranken Menschen liegt die jährliche Belastungsgrenze bei 1 % des Haushaltsbruttoeinkommens, bei allen anderen Personen bei 2 %.
- Beim Zahnersatz werden auch weiterhin bei Versicherten mit geringem Einkommen die Kosten für die medizinisch notwendige Behandlung vollständig durch die GKV übernommen (100 % Zuschuss in Härtefällen)

## Verwaltungskosten der Krankenkassen

Die **Netto-Verwaltungskosten** der Krankenkassen werden dauerhaft gedeckelt durch Anbindung an die Grundlohnsumme.

Die **Werbeausgaben der Krankenkassen** werden halbiert.

Die **Vergütungen** für außertariflich beschäftigte Führungskräfte (Vorstände und mittlere Führungsebene) bei den Krankenkassen und ihren Landesverbänden, den Medizinischen Diensten und den Kassenärztlichen Vereinigungen werden begrenzt.

## Bundesmittel

Einstieg in die **Finanzierung der Grundsicherungsempfänger**: Um die Beteiligung des Bundes an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung der Grundsicherungsempfänger zu steigern, wird der maßgebliche Faktor zur Errechnung des entsprechenden Pauschalbetrages in jährlichen Schritten erhöht.

Im Rahmen eines weiteren Gesetzgebungsverfahrens soll ab dem Jahr 2028 eine **Abgabe auf zuckergesüßte Getränke** eingeführt werden.

Aufgrund der notwendigen Haushaltskonsolidierung des Bundes ist eine **Reduktion des Bundeszuschusses** für die GKV ab dem Jahr 2027 um 2 Mrd. Euro erforderlich.

## Begrenzung der Vergütungsanstiege (Grundlohnrate als verbindliche Obergrenze)

Jährliche Vergütungsanstiege in sämtlichen Leistungsbereichen sowie im Verwaltungsbereich werden zukünftig auf die **tatsächlichen Kostensteigerungen** im jeweiligen Bereich (z.B. Orientierungswert im Krankenhausbereich) **oder auf die Grundlohnrate begrenzt**, wobei jeweils der niedrigere Wert maßgeblich ist.

In den Jahren 2027 bis 2029 gilt ein Abschlag von 1 Prozentpunkt. Dieser Abschlag ist notwendig, da die Grundlohnrate bis 2029 voraussichtlich noch deutlich höher als im langfristigen Schnitt (rund 4 Prozent) und wesentlich oberhalb der Entwicklung der

Einnahmen der Krankenkassen (Zuweisungen wachsen bis 2029 um durchschnittlich 2,5 Prozent) liegen wird.

## Krankenhausbereich

Vergütungsanstiege bei den stationären Leistungen werden auf die tatsächliche Kostenentwicklung oder die Grundlohnrate begrenzt. Die bisher geltende Regelung, dass hierbei stets der höhere Wert zu berücksichtigen ist, wird zurückgenommen. **Tarifsteigerungen** im Krankenhausbereich, die über die maßgebliche Obergrenze hinausgehen, sollen künftig nur noch zur Hälfte vergütungserhöhend berücksichtigt werden können.

Auch beim individuell verhandelten **Pflegebudget** der Krankenhäuser gilt: Steigerungen sind zukünftig grundsätzlich nur bis zur maßgeblichen Obergrenze möglich, also der tatsächlichen Kostenentwicklung oder der Grundlohnrate (in den Jahren 2027-2029 abzgl. minus 1 Prozentpunkt). Zusätzliches Personal, das zur Erfüllung von bestimmten Personalvorgaben benötigt wird, soll auch weiterhin voll refinanziert werden; auch die hälftige Berücksichtigung der Tarifsteigerungen kann sich insoweit erhöhend auswirken.

Ab 2027 soll der G-BA jährlich für mindestens einen der planbaren und mengenanfälligen Eingriffe ein **verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren** regeln.

## Vertragsärztliche Versorgung

Über alle vertragsärztliche Arztgruppen und ambulante Versorgungsformen hinweg wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gefestigt, indem die **Vergütungszuwächse den Anstieg der Grundlohnrate nicht übersteigen dürfen**.

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene **Sondervergütungen** für die Ärzteschaft eingeführt, die zu keinem belegbaren Nutzen für die Versicherten geführt haben. Hierunter fallen die extrabudgetären Zusatzvergütungen für Leistungen, die in offenen Sprechstunden und Vermittlungsfällen erbracht werden. Vorliegende Daten zeigen, dass diese Anreize ihr Ziel verfehlt haben. Diese Behandlungsfälle werden künftig wieder innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet.

Die gesetzliche Vorgabe für eine extrabudgetäre **Zusatzvergütung zur Erst- und Folgebefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA)** wird gestrichen. Zwei Jahre nach Start der ePA kann eine zusätzliche finanzielle Förderung entfallen.

Bisher haben Versicherte ab einem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf eine **Früherkennungsuntersuchung für Hautkrebs**. Deutschland ist das einzige Land mit einem flächendeckenden, nicht-risikobasierten Screening. Aus den vorliegenden Studien gibt es keine zuverlässigen Ergebnisse, die den Nutzen durch eine Senkung der Mortalität bei

Hautkrebs belegen können. Der gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, die Vorgaben für ein Hautkrebscreening inhaltlich zu überprüfen und eine Umstellung auf ein risikobasiertes Screening berücksichtigen. Bis Ende 2027 soll ein Änderungsbeschluss gefasst werden.

## Arzneimittel

Der allgemeine **Herstellerabschlag** von derzeit 7 % wird um eine **dynamische Komponente** ergänzt, die sich am Verhältnis der Arzneimittelausgaben zur Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) orientiert. Für jedes Jahr wird ein Ausgaben-„Soll“ anhand der BPE-Entwicklung definiert und der Differenzbetrag zu den „Ist“-Ausgaben wird ab dem zweiten Halbjahr des Folgejahres durch Anpassung der Abschlagshöhe ausgeglichen. Das betrifft insbesondere hochpreisige Patentarzneimittel als Ausgabentreiber; Festbetrags-Arzneimittel, Generika, Biosimilars und versorgungskritische Arzneimittel werden ausgenommen. Ausgenommen sind zudem neu eingeführte Arzneimittel, die in Deutschland in klinischen Prüfungen waren bzw. bei denen der Wirkstoff auch in Deutschland produziert wird.

In Therapiegebieten, in denen es mehrere **vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel** gibt, sollen Anbieter in den Preiswettbewerb treten – ohne staatlichen Einfluss. Hierzu wird den Krankenkassen ermöglicht, patentierte Arzneimittel zur bevorzugten Verordnung, als Grundlage für den Abschluss von Rabattverträgen, zu bestimmen. Ärzte werden verpflichtet, die von den Einzelkassen ausgewählten Arzneimittel bevorzugt zu verordnen.

**Cannabis-Blüten** werden von der Erstattung in der GKV ausgeschlossen. Der Anspruch auf Versorgung mit Cannabis wird begrenzt auf Extrakte in standardisierter Qualität und Fertigarzneimittel sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon.

Der **Apothekenabschlag** wird von derzeit 1,77 Euro auf 2,07 Euro erhöht. Der Apothekenabschlag ist ein gesetzlich festgelegter Betrag, der von Apotheken bei der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel an gesetzlich Versicherte den Krankenkassen als Rabatt gewährt wird.

Zusammenstellung Dieter Wagner