

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

- Von den 66 Vorschlägen der Finanzkommission Gesundheit umfasst das Gesamtpaket insgesamt 43 Maßnahmen davon 12 Maßnahmen in einer angepassten Version
- Zudem hat BMG 14 weitere Maßnahmen aufgenommen. Damit besteht das BMG-Paket zu drei Vierteln aus Maßnahmen der FKG
- Finanzvolumen des BMG-Maßnahmenpaketes besteht in 2027 zu rd. 85% aus Vorschlägen der FKG und in 2030 zu mehr als 90 %
- Die wesentlichen Vorschläge der FKG werden damit umgesetzt
- Fokus auf ausgewogenes Gesamtpaket, keine Überlastung einzelner Akteure oder Sektoren
- Einige Empfehlungen der FKG wurden nicht übernommen, da sie als technisch oder ordnungspolitisch nicht umsetzbar bewertet wurden bzw. Wechselwirkungen mit anderen Maßnahmen erzeugen

Finanzwirkung Entwurf

	2027	2030
Krankenhäuser	-5,1 Mrd. €	-12,8 Mrd. €
Arzneimittel	-1,9 Mrd. €	-6,4 Mrd. €
Vertragsärztliche Versorgung	- 2,7 Mrd. €	-5,0 Mrd. €
weitere Leistungserbringer	-2,1 Mrd. €	-6,7 Mrd. €
Zuzahlungen	-1,9 Mrd. €	-2,2 Mrd. €
Leistungsanpassung	-1,9 Mrd. €	-2,2 Mrd. €
Anpassung Familienversicherung (ab 2028)	0 Mrd. €	-2,2 Mrd. €
Höhere Einkommen	- 1,2 Mrd. €	-1,3 Mrd. €
Arbeitgeber	-2,8 Mrd. €	-3,0 Mrd. €
Bund (Verschiebung Rückzahlung Darlehen)	-	-1,0 Mrd. €
Gesamtwirkung Reformpaket	19,6 Mrd. €	42,8 Mrd. €
Prognostiziertes Defizit	15,3 Mrd. €	40,4 Mrd. €

Leitlinien der Reform:

1. Zuwächse von Preisen und Vergütungen werden wir in Zukunft für alle Leistungsbereiche an die Entwicklung der Einnahmen koppeln
2. Ausgaben müssen für Versicherte einen nachweislichen Nutzen haben

Erläuterungen Maßnahmen GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

I. Leistungserbringer

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-11,8	-17,3	-24,1	-30,9

A. Krankenhaus

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-5,1	-7,3	-9,9	-12,8

a. Dauerhafte Umsetzung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Krankenhausbereich

Erläuterung: Die Vergütung der somatischen Krankenhäuser wird maßgeblich durch den Landesbasisfallwert (LBFW) bestimmt, der jährlich von den Landeskrankenhausesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart wird. Der sog. Veränderungswert begrenzt die Entwicklung des LBFW nach oben. Dabei gilt derzeit die Meistbegünstigungsklausel, wonach bei einem von der Grundlohnrate abweichenden Orientierungswert (tatsächliche Kostenentwicklungen der Krankenhäuser) der jeweils höhere Wert zu berücksichtigen ist. Künftig soll der Orientierungswert oder, sofern darunterliegend, die Grundlohnrate (2027 bis 2029 mit Abschlag von jeweils 1%-Punkt) maßgeblich sein. Zudem soll künftig die derzeitige, volle Berücksichtigung bzw. Refinanzierung aller Tarifsteigerungen, welche die maßgebliche Obergrenze überschreiten, bei der Vereinbarung des LBFW nicht mehr gelten. Für die Vereinbarung der Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, besonderen Einrichtungen und für das Pflegebudget gelten die Vorgaben gleichermaßen.

b. Begrenzung der Zuwächse beim Pflegebudget

Erläuterung: Die Vergütung der Krankenhäuser setzt sich grundsätzlich zusammen aus den Fallpauschalen (DRGs) und einem krankenhausesindividuellen Pflegebudget – dieses wird nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert und individuell zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern ausgehandelt. Zuvor waren die Kosten für die Pflege ebenfalls Teil der DRGs. Der Anstieg des Pflegebudgets wird künftig durch den Orientierungswert oder die niedrigere Grundlohnrate begrenzt (2027 bis 2029 mit Abschlag von jeweils 1%-Punkt). Die Vertragsparteien vor Ort können einen Anstieg des Pflegebudgets oberhalb der maßgeblichen Obergrenze nur noch vereinbaren, wenn zusätzliches Pflegepersonal auf Grund von Gesetzen, Verordnungen oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses benötigt wird (z. B. Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen).

c. Entfall der zusätzlichen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen

Erläuterung: Seit der Vereinbarung des Pflegebudgets 2025 können pflegeentlastende Maßnahmen (Entlastung von Pflegepersonal am Bett, z.B. durch Servicepersonal, Digitalisierungslösungen etc.) ausschließlich pauschal mit 2,5% des Budgets erhöhend

berücksichtigt werden – d.h. ohne weitere Nachweise. Die Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen soll künftig komplett entfallen.

d. Schrittweise Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens bei mengensensiblen Eingriffen

Erläuterung: Schon heute existiert eine Richtlinie des G-BA zu Zweitmeinungsverfahren bei planbaren, mengenanfälligen Leistungen. Ab 2027 soll der G-BA jährlich für mindestens einen der planbaren und mengenanfälligen Eingriffe ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren regeln. In der Begründung zum Gesetz werden bestimmte Maßnahmen als besonders geeignet für die Aufnahme in die entsprechende Richtlinie des G-BA vorgeschlagen (u.a. Knie- und Hüft-Endoprothesen, Wirbelsäuleneingriffe). Die Patientenautonomie soll dabei voll erhalten bleiben.

e. Rückzahlungsverpflichtung bei fehlender Besetzung von Personalstellen im Psych-Bereich und Erweiterung des leistungsbezogenen Vergleichs

Erläuterung: Derzeit gilt: Sofern eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Diese Regelung wird angepasst und es wird vorgegeben, dass der Gesamtbetrag abzusenken ist und die nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel an die Kostenträger zurückzahlen sind. Derzeit werden diese Mittel teilweise trotzdem einbehalten. Psych-Krankenhäuser werden im Rahmen eines vor Ort von den Vertragsparteien verhandelten, krankenhausespezifischen Gesamtbudgets vergütet. Um die Transparenz im Rahmen der Budgetverhandlungen zu erhöhen, sollen künftig auch die Kostendaten der Einrichtungen beim sog. leistungsbezogenen Vergleich herangezogen werden. Der Vergleich dient den örtlichen Vertragsparteien zur Unterstützung bei der Vereinbarung einer leistungsgerechten Vergütung und enthält Informationen zu den Leistungen der Psych-Krankenhäuser aus vergangenen Budgetvereinbarungen.

f. Anpassung der Prüfquoten und Schwellenwerte bei Krankenhausabrechnungen, Erweiterung des MD-Prüfauftrags und Stärkung des Falldialogverfahrens

Erläuterung: Die Krankenkassen beauftragen den Medizinischen Dienst (MD) mit der Prüfung von Rechnungen der Krankenhäuser und beanstanden diese im Fall einer nicht regelkonformen Abrechnung. Die Anzahl der MD-Prüfungen ist durch Prüfquoten begrenzt. Bei einem hohen Anteil beanstandeter Rechnungen können die Kassen einen Aufschlag auf den Rückzahlungsbetrag geltend machen – dabei gelten bestimmte Schwellenwerte. Prüfquoten und Schwellenwerte sollen nun angehoben werden. Dadurch wird der Anreiz gestärkt, regelkonform abzurechnen. Es besteht dadurch ein höherer Anreiz für regelkonforme Abrechnungen. Durch eine Ausweitung des Falldialogs zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern kann zudem der Prüfaufwand auf beiden Seiten deutlich reduziert werden. Der Falldialog ermöglicht einen frühzeitigen Datenaustausch und Fallklärungen ohne Einbezug des MD.

Status quo		Anpassungsvorschlag	
Schwellenwert unbeanstandete Abrechnungen	Prüfquote	Schwellenwert unbeanstandete Abrechnungen	Prüfquote
≥ 60%	5 %	≥ 80 %	5 %
40–60%	10 %	60–80 %	15 %
20–40%	15 %	40–60 %	25 %
< 20%	unbegrenzt	< 40 %	unbegrenzt

In der aktuellen Praxis hängt die Möglichkeit einer Erweiterung des Prüfgegenstands im Rahmen der MD-Prüfung derzeit vom Prüfverfahren ab. Bei Prüfungen vor Ort kann der Prüfgegenstand einfach erweitert werden. Im schriftlichen Verfahren dagegen ist eine Ausweitung nur nach vorheriger Antragstellung des MD bei der Krankenkasse und deren Bestätigung zulässig. Vor-Ort-Prüfungen finden infolge der fortschreitenden Digitalisierung der Prüfprozesse selten statt; von einer entsprechenden Antragstellung wird häufig abgesehen. Es wird daher empfohlen, eine Erweiterung des MD-Prüfauftrags auch im schriftlichen Verfahren ohne gesonderte Antragstellung oder Bestätigung durch die Krankenkasse zu ermöglichen. Abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die der MD im Rahmen einer Prüfung feststellt, hat dieser zukünftig unabhängig vom beauftragten Prüfgegenstand bei seiner Prüfung zu berücksichtigen.

g. Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen

Erläuterung: Hybrid-DRG sollen die Ambulantisierung im stationären Bereich vorantreiben. Mit der Einführung sog. DRG-Kurzzeitfallpauschalen soll ein Vergütungsinstrument geschaffen werden, das eine Übervergütung von Hybrid-DRG Fällen vermeidet und für Krankenhäuser Anreize zur Verweildauerverkürzung und zur Ambulantisierung setzt. Dazu sollen künftig Fälle mit einem Aufenthalt von bis zu drei Kalendertagen (= zwei Übernachtungen) mit der Kurzzeitfallpauschale vergütet werden. In diesen Fällen entfällt der Kurzliegerabschlag. Die Kurzzeitfallpauschalen werden kostenbasiert kalkuliert und im DRG-Katalog ausgewiesen. Die Kurzzeitfallpauschalen werden mengenbegrenzt, um einer Hospitalisierung ambulanter Fälle vorzubeugen. Aufgrund der notwendigen, vorbereitenden Maßnahmen zur Umsetzung, wird erst ab dem Jahr 2030 mit einer Wirkung gerechnet.

h. Erweiterung der Regelung zur Fallzusammenführung (Prüfauftrag)

Erläuterung: Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, bis 30.06.27 (mit Wirkung ab 2028) eine Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung im Fallpauschalensystem zu prüfen. Die Zusammenführung von Behandlungsfällen kann erforderlich sein, um z.B. Doppelfinanzierungen oder Mehrfachabrechnungen zu verhindern. Geprüft werden soll, ob mit der Erweiterung der bestehenden Regelungen zur Fallzusammenführung eine medizinisch vertretbare Effizienzverbesserung ohne unnötigen Bürokratieaufbau zu erreichen ist.

B. Arzneimittel und Impfstoffe

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-1,9	-2,7	-4,3	-6,4

a. Dynamischer Herstellerrabatt für Patentarzneimittel

Erläuterung: Der allgemeine Herstellerabschlag von derzeit 7 Prozent 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 und Biosimilars werden ausgenommen. Nach der „Soll-Ist“-Vergleichsmethode würde für 2027 und das 1. Halbjahr 2028 voraussichtlich eine Anhebung des Abschlags in Höhe von 3,5% resultieren.

b. Rabattverträge für therapeutisch gleichwertige Patentarzneimittel

Erläuterung: In Therapiegebieten, in denen es mehrere vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel gibt, sollen Anbieter in einen Preiswettbewerb ohne staatlichen Einfluss treten. 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. Dabei gelten Ausnahmeregelungen für individuelle Entscheidungen (Quoten), die mit der Ärzteschaft regional verhandelt werden können. Auswirkung der Maßnahme steht in Wechselwirkung mit Maßnahme a.

c. Reform der Preis-Mengen-Regelung

Erläuterung: Bei Umsatzwachstum und Erreichen eines Mindestumsatzes von 100 Mio. Euro sollen Ausgabenanstiege der GKV gedämpft werden: Durch gesetzlich vorgegebene Mindestanforderungen für Mengenrabatte sollen Skaleneffekte der pharmazeutischen Unternehmen stärker als bisher auch zum Tragen kommen. Die zusätzlichen Preis-Mengen-Rabatte gelten gesetzlich erst ab dem dritten Jahr nach Markteintritt. Zudem erfolgt eine gesetzliche Erhöhung des Rabattfaktors auf Basis der aktuellen etablierten Umsetzungspraxis. Es besteht ein Sonderkündigungsrecht, um auch für „Altfälle“ bei denen der Skaleneffekt besonderes Gewicht hat, eine effiziente Preis-Mengen-Regelung herbeiführen zu können. Auswirkung der Maßnahme steht in Wechselwirkung mit Maßnahme a.

d. Preismoratorium für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundversorgung und Nicht-Verlängerung der Übergangsfrist für Produkte ohne Nutznachweis

Erläuterung: Einführung eines Preismoratoriums für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung. Die gesetzliche Definition der Verbandmittel wird um versorgungsrelevante Produktgruppen erweitert. Die Übergangsfrist für die Erstattung von „sonstigen Produkten zur Wundbehandlung“ ohne einen nachgewiesenen Zusatznutzen, die mit dem Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) bis Ende 2026 verlängert wurde, soll auslaufen. Auswirkung der Maßnahme steht in Wechselwirkung mit Maßnahme a.

e. Streichung Erstattung von Cannabis-Blüten

Erläuterung: Der Anspruch auf Versorgung mit Cannabis wird begrenzt auf Extrakte in standardisierter Qualität und Fertigarzneimittel sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon. Ferner steht die Zulassung eines THC-dominierten Cannabis-Vollextrakts als weitere Alternative im Bereich Cannabisarzneimittel an.

Zur Wirksamkeit und Sicherheit von Cannabisblüten liegen keine systematischen Untersuchungen vor. Dagegen stehen Hinweise auf unerwünschte Wirkungen, insbesondere Psychosen und kognitive Störungen, aber auch Erkrankungen in Mund/Rachen/Atemwege sowie das Risiko für eine Cannabissucht/Abhängigkeit. Cannabis-Blüten werden daher von der Erstattung in der GKV ausgeschlossen.

f. Weiterentwicklung Preismoratorium

Erläuterung: Das Preismoratorium wird um weitere vier Jahre bis zum 31. Dezember 2030 verlängert. Die Maßnahme hat sich seit ihrer Einführung bewährt und führt weiterhin zu erheblichen Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben, auf die auch künftig nicht verzichtet werden kann. Die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme in ihrer aktuellen Fassung wurde erst jüngst durch das Bundesverfassungsgericht bestätigt.

Erweiterung des Preismoratoriums, um einen Umgehungsschutz: Das Preismoratorium greift, sobald ein beliebiger pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat. Dadurch kann verhindert werden, dass ein Arzneimittel nach einem Marktaustritt durch einen anderen pharmazeutischen Unternehmer zu einem neuen (höheren) Preis auf den Markt gebracht wird. Darüber hinaus soll eine Stärkung des „erweiterten Preismoratoriums“ auch Arzneimittel berücksichtigen, die in einer anderen Darreichungsform auf den Markt kommen.

g. Abschaffung Kombi-Abschlag

Erläuterung: Mit dem Kombi-Abschlag erhalten Krankenkassen für alle Arzneimittel, die nach Festlegung des G-BA in Kombination mit anderen Arzneimitteln eingesetzt werden, derzeit einen Abschlag vom pharmazeutischen Unternehmer i.H.v. 20 %. Die Erhebung des Rabatts ist sehr aufwendig, zahlreiche Gerichtsverfahren sind anhängig. Die Abschaffung bedeutet eine starke Bürokratieentlastung für die Unternehmen und die Krankenkassen. Auswirkung der Maßnahme steht in Wechselwirkung mit Maßnahme a.

h. Abschaffung Leitplanken

Erläuterung: Die sog. Leitplanken sehen vor, dass ein neues Arzneimittel mit geringem Zusatznutzen nicht teurer sein darf als eine patentgeschützte Vergleichstherapie. Die Regelung hat jedoch bei der Arzneimittelpreisbildung nicht den gewünschten Spareffekt gebracht und soll daher entfallen.

Auswirkung der Maßnahme steht in Wechselwirkung mit Maßnahme a.

i. Erhöhung Apothekenabschlag

Erläuterung: 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 gesetzliche Versicherte den Krankenkassen als Rabatt gewährt wird.

j. Herstellerabschlag auf patentgeschützte Impfstoffe

Erläuterung: Generelle Anwendung eines Herstellerabschlags i. H. v. 7 Prozent analog auch auf Impfstoffe mit Unterlagen- oder Patentschutz. Die Maßnahme muss in Kombination mit der aktuell bestehenden Regelung zur europäischen Preisreferenzierung erfolgen, da die Hersteller die Preise ansonsten im Nachhinein um die Summe des Herstellerabschlags anheben könnten.

able Briefings

C. Vertragsärztliche Versorgung

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-2,7	-3,5	-4,3	-5,0

a. **Begrenzung Dynamik der Wachstumsdynamik bei Extrabudgetärer Gesamtvergütung (EGV)**

Erläuterung: Die Ausgabendynamik im vertragsärztlichen Bereich entsteht maßgeblich durch eine starke Mengenausweitung extrabudgetär vergüteter Leistungen (extrabudgetäre Gesamtvergütung, EGV). Extrabudgetär vergütete Leistungen sind ärztliche Leistungen, die außerhalb der (budgetierten) Gesamtvergütung (Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, MGV) zu festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung (ohne Honorar-Abstaffelung oder Mengengrenzung) von den Krankenkassen vergütet werden. Der Anteil dieser Leistungen an der Gesamtvergütung ist in den vergangenen Jahren stetig gestiegen (32,5 % in 2015 → rd. 40 % in 2024). Extrabudgetär vergütete Leistungen werden bislang nicht regelmäßig daraufhin geprüft, ob sie durch Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung gerechtfertigt sind.

Mit Blick auf die Stärkung des Wirtschaftlichkeitsgebots gilt es daher, die Ausgabenzuwächse zu begrenzen und an die Einnahmentwicklung in der GKV anzupassen. Die Maßnahme sieht vor, in allen KV-Gebieten den Anstieg des EGV-Ausgabenvolumens zu begrenzen. Das EGV-Ausgabenvolumen darf nur in vergleichbarem Umfang wie die MGV wachsen.

b. **Abschaffung der Zuschläge und extrabudgetären Vergütungen für Leistungen in offenen Sprechstunden und Vermittlungsfällen**

Erläuterung: Die 2019 eingeführten und 2023 angepassten extrabudgetären Zusatzvergütungen zielten darauf ab, für GKV-Versicherte den Zugang zur fachärztlichen Versorgung zu verbessern und Wartezeiten zu reduzieren. Nach den Ergebnissen einer Evaluation der Selbstverwaltung wurden diese Ziele klar nicht erreicht. Die fachärztlichen Wartezeiten haben sich vielmehr deutlich verlängert (33 Tage in 2019 → 42 Tage in 2024). Die Gesamt-Mehrausgaben seit Einführung liegen bisher bei rd. 3 Mrd. Euro (Tendenz steigend). Die Mehrausgaben haben demnach zu keiner Verbesserung der Versorgungsqualität geführt.

Daher werden extrabudgetären Vergütungen für ärztliche Leistungen, die in bestimmten Fallkonstellationen erbracht werden (TSS-Terminfall, TSS-Akutfall, Hausarztvermittlung, Offene Sprechstunde) abgeschafft und leistungsbezogen in die MGV zurückgeführt. Die ärztlichen Leistungen werden folglich weiterhin innerhalb der MGV (ggf. abgestaffelt) vergütet. Die zusätzlichen Zuschläge zu den Versicherten- und Grundpauschalen in diesen Konstellationen werden gestrichen.

c. **Streichung der extrabudgetären Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der ePA ab 2027**

Erläuterung: Die gesetzlich vorgegebene und extrabudgetäre Zusatzvergütung für Vertragsärzte für die Erst- und Folgebefüllung der ePA wurde eingeführt, um die Patienten bei der Nutzung ihrer ePA durch den Arzt unterstützen zu lassen und um zu Beginn Anreize zur

Nutzung der ePA zu fördern. Zwei Jahre nach Start der ePA und die zwischenzeitliche Umstellung auf eine Opt-out-Lösung kann eine zusätzliche, durch den Gesetzgeber vorgegebene finanzielle Förderung entfallen.

d. Korrektur Systematik Entbudgetierung Kinder- und Jugendmedizin

Erläuterung: Seit Beginn der gesetzlichen Entbudgetierung der Leistungen der Kinder- und Jugendärzte (1.4.2023) führt ein technischer Fehler dazu, dass sehr hohe zusätzliche Ausgleichszahlungen der Krankenkassen an die KVen notwendig werden, die nicht für die vollständige Vergütung der entbudgetierten Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin erforderlich sind. Diese zusätzlichen Gelder verbleiben bisher bei den KVen und werden intransparent genutzt. Diese nicht notwendigen Ausgleichszahlungen werden gestrichen. Die Systematik der Entbudgetierung wird an die Systematik bei den Hausärzten (ebenfalls entbudgetiert) angeglichen (Gleichbehandlung). Der Kern der Entbudgetierung – also die vollständige und abschlagsfreie Vergütung kinderärztlicher Maßnahmen – bleibt unberührt.

e. Streichung extrabudgetäre Zusatzvergütung Organspendeberatung

Erläuterung: Aktuell existiert eine gesetzlich vorgesehene extrabudgetäre Zusatzvergütung für die Beratung in Hausarztpraxen zur Organ- und Gewebespende. Die Beratung kann alle zwei Jahre für einen Versicherten vom beratenden Arzt abgerechnet werden. Die Anzahl der abgerechneten Organspendeberatungen steigt seit Einführung (2022) stetig. Ein Nutzen der Vergütung in Form einer höheren Bereitschaft zur Organspende konnte nicht nachgewiesen werden. Die Maßnahme sieht vor, den gesetzlichen Auftrag für eine gesonderte Vergütung zur Organspendeberatung zu streichen.

f. Streichung Zuschläge Kurzzeittherapie (KZT) bei ambulanter Psychotherapie

Erläuterung: Mit dem „Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“ (2019) wurden ab 2020 Zuschläge in Höhe von 15 % auf diejenigen psychotherapeutischen Leistungen vorgesehen, die im Rahmen des ersten Therapieblocks einer KZT erbracht werden. Seither können Psychotherapeuten bei den ersten zehn Sitzungen einer KZT bei Einzel- und Gruppentherapien entsprechende Zuschläge abrechnen. Ziel der Regelung war es, Therapiedauern zu verkürzen und die Behandlungskapazitäten für Patienten mit Bedarf für eine KZT zu erweitern. Dieser Effekt ist nicht eingetreten. Seit Einführung der Zuschläge im Jahr 2020 gab es keine relevante Veränderung des Anteils von KZT an allen Therapieformen. Vor dem Hintergrund der unklaren Evidenz wird die gesetzliche Vorgabe für die Festlegung von Zuschlägen zur KZT zurückgenommen.

g. Überprüfungsauftrag an den G-BA zur Überarbeitung der Vorgaben für ein Hautkrebscreening (Risikoorientiertes Screening)

Erläuterung: Bisher haben Versicherte ab einem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung für Hautkrebs. Deutschland ist einziges Land mit einem flächendeckenden, nicht-risikobasierten Screening. Der Nutzen dieser Vorgehensweise ist umstritten und unklar. Aus den vorliegenden Studien gibt es keine zuverlässigen Ergebnisse, die den Nutzen durch eine Senkung der Mortalität bei Hautkrebs belegen können. Die Maßnahme sieht vor, den G-BA zu beauftragen die Vorgaben für ein Hautkrebscreening inhaltlich zu überprüfen und bis Ende 2027 einen Änderungsbeschluss zu fassen. Der G-BA soll hierbei eine Umstellung auf ein risikobasiertes Screening unter etwaiger Anpassung

der Untersuchungsintervalle und eine mögliche Nutzung neuer technischer Untersuchungsverfahren berücksichtigen.

h. Dauerhafte Umsetzung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik in der vertragsärztlichen Versorgung

Erläuterung: Der Bewertungsausschuss beschließt jedes Jahr über die Anpassung des bundeseinheitlichen Orientierungswerts (OW) zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Der OW ist Grundlage der regionalen Punktwertvereinbarung, der in Euro bestimmt, wie hoch die einzelnen im EBM enthaltenen ärztlichen Leistungen (dort in Punkten bewertet) im Folgejahr vergütet werden. Bei der Anpassung des OW hat der Bewertungsausschuss verschiedene Aspekte zu berücksichtigen: z.B. Entwicklung der Investitions- und Betriebskosten der Arztpraxen. Der Bewertungsausschuss ist bereits nach der BSG-Rechtsprechung bei der jährlichen Anpassung des OW an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gebunden.

Die Maßnahme sieht klarstellend vor, die jährliche Anpassung des OW auf das Wachstum der Grundlohnrate (GLR) - inkl. zeitlich begrenztem Abschlag - zu deckeln. Diese Kernmaßnahme über alle Leistungsbereiche hat im ambulanten Sektor keine unmittelbare Auswirkung, da die Anhebung des OW in den vergangenen Jahren immer unterhalb der Anhebung der GLR lag. Auch der auf Landesebene zu vereinbarende Punktwert wird an die Vorgabe des § 71 Absatz 1 bis 3 gekoppelt.

i. Überprüfungsauftrag an G-BA zur Anpassung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL)

Erläuterung: Die konkrete Ausgestaltung der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung („Check-Up“) auf Basis des medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes ist Aufgabe des G-BA (Inhalt, Art und Umfang). Derzeit kann die Untersuchung von Versicherten ab 35 Jahren alle drei Jahre in Anspruch genommen werden. In der Altersgruppe 18-34 Jahre kann der Check-Up einmalig in Anspruch genommen werden. Die letzte umfassende Anpassung der GU-RL durch den G-BA fand im Jahr 2018 statt, sodass die aktuellen Untersuchungsinhalte des allgemeinen Check-up nicht den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse widerspiegeln. Zwischenzeitlich veröffentlichte Studien legen nahe, dass allgemeine Gesundheitsuntersuchungen ohne Eingrenzungen auf Zielgruppen mit besonderen Bedarfen für Früherkennungsuntersuchungen und ohne Fokussierung auf einzelne Zielerkrankungen einen nur sehr begrenzten Nutzen haben.

Die Maßnahme sieht vor, dass der G-BA die GU-RL auf Grundlage des aktuellen Erkenntnisstandes zu überprüfen hat, insb. hinsichtlich des Inhaltes (möglicher alleiniger Fokus auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen), der Untersuchungsintervalle, den Altersgrenzen und geschlechtsspezifischen Besonderheiten. G-BA soll innerhalb bis Ende 2027 einen Beschluss zur Aktualisierung der GU-RL fassen.

j. Fixkostendegression bei der haus- und kinderärztlichen Vergütung bei Mengenausweitung im Zusammenhang mit der Entbudgetierung

Erläuterung: Die Leistungen der Kinder- und Jugendärzte sowie der Hausärzte wurden entbudgetiert. Die Krankenkassen leisten Ausgleichszahlungen, wenn die vorab gezahlten Vergütungen nicht ausreichen, um das abgerechnete Leistungsvolumen vollständig zu

vergüten. Die im EBM kalkulierten Vergütungen decken u.a. Fixkosten der Arztpraxen ab, die unabhängig von der Patientenzahl anfallen: z.B. Praxispersonal- und Sachkosten (z.B. Miete, Apparate, IT).

Die Maßnahme sieht vor, dass bei einer starken Leistungsausweitung künftig der Fixkostenanteil in den EBM-Leistungskalkulationen bei Kinder- und Hausärzten abgestaffelt vergütet wird („Fixkostendegression“), d.h. die seitens der Krankenkassen fällig werdenden Ausgleichszahlungen entsprechend zu mindern sind. Hierfür soll der Bewertungsausschuss einen geeigneten Abschlag in Prozent festlegen. Mit der Berücksichtigung einer Fixkostendegression ausschließlich für Leistungen, die über das Volumen der Kinderarzt-MGV und der Hausarzt-MGV hinausgehen, wird eine Übervergütung der bereits ausfinanzierten Fixkosten der Arztpraxen vermieden.

k. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV): Begrenzung des Preisanstiegs (GLR-Bindung)

Erläuterung: Neben dem Bereich der ärztlichen Vergütung im Kollektivvertrag (s.o., Orientierungswert, EBM) wird auch für die Vergütung der selektivvertraglich organisierten hausarztzentrierten Versorgung (HzV) vorgegeben, dass für die Ausgabenentwicklung die Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (Grundlohnrate, GLR) gilt. Dies gilt sowohl für die Veränderung der HzV-Preise (Vergütung einzelner Leistungen) als auch für die Zahl und der Umfang der HzV-Vergütungspositionen. Für die Jahre 2027 bis 2029 wird zudem die der Anpassung zu Grunde zu legende GLR um jeweils 1 % abgesenkt.

l. Hochschul- und Institutsambulanzen: Begrenzung des Preisanstiegs (GLR-Bindung)

Erläuterung: Die Vergütung der Ambulanzen (Hochschulambulanzen und Psychiatrische Institutsambulanzen) wird als Verhandlungslösung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ambulanzen auf Landesebene vereinbart. Die Maßnahme sieht vor, dass auch für diese Vergütungsverhandlungen und die Ausgabenentwicklung in diesem Leistungsbereich die Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (GLR) gilt.

D. Heilmittel

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-0,3	-0,6	-0,9	-1,2

a. Vergütungssteigerung max. in Höhe der Grundlohnrate, für 2027 bis 2029 abzgl. ein Prozentpunkt

Erläuterung: Rückkehr zur gesetzlich verankerten einnahmeorientierten Ausgabenpolitik (Grundsatz der Beitragsstabilität, § 71 SGB V). Die Zuwächse von Preisen und Vergütungen für alle Bereiche werden an die tatsächliche Kostenentwicklung mit der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung (Grundlohnrate, GLR) als Obergrenze gekoppelt. Die GLR spiegelt in etwa die reale Lohnentwicklung in der Gesamtbevölkerung wider. Bis 2029 wird es zudem einen Abschlag von 1 Prozentpunkt auf die GLR geben.

b. Streichung der versorgungsbezogenen Pauschalen für Blankoverordnungen

Erläuterung: Bei Leistungen im Rahmen einer Blankoverordnung können Therapeuten neben den regulären Leistungspositionen zusätzliche Positionen mit den Krankenkassen abrechnen. Diese vergüten den erhöhten fachlichen und organisatorischen Mehraufwand, der infolge der übertragenen zusätzlichen Entscheidungskompetenz und wirtschaftlichen Verantwortung entsteht („Diagnostikpauschale“ und „versorgungsbezogene Pauschale“). Eine Streichung der versorgungsbezogenen Pauschale ist angezeigt, da sich der leistungsrechtliche Mehraufwand primär aus der zusätzlich erforderlichen Diagnostik und der damit zusammenhängenden Therapieplanung ergibt und nicht aus einem erhöhten bürokratischen Aufwand.

E. Hilfsmittel

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-0,4	-0,4	-0,5	-0,5

a. Pauschaler Abschlag auf verhandelte Vertragspreise von drei Prozent bis 2028

Erläuterung: Im Hilfsmittelbereich besteht eine nicht näher bekannte Anzahl von Verträgen im vierstelligen Bereich, in welchen unter anderem auch die Vertragspreise festgelegt werden. Mit dieser Regelung wird ein zeitlich begrenzter Abschlag in Höhe von 3 Prozent auf verhandelte Preise eingeführt. Der Abschlag erfolgt für den begrenzten Zeitraum von zwei Jahren bis die Ersparnis aufgrund der kumulativ vorgeschlagenen Erweiterung der Festbeträge ab 2029 greift.

b. Vergütungssteigerung max. in Höhe der Grundlohnrate, für 2027 bis 2029 abzgl. ein Prozentpunkt

Erläuterung: Krankenkassen und die Leistungserbringer schließen im Verhandlungswege Verträge über die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln einschließlich der Preise. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) gilt grundsätzlich bereits im Hilfsmittelbereich und ist bei den Preisverhandlungen zu beachten. Um die Kopplung zu stärken soll der Grundsatz vom bloßen Verhandlungsprinzip zu einem Orientierungsmaßstab aufgewertet werden.

c. Anwendung der Festbeträgen für Hilfsmittel verbindlich regeln und erweitern

Erläuterung: Festbeträge sind von den Krankenkassen festgelegte Höchstbeträge für die Übernahme von bestimmten Hilfsmitteln. Sie sind für vergleichbare Hilfsmittelgruppen (z.B. Hörgeräte, Inkontinenzhilfen etc.) so festzulegen, dass eine ausreichende, zweckmäßige und in der Qualität gesicherte Versorgung im Rahmen des Sachleistungsprinzips möglich ist. Dabei ist sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten, um Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen und einen Preiswettbewerb auszulösen. Dieses Ausgabensteuerungsinstrument wird aktuell nur eingeschränkt genutzt. Um die Funktionsfähigkeit der Festbetragsregelung sicherzustellen und Rechtsunsicherheiten zu beheben, wird die Rechtsgrundlage angepasst. Um das bereits vorhandene Einsparpotenzial der Festbeträge weitreichender zu nutzen, wird der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) verpflichtet, das Festbetragsinstrument weitergehend als bisher zu nutzen. Aktuell bestehen in 4 der 39 Produktbereichen Festbeträge.

F. Zahnärzte / Zahntechniker

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-0,2	-0,5	-0,7	-0,8

a. Vergütungssteigerung für Zahnärzte max. in Höhe der Grundlohnrate, für 2027 bis 2029 abzgl. ein Prozentpunkt

Erläuterung: Rückkehr zur gesetzlich verankerten einnahmeorientierten Ausgabenpolitik (Grundsatz der Beitragsstabilität, § 71 SGB V). Die Zuwächse von Preisen und Vergütungen für alle Bereiche werden an die tatsächliche Kostenentwicklung mit der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung (Grundlohnrate, GLR) als Obergrenze gekoppelt. Die GLR spiegelt in etwa die reale Lohnentwicklung in der Gesamtbevölkerung wider. Bis 2029 wird es zudem einen Abschlag von 1 Prozentpunkt auf die GLR geben.

b. Überprüfung der Anspruchskriterien (Indikationen-/Kontraindikationen) für KFO-Leistungen

Erläuterung: In den Kieferorthopädie-Richtlinien des G-BA werden die Grundsätze der kieferorthopädischen Behandlung festgelegt. Die Korrektur von Fehlstellungen, die nicht in die darin festgelegten Indikationsgruppen fallen, sind keine Kassenleistung. Der G-BA soll aufgefordert werden, mittelfristig eine Überprüfung der Anspruchskriterien vorzunehmen.

c. Begrenzung KFO-Behandlung auf ZÄ mit Weiterbildung KFO

Erläuterung: Derzeit sind alle approbierten Zahnärzte berechtigt, KFO-Leistungen anzubieten. Künftig sollen nur noch solche Vertragszahnärzte, die eine Fachzahnarztweiterbildung der Kieferorthopädie besitzen, kieferorthopädische Behandlungen auf Kosten zu Lasten der GKV durchführen dürfen. Laut BARMER Zahnreport 2024 werden derzeit rund 10 bis 15 Prozent der kieferorthopädischen Leistungen von Zahnärzten ohne entsprechende Zusatzqualifikation abgerechnet. Um die Kontinuität der Patientenversorgung sicherzustellen, werden Übergangsregelungen für laufende Behandlungen geschaffen.

d. Überprüfung Indikation/Kontraindikation Röntgenaufnahmen bei KFO-Behandlung

Erläuterung: Um den Einsatz von Fernröntgen- und Panorama-Aufnahmen im Rahmen kieferorthopädischer Behandlungen zu begrenzen – Kritiker monieren, dass diese viel zu häufig routinemäßig eingesetzt würden - erhält der G-BA den Auftrag eine evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste zu erstellen und in seine Kieferorthopädie-Richtlinie aufzunehmen.

e. Umstellung KFO-Honorare von Einzelleistungsvergütung auf Pauschalen

Erläuterung: Auftrag an den aus GKV-SV und KZBV bestehenden Bewertungsausschuss Zahnärzte, die Einzelleistungsvergütung für KFO-Behandlungen durch eine Pauschalvergütung zu ersetzen. Die von der Behandlungsdauer unabhängige Pauschale umfasst alle notwendigen Leistungen – von der Planung über das Material bis hin zu den Kontrollterminen und der Retention (Nachbeobachtung/Nachbehandlung).

f. Vergütungssteigerung für Zahnersatzbehandlungen max. in Höhe der Grundlohnrate, für 2027 bis 2029 abzgl. ein Prozentpunkt

Erläuterung: Die Leistungen für Behandlungen bei Zahnersatz sind nicht Teil der Gesamtvergütungen. Die Höhe der Festzuschüsse für jede Regelversorgung wird vom G-BA jährlich bis zum 30. November in Euro und Cent festgesetzt. Basis dieser Festsetzung sind Vorab-Vereinbarungen, die der GKV-SV jeweils bis zum 30. September trifft – mit der KZBV über den Punktwert für zahnärztliche Leistungen und mit dem VDZI über die Preise für zahntechnische Leistungen. Punktwert und Preise werden in der Regel mit einem identischen Prozentwert angepasst. Für beide Leistungsbereiche gilt das Gebot der Beitragsstabilität. GKV-Minderausgaben ergeben sich von 2027 bis 2029 durch die Reduzierung der Grundlohnrate um einen Prozentpunkt.

able Briefings

G. Med. Behandlungspflege

Vergütungssteigerung max. in Höhe der Grundlohnrate, für 2027 bis 2029 abzgl. ein Prozentpunkt (inkl. Streichung volle Tarifrefinanzierung)

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-0,1	-0,4	-0,6	-0,7

Erläuterung: Mit dieser Maßnahme sind die Leistungsbereiche der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) und der außerklinischen Intensivpflege (§37c SGB V) umfasst. Rückkehr zur gesetzlich verankerten einnahmeorientierten Ausgabenpolitik (Grundsatz der Beitragsstabilität, § 71 SGB V). Die Zuwächse von Preisen und Vergütungen für alle Bereiche werden an die tatsächliche Kostenentwicklung mit der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung (Grundlohnrate, GLR) als Obergrenze gekoppelt. Die GLR spiegelt in etwa die reale Lohnentwicklung in der Gesamtbevölkerung wider. Bis 2029 wird es zudem einen Abschlag von 1 Prozentpunkt auf die Grundlohnrate geben.

H. Fahrkosten

Vergütungssteigerung max. in Höhe der Grundlohnrate, für 2027 bis 2029 abzgl. ein Prozentpunkt, für Vertragsländer inkl. wirkungsgleicher Deckelung der Anstiege der Erstattungsbeträge für Gebührenordnungsländer

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-0,3	-0,8	-1,2	-1,6

Erläuterung: Rückkehr zur gesetzlich verankerten einnahmeorientierten Ausgabenpolitik (Grundsatz der Beitragsstabilität, § 71 SGB V). Die Zuwächse von Preisen und Vergütungen für alle Bereiche werden an die tatsächliche Kostenentwicklung mit der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung (Grundlohnrate, GLR) als Obergrenze gekoppelt. Die GLR spiegelt in etwa die reale Lohnentwicklung in der Gesamtbevölkerung wider. Bis 2029 wird es zudem einen Abschlag von 1 Prozentpunkt auf die Grundlohnrate geben.

I. Reha & Vorsorge

Vergütungssteigerung max. in Höhe der Grundlohnrate, für 2027 bis 2029 abzgl. ein Prozentpunkt

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-0,2	-0,4	-0,6	-0,8

Erläuterung: Rückkehr zur gesetzlich verankerten einnahmeorientierten Ausgabenpolitik (Grundsatz der Beitragsstabilität § 71 SGB V). Die Zuwächse von Preisen und Vergütungen für alle Bereiche werden an die tatsächliche Kostenentwicklung mit der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung (Grundlohnrate, GLR) als Obergrenze gekoppelt. Die GLR spiegelt in etwa die reale Lohnentwicklung in der Gesamtbevölkerung wider. Bis 2029 wird es zudem einen Abschlag von 1 Prozentpunkt auf die Grundlohnrate geben.

J. Krankengeld

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-0,3	-0,3	-0,4	-0,4

a. Einführung Teilarbeits(un)fähigkeit (Teil-AU) und Teilkrankengeld

Erläuterung: Vorgesehen werden drei Stufen von Teilarbeitsfähigkeit: 25 %, 50 %, 75 % bezogen auf Restleistungsfähigkeit am Arbeitsplatz. Mit Feststellung der Teilarbeitsfähigkeit geht 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 fest zu Anforderungen an die Feststellung einer Teilarbeitsfähigkeit (Welche Indikationen/Berufsbilder eignen sich, welche Ärzte können Einschätzung vornehmen).

b. Absenkung der Bezugsdauer im Krankengeld (maximal 78 Wochen; Diagnosewechsel verlängert nicht)

Erläuterung: Berechnung des Dreijahreszeitraums unabhängig von der Art der Erkrankung und unabhängig davon, ob ggf. eine neue Erkrankung zu einem späteren Zeitpunkt erstmalig auftritt. Wird der Rahmen von 78 Wochen ausgeschöpft, wäre im nächsten Dreijahreszeitraum ein erneuter Anspruch auf Krankengeld nur nach strengeren Voraussetzungen möglich (mindestens sechs Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig und Erwerbstätigkeit oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen). Ansonsten besteht der Anspruch auf Krankengeld erst wieder nach Ablauf des Dreijahreszeitraums ausgehend von der ersten Arbeitsunfähigkeit.

c. Verschärfung der Mitwirkungspflicht zur Beantragung Rehabilitationsmaßnahmen & Aufforderung zur Beantragung der Altersrente durch Verkürzung der Fristen

Erläuterung: Als Verschärfung der Mitwirkungspflicht beim Krankengeldbezug wird die Frist von zehn Wochen auf vier Wochen verkürzt. In der Arbeitslosenversicherung gilt eine Frist von vier Wochen, insofern wird eine Angleichung der Fristen vollzogen.

d. Änderung der Regelung des Krankengelds für Selbstständige zur Vermeidung von Missbrauch (dreijährige Bindung per Wahlpflichterklärung)

Erläuterung: Selbstständig erwerbstätig Versicherte haben grundsätzlich die Möglichkeit sich statt einer privaten Krankenversicherung freiwillig gesetzlich zu versichern. Sie sind dann in der GKV mit dem ermäßigten Beitragssatz versichert, der grundsätzlich nicht den Anspruch auf Krankengeld erfasst, es sei denn das Mitglied gibt eine Wahlerklärung ab (allgemeiner Beitragssatz) und sichert sich so den Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche ab. In diesem Fall entsteht eine Bindungsfrist an diese Entscheidung für die Dauer von drei Jahren. Die Erklärung wirkt ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Erklärung bei der Krankenkasse, sofern das Mitglied zu dieser Zeit arbeitsfähig ist. Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.

Die Wahlmöglichkeit birgt Missbrauchspotential in dem die Wahlerklärung strategisch vor einer absehbaren längeren Arbeitsunfähigkeit (z.B. vor einer geplanten OP) abgegeben wird. Deshalb wird eine Wartezeit von drei Monaten für die Inanspruchnahme des

Krankengeldanspruchs bei Wahlerklärung (allgemeiner Beitragssatz) eingeführt.

e. Verschärfung der Mitwirkungspflicht bei Aufforderung zur Beantragung der Erwerbsminderungsrente für im Ausland lebende Versicherte durch Verkürzung der Frist

Erläuterung: Als Verschärfung der Mitwirkungspflicht beim Krankengeldbezug wird die Frist von zehn Wochen auf vier Wochen verkürzt. In der Arbeitslosenversicherung gilt eine Frist von vier Wochen, insofern wird eine Angleichung der Fristen vollzogen.

f. Regelungsänderung zum Ausschluss des Krankengeldes bei Teilrente zur Vermeidung von Missbrauch

Erläuterung: Es wird ein Mindestabstand zwischen Voll- und Teilrente für die Geltendmachung eines Krankengeldanspruchs normiert. Danach besteht für Versicherte künftig kein Anspruch auf Krankengeld mehr, wenn sie eine Teilrente beziehen, die mehr als zwei Drittel der Vollrente beträgt.

g. Absenkung des Krankengeldniveaus auf ALG 1-Niveau bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses im laufenden Krankengeldbezug

Erläuterung: Um ein mögliches Missbrauchspotenzial zu Lasten des Krankengeldbezuges zu reduzieren und eine Analogie zum Krankengeldbezug während Arbeitslosengeld I-Bezug herzustellen, wird das Krankengeld bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses auf Höhe des Arbeitslosengeld-I-Niveaus von 67 Prozent abgesenkt.

h. Wegfall des Einwilligungsvorbehalts des Versicherten zum Krankengeldmanagement durch die Krankenkassen

Erläuterung: Mit dem Ziel der Bürokratieentlastung und im Zuge einer effizienteren Fallsteuerung wird der Einwilligungsvorbehalt in schriftlicher oder elektronischer Form abgeschafft und so die Kontaktaufnahme der Krankenkassen bei längerer Arbeitsunfähigkeit erleichtert.

K. Verwaltungskosten der Krankenkassen

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-0,1	-0,2	-0,4	-0,4

a. **Begrenzung der Nettoverwaltungsausgaben max. in Höhe der Grundlohnrate, für 2027 bis 2029 abzgl. ein Prozentpunkt**

Erläuterung: Dauerhafte Deckelung der Netto-Verwaltungskosten der Krankenkassen durch Anbindung an die Grundlohnsumme (2027-2029 abzgl. 1 Prozentpunkt).

b. **Halbierung Werbeausgaben Krankenkassen**

Erläuterung: Derzeitiger Soll-Wert aus den Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden von 0,15 Prozent der Bezugsgröße je Mitglied wird gesetzlich auf 0,075 Prozent festgeschrieben.

c. **Begrenzung der Vergütungen für außertariflich beschäftigte Führungskräfte (Vorstände und mittlere Führungsebene) bei den Krankenkassen und ihren Landesverbänden, den Medizinischen Diensten und den Kassenärztlichen Vereinigungen**

Erläuterung: Erhöhung der Gehälter maximal um Grundlohnrate (2027-2029 abzgl. 1 Prozentpunkt) und nur alle 6 Jahre (mittlere Führungsebene) / zu Beginn einer neuen 6-jährigen Amtsperiode (Vorstandsmitglieder).
Möglichkeit für die Aufsicht zu Beginn einer neuen Amtszeit der Vorstandsmitglieder im Einzelfall eine Absenkung der Vergütung anzuordnen.

d. **Ermöglichung des Versands digitaler Informationsschreiben bei Anpassungen des Zusatzbeitrages**

Erläuterung: Durch den elektronischen Versand von Informationsschreiben zur Erhöhung des Zusatzbeitrages werden Druck- und Versandkosten gespart. Eine Bereitstellung der Schreiben würde i.d.R. über die einschlägigen Mitgliedsportale der Krankenkassen erfolgen, über die nach Anmeldung und Authentifizierung schon heute ein gesicherter, elektronischer Schriftwechsel stattfinden kann. Eine Benachrichtigung mit Hinweis auf den Posteingang erfolgt meist per E-Mail.

L. Sonstige Ausgaben

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-0,2	-0,2	-0,3	-0,4

a. Streichung Erstattungsfähigkeit von Homöopathie & Anthroposophie

Erläuterung: Bisher besteht keine Evidenz, die eine Kostenübernahme rechtfertigen würde. Versicherte können sich diese Leistungen weiterhin selbst beschaffen und ggf. private Versicherungen zur Kostenübernahme abschließen. Abweichung zur FKG, die lediglich die Streichung der Erstattungsfähigkeit von Homöopathie (nicht von Anthroposophie) vorschlägt. Allerdings empfiehlt die FKG grundsätzlich nur Leistungen mit nachgewiesenem medizinischen Nutzen von der GKV erstatten zu lassen.

b. Rückführung nicht verausgabter Mittel des Innovationsfonds an den Gesundheitsfonds

Erläuterung: Sämtliche seit Bestehen des Innovationsfonds angesammelten, nicht gebundenen Mittel werden dauerhaft in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds überführt. Rückführung bewilligter Finanzmittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, sowie der Mittel die nach Prüfung aufgrund von unsachgemäßer Verwendung zurückfließen, an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Folgejahr

c. Dauerhafte Streichung Finanzierungsanteil der Kassen am Innovationsfonds

Erläuterung: Das jährliche Fördervolumen des Innovationsfonds wird dauerhaft von 200 Mio. Euro auf 100 Mio. Euro abgesenkt. Die Absenkung erfolgt zugunsten des Finanzierungsanteils der Krankenkassen.

d. DiGA: Standardisierte Abstufung der Vergütungsbeträge für dauerhaft gelistete DiGAs nach Anzahl eingelöster VO

Erläuterung: Vorgabe für die Rahmenvereinbarungspartner (GKV-SV & Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen auf Bundesebene), dass bei der Vereinbarung der Vergütungsbeträge eine an der Zahl der eingelösten Verordnungen/Genehmigungen orientierte Abstufung vorzusehen ist. In der Folge werden die Vergütungsbeträge für DiGA im Bereich höherer Verordnungszahlen deutlich sinken.

e. DiGA: Einführung eines Auffangwertes für nicht höchstpreisgebundene DiGAs im ersten Jahr

Erläuterung: Die Rahmenvereinbarungspartner werden verpflichtet, einen Auffangwert für nicht höchstpreisgebundene DiGA als maximalen Erstattungsbetrag festzulegen, welcher dem Durchschnitt der jeweils geltenden Höchstbeträge entspricht. In der Folge werden alle DiGA in den ersten 12 Monaten der Erstattung einem Höchstpreis unterliegen.

f. Hebammen: Vergütungssteigerung max. in Höhe der Grundlohnrate, für 2027 bis 2029 abzgl. ein Prozentpunkt

Erläuterung: Rückkehr zur gesetzlich verankerten einnahmeorientierten Ausgabenpolitik (Grundsatz der Beitragsstabilität § 71 SGB V). Die Zuwächse von Preisen und Vergütungen für alle Bereiche werden an die tatsächliche Kostenentwicklung mit der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung (Grundlohnrate) als Obergrenze gekoppelt. Die Grundlohnrate spiegelt in etwa die reale Lohnentwicklung in der Gesamtbevölkerung wider. Bis 2029 wird es zudem einen Abschlag von 1 Prozentpunkt auf die Grundlohnrate geben, da diese bis dahin noch sehr hoch bleibt und deutlich oberhalb der BPE-Entwicklung sowie der Anstieg der Zuweisungen an die Krankenkassen liegen wird.

g. Haushaltshilfe: Vergütungssteigerung max. in Höhe der Grundlohnrate, für 2027 bis 2029 abzgl. ein Prozentpunkt

Erläuterung: Rückkehr zur gesetzlich verankerten einnahmeorientierten Ausgabenpolitik (Grundsatz der Beitragsstabilität § 71 SGB V). Die Zuwächse von Preisen und Vergütungen für alle Bereiche werden an die tatsächliche Kostenentwicklung mit der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung (Grundlohnrate) als Obergrenze gekoppelt. Die Grundlohnrate spiegelt in etwa die reale Lohnentwicklung in der Gesamtbevölkerung wider. Bis 2029 wird es zudem einen Abschlag von 1 Prozentpunkt auf die Grundlohnrate geben, da diese bis dahin noch sehr hoch bleibt und deutlich oberhalb der BPE-Entwicklung sowie der Anstieg der Zuweisungen an die Krankenkassen liegen wird.

h. Besondere Versorgungsformen (§ 140a SGB V; § 63 SGB V): Vergütungssteigerung max. in Höhe der Grundlohnrate, ohne Abzug

Erläuterung: Rückkehr zur gesetzlich verankerten einnahmeorientierten Ausgabenpolitik (Grundsatz der Beitragsstabilität § 71 SGB V). Die Zuwächse von Preisen und Vergütungen für alle Bereiche werden an die tatsächliche Kostenentwicklung mit der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung (Grundlohnrate) als Obergrenze gekoppelt. Die Grundlohnrate spiegelt in etwa die reale Lohnentwicklung in der Gesamtbevölkerung wider. § 140a SGB V ist eine Rechtsgrundlage für den Abschluss von Selektivverträgen. Dabei schließen Krankenkassen Verträge direkt mit einem Leistungserbringer oder einer Gruppe von Leistungserbringern ab. Über den § 63 SGB V können Krankenkassen und ihre Verbände zur Weiterentwicklung der Versorgung Modellvorhaben durchführen oder mit Leistungserbringern vereinbaren.

II. Leistungsanpassungen

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-1,9	-2,0	-2,1	-2,2

a. Absenkung Krankengeld und Kinderkrankengeld um 5% auf 65 % (brutto) bzw. 85% (netto)

Erläuterung: Vor dem Hintergrund des im internationalen Vergleich verhältnismäßig hohen Absicherungsniveaus (nach Dauer und Höhe) durch die Lohnfortzahlung und Krankengeldleistungen sowie angesichts des starken Anstiegs der kalendertäglichen Krankengeldzahlbeträge in den letzten Jahren wird die Höhe des Krankengeldes jeweils um 5 Prozentpunkte reduziert. Im Detail sollen also beide Grenzwerte (70 % des Bruttoentgelts (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) und 90 % des Nettoentgelts auf 65 % bzw. 85 %) angepasst werden.

Da sich die Höhe des Kinderkrankengeldes an der Höhe des Krankengeldes orientiert, wird im Sinne der Analogie der Regelungen eine Anpassung der Höhe des Kinderkrankengeldes vorgeschlagen. Das Kinderkrankengeld sollte ebenso wie das Krankengeld für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer um jeweils 5 Prozent auf 65 Prozent des Bruttoarbeitsentgeltes, maximal jedoch 85 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes gekürzt werden.

b. Reduktion Festzuschüsse Zahnersatz um 10%

Erläuterung: Die Festzuschüsse für Zahnersatz wurden mit Wirkung zum 1.10.2020 um jeweils 10 % erhöht von 50%, 60% bzw. 65% auf 60%, 70% bzw. 75% bei nachgewiesener regelmäßiger Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen (in den letzten 5 bzw. 10 Jahren über Bonusheft). Für Härtefälle regelt § 55 Abs. 2 SGB V einen zusätzlichen Zuschuss i.H.v. 40% (Gesamtzuschuss 100%). Ziel der Absenkung war die finanzielle Entlastung der Versicherten. Der Festzuschüsse für Zahnersatz wird auf das Niveau vor dieser Änderung reduziert, bei gleichzeitiger Anpassung der Härtefallregelung, so dass für Härtefälle weiterhin ein Festzuschuss i.H.v. 100% gilt.

III. Zuzahlungen

Erhöhung Zuzahlungsbeträge/-grenzen um 50% ab 2027 und anschließende Dynamisierung mit Grundlohnrate

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-1,9	-2,0	-2,1	-2,2

Erläuterung: 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. Die bestehenden Belastungsgrenzen von 2% bzw. 1% (für chronisch kranke Menschen) des Haushaltseinkommens bleiben unverändert bestehen. Damit wird eine finanzielle Überforderung verhindert.

Die Eigenbeteiligungen liegen in Deutschland mit ca. 11% der Gesundheitsausgaben (inkl. Langzeitpflege und Zahnersatz) im europäischen Vergleich auf einem niedrigen Niveau. Zum Vergleich: Österreich ca. 16%, Italien ca. 23%.

- **Arzneimittel:** Anhebung untere/obere Zuzahlungsgrenze auf dann 10 Prozent des Abgabepreises (bleibt unverändert!), mind. 7,50 Euro, max. 15 Euro (bisher mind. 5 Euro, max. 10 Euro).
- **Krankenhaus:** Anhebung der Zuzahlung auf dann 15 Euro je Tag für max. 28 Tage im Kalenderjahr (bisher 10 Euro).
- **Hilfsmittel:** Anhebung untere/obere Zuzahlungsgrenze auf dann 10 Prozent der Kosten, mind. 7,50 Euro, max. 15 Euro (bisher mind. 5 Euro, max. 10 Euro).
- **Heilmittel:** Anhebung pauschaler Zuzahlung je Verordnung (Verordnungsblattgebühr) auf dann 10 Prozent der Kosten zzgl. 15 Euro je Verordnung (bisher 10 Euro).
- **Fahrkosten:** Anhebung untere/obere Zuzahlungsgrenze auf dann 10 Prozent der Kosten, min. 7,50 Euro, max. 15 Euro (bisher mind. 5 Euro, max. 10 Euro)
- **Vorsorge und Reha:** Anhebung auf dann 15 Euro je Tag für max. 28 Tage im Kalenderjahr (bisher 10 Euro).
- **Med. Behandlungspflege:** Anhebung der pauschalen Zuzahlung auf dann 10 Prozent der Kosten zzgl. 15 Euro je Verordnung (bisher 10 Euro).

IV. Höhere Einkommen (Beitragszahler)

Arbeitnehmeranteil: Einmalige außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-1,2	-1,2	-1,2	-1,3

Erläuterung: Im Jahr 2027 wird die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage einmalig außerhalb des regulären jährlichen Verfahrens um ca. 300 Euro zusätzlich angehoben und der Abstand zur Versicherungspflichtgrenze in etwa halbiert.

V. Familienversicherung

Anpassung beitragsfreie Mitversicherung

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-	-2,2	-2,2	-2,2

Erläuterung: Derzeit sind Kinder und Ehegatten/Lebenspartner von Mitgliedern der GKV beitragsfrei familienversichert, wenn sie bestimmte Einkommens- bzw. Altersgrenzen nicht überschreiten. Ab 2028 fällt für einen Teil der Mitglieder mit mitversicherten Ehegatten/Lebenspartner ein Beitragszuschlag in Höhe von 3,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen an. Den Zuschlag hat (allein) das Mitglied zu tragen, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird. Ein Beitragszuschlag wird nicht erhoben für Ehegatten/Lebenspartner mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr (Schulpflicht), mit Kindern mit Behinderungen, die außerstande sind, sich selber zu unterhalten und im Haushalt wohnen (ohne Alterseinschränkungen), bei Pflege von Angehörigen und Rentner (Personen oberhalb der Regelaltersgrenze). Die Familienversicherung von Kindern bleibt weiterhin vollständig beitragsfrei.

VI. Arbeitgeber

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-2,8	-2,8	-2,9	-3,0

a. Anhebung des Arbeitgeber-Beitragsatzes für geringfügig Beschäftigte von 13 Prozent auf 17,5 Prozent (aktueller Gesamt-Beitragsatz)

Erläuterung: Anhebung des Arbeitgeber-Beitragsatzes von derzeit pauschal 13 Prozent auf den allgemeinen Beitragssatz (14,6 Prozent) zuzüglich durchschnittlichem Zusatzbeitragssatz (2026: 2,9 Prozent). Der Beitrag ist weiterhin nur vom Arbeitgeber zu entrichten. Der pauschale Beitragssatz von 13 Prozent wurde seit 2006 nicht an die steigende GKV-Beitragsatzentwicklung angepasst.

b. Arbeitgeberanteil: Einmalige außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro

Erläuterung: Im Jahr 2027 wird die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage einmalig außerhalb des regulären jährlichen Verfahrens um ca. 300 Euro zusätzlich angehoben und der Abstand zur Versicherungspflichtgrenze in etwa halbiert.

VII. Bundesmittel

Verschiebung Rückzahlung Darlehen

	2027	2028	2029	2030
Finanzwirkung in Mrd.	-	-	-1,0	-1,0

Erläuterung: Für die Jahre 2025 und 2026 wurden Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds i.H.v. je 2,3 Mrd. Euro gewährt; zudem im Jahr 2023 ein Darlehen i.H.v. 1,0 Mrd. Euro. Der Rückzahlungsplan sieht in den Jahren 2029 bis 2032 Rückzahlungen i.H.v. je 1,0 Mrd. Euro, sowie im Jahr 2033 i.H.v. 1,6 Mrd. Euro vor.

Die Rückzahlungsverpflichtungen der Jahre 2029 und 2030 sind Teil der für diese Jahre ausgewiesenen Deckungslücke und müssen daher im Rahmen des Maßnahmenpakets refinanziert werden. Eine Verschiebung der Rückzahlungsverpflichtungen auf spätere Jahre würde daher eine entsprechende Entlastung in entsprechender Höhe beim Einsparbedarf darstellen.