PFLEGE
WEGWEISER
NRW
Für Pflegebedürftige
und Angehörige

Mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz haben Bundestag und Bundesrat am 10. Juli 2026 eine umfassende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen. Ziel ist es, die Finanzierung der Krankenkassen langfristig zu sichern und die Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln. Die Änderungen treten schrittweise in Kraft – viele bereits ab 2027, einige erst 2028. Was sich dadurch für Versicherte konkret ändert, erklären wir in den folgenden Fragen und Antworten.

Höhere Zuzahlungen bei Medikamenten, Hilfsmitteln und Behandlungen

Die gesetzlichen Zuzahlungen für verschiedene Gesundheitsleistungen werden um 50 Prozent angehoben. Die Änderungen sind **ab dem 1. Januar 2027 geplant**. Davon betroffen sind:

- verschreibungspflichtige Medikamente
- Heil- und Hilfsmittel
- medizinisch notwendige Fahrten
- Krankenhausbehandlungen
- Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

Was ändert sich bei den Zuzahlungen in der Apotheke?

Sie zahlen künftig 10 Prozent des Preises, mindestens aber 7,50 Euro und höchstens 15 Euro. Bisher lagen diese Grenzen bei 5 und 10 Euro.

Was ändert sich bei Heil- und Hilfsmitteln?

Bei Heilmitteln (zum Beispiel Physio- oder Ergotherapie) zahlen Sie zukünftig 10 Prozent der Kosten plus 15 Euro je Verordnung.

Bei Hilfsmitteln zahlen Sie zukünftig 10 Prozent der Kosten, mindestens aber 7,50 Euro und höchstens 15 Euro.

Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind – das sind zum Beispiel Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel und saugende Bettschutzeinlagen. Für diese zahlen Sie 10 Prozent je Verbrauchseinheit, maximal 15 Euro pro Monat.

Was ändert sich bei Fahrkosten?

Sie zahlen zukünftig pro Fahrt 10 Prozent der Kosten, mindestens jedoch 7,50 Euro und höchstens 15 Euro. Sie zahlen allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten der Fahrt.

Was zahle ich künftig bei einem Krankenhausaufenthalt?

Pro Tag im Krankenhaus zahlen Sie künftig 15 Euro statt bisher 10 Euro.

Was ändert sich bei häuslicher Krankenpflege und Intensivpflege?

Wird die außerklinische Intensivpflege in einer stationären Einrichtung oder einer Wohneinheit erbracht, zahlen Sie 15 Euro pro Tag. Bei häuslicher Krankenpflege und Intensivpflege zu Hause zahlen Sie 10 Prozent der Kosten und zusätzlich 15 Euro je Verordnung.

Gibt es weiterhin einen Schutz vor zu hohen Zuzahlungen?

Ja. Die Belastungsgrenze bleibt unverändert. Sie müssen höchstens zwei Prozent Ihrer jährlichen Haushalt-Bruttoeinnahmen für Zuzahlungen ausgeben. Für schwerwiegend chronisch kranke Menschen ist es ein Prozent. Ist die Grenze erreicht, sind Sie für den Rest des Jahres befreit. Heben Sie Ihre Quittungen also gut auf.

Gute Informationen zu der Befreiung von Zuzahlungen [externer Link] bieten die Verbraucherzentralen.

Familienversicherung wird teilweise beitragspflichtig

Wie war es bisher?

Bisher konnten Sie Ihre Ehepartnerin oder Ihren Ehepartner kostenfrei in Ihrer gesetzlichen Krankenkasse mitversichern, wenn diese Person kein oder nur ein geringes eigenes Einkommen hatte. Das nennt sich beitragsfreie Familienversicherung.

Was ändert sich?

Ab 2028 wird für viele mitversicherte Ehe- und Lebenspartner ein neuer Zuschlag fällig. Er beträgt 2,5 Prozent. Für Kinder ändert sich nichts. Sie bleiben vollständig beitragsfrei mitversichert.

In welchen Fällen bleibt die Mitversicherung kostenfrei?

Für mehrere Gruppen fällt kein Zuschlag an. Die Mitversicherung des Partners oder der Partnerin bleibt beitragsfrei, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:

- Sie oder Ihr Partner betreuen ein Kind unter zwölf Jahren, das im Haushalt lebt (auch Stief-, Enkel- oder angenommene Kinder).
- Sie oder Ihr Partner betreuen ein Kind mit Behinderung, das sich nicht selbst unterhalten kann. Hier gibt es keine Altersgrenze.
- Ihr Partner hat die Regelaltersgrenze erreicht, ist also im Rentenalter.
- Ihr Partner hat erhebliche gesundheitliche Einschränkungen. Das Gesetz nennt hier vor allem einen hohen Pflegegrad (3, 4 oder 5) oder eine Rente wegen voller

Erwerbsminderung.

Wichtig! Auch Ausnahme für pflegende Angehörige

Auch wer selbst pflegt, bleibt geschützt. Pflegt Ihr mitversicherter Partner oder Ihre mitversicherte Partnerin einen Angehörigen zu Hause, fällt kein Zuschlag an. Voraussetzung dafür ist eine Pflege von mindestens zehn Stunden pro Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, bei einem Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2. Das Gleiche gilt, wenn Ihr Partner eine Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch nimmt.

Ein Hinweis für den Alltag: Die Krankenkasse berücksichtigt diese Ausnahmen von sich aus, wenn ihr die Voraussetzungen bekannt sind. Ist das nicht der Fall, sollten Sie die Ausnahme Ihrer Krankenkasse melden.

Beitragsbemessungsgrenze wird erhöht

Die Beiträge zur Krankenversicherung richten sich nach dem jeweiligen Einkommen der Versicherten. Das gilt aber nur bis zu einer bestimmten Obergrenze. In der Kranken- und Pflegeversicherung liegt die Grenze in 2026 bei **69.750 Euro** im Jahr (5.812,50 Euro pro Monat). Krankenversicherungsbeiträge fallen nur bis zu dieser Grenze an. Diese Obergrenze wird regelmäßig durch eine Rechtsverordnung entsprechend der Lohnentwicklung angehoben und steigt dann zum Beginn des neuen Jahres.

Zum 01.01.2027 wird diese Grenze zusätzlich zu der normalen Erhöhung um weitere 300 Euro im Monat (3600 Euro im Jahr) angehoben. Nach einer Vorabschätzung kann sich die Beitragsbemessungsgrenze – bis zu diesem Einkommen müssen Krankenversicherungsbeiträge gezahlt werden – auf ca. 77.000 Euro erhöhen.

Verkürzte Frist für den Reha-Antrag

Wenn Ihre Krankenkasse Sie auffordert, einen Antrag auf Rehabilitation oder Rente zu stellen, sollten Sie schnell handeln. Bisher hatten Sie dafür zehn Wochen Zeit. Ab Januar 2027 verkürzt sich diese Frist auf **vier Wochen**.

Stellen Sie den Antrag nicht rechtzeitig, wird Ihr Krankengeld gestoppt. Es wird erst wieder gezahlt, sobald Sie den Antrag nachholen, und zwar nur für die Zeit danach. Reagieren Sie deshalb auf ein solches Schreiben zügig und wenden Sie sich bei Fragen an Ihre Krankenkasse.

Krankengeld und Teilkrankengeld

Wenn Sie länger krank sind und Ihr Arbeitgeber keinen Lohn mehr zahlt, springt das Krankengeld Ihrer Krankenkasse ein. An diesem Schutz ändert sich im Kern nichts.

Das bleibt gleich:

- Die Höhe des Krankengeldes bleibt bei 70 Prozent Ihres Bruttoeinkommens, höchstens jedoch 90 Prozent des Nettoeinkommens.
- Sie können Krankengeld weiterhin bis zu 78 Wochen innerhalb von drei Jahren beziehen, wenn Sie wegen derselben Krankheit arbeitsunfähig sind.

In zwei Fällen kann das Krankengeld **künftig niedriger** ausfallen:

- **Endet Ihr Arbeitsverhältnis**, während Sie bereits Krankengeld beziehen, kann das Krankengeld künftig sinken. Es beträgt dann 60 Prozent Ihres Nettoeinkommens. Für Versicherte mit Kindern sind es 67 Prozent des Nettoeinkommens.
- Ab 2027 fällt der Anspruch auf Krankengeld weg, sobald Sie eine Teilrente von **mehr als zwei Dritteln (ca. 66,6 %) der Vollrente** beziehen. Das gilt auch dann, wenn sie weiterarbeiten und Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlen.

Das ist neu: das Teilkrankengeld

Bisher gab es nur zwei Möglichkeiten: krankgeschrieben oder gesund. Künftig kommt ein Zwischenschritt hinzu. Wer nach längerer Krankheit schon wieder ein Stück weit arbeiten kann, muss nicht auf einen Schlag voll einsteigen.

- Ärztinnen und Ärzte können Sie künftig auch **teilweise krankschreiben**, und zwar zu 25, 50 oder 75 Prozent Ihrer Arbeitszeit.
- Für **die Stunden**, die Sie arbeiten, **zahlt IhrArbeitgeber den Lohn**. Für den übrigen Teil erhalten Sie **anteiliges Krankengeld von der Krankenkasse**.
- Das Modell ist **freiwillig**. Es kommt nur zustande, wenn die Ärztin oder der Arzt, Sie selbst und Ihr Arbeitgeber zustimmen. Fehlt eine Zustimmung, bleibt es bei der vollen Krankschreibung.
- Ein Anspruch darauf, dass der Arbeitplatz für die Teilzeit angepasst wird, besteht nicht.

Die Regelung soll **ab dem 1. Juli 2028** in Kraft treten. Sie richtet sich vor allem an Menschen mit einer länger andauernden Erkrankung.

Zweitmeinung vor einer Operation – was ist neu?

Bei einigen planbaren Operationen sollen Patient:innen künftig verpflichtend eine zweite ärztliche Einschätzung einholen, bevor die Krankenkasse die Behandlung bezahlt. Damit soll sichergestellt werden, dass eine Operation wirklich notwendig ist und es auch andere Behandlungsmöglichkeiten gibt. Für bestimmte Operationen gibt es bereits jetzt ein Zweitmeinungsverfahren [externer Link].

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) **legt ab 2028 fest, für welche Eingriffe diese Regelung gilt.**

Für Patient:innen bedeutet das: Vor bestimmten planbaren Operationen bleibt mehr Zeit, die Entscheidung gemeinsam mit einer weiteren Ärztin oder einem weiteren Arzt zu prüfen.

Was ändert sich beim Zahnersatz?

Ab dem 1. Januar 2027 zahlt die Kasse nur noch einen kleineren Anteil zum Zahnersatz. Der Zuschuss sinkt von 60 auf 50 Prozent der Kosten für die Regelversorgung. Sie müssen daher, wenn für Sie nicht die Härtefallregelung gilt, mit einem höheren Eigenanteil rechnen.

Was passiert mit meinem Bonusheft?

Das Bonusheft lohnt sich weiterhin. Bei lückenloser Vorsorge steigt der Zuschuss weiter an. Die Bonusstufen sinken allerdings mit: von 70 auf 60 Prozent und von 75 auf 65 Prozent.

Ich habe meinen Zahnersatz schon bewilligt bekommen. Gilt für mich der alte Satz?

Ja. Wurde Ihr Festzuschuss vor dem 1. Januar 2027 bewilligt, bleibt der bisherige Betrag erhalten.

Was gilt, wenn ich nur ein geringes Einkommen habe?

Für Menschen mit geringem Einkommen bleibt der Schutz erhalten. Wer unzumutbar belastet wäre, bekommt die Regelversorgung weiterhin vollständig bezahlt. Fragen Sie im Zweifel bei Ihrer Krankenkasse nach der Härtefallregelung.

Homöopathie: keine Kassenleistung mehr

Ab 1. Januar 2027 sollen homöopathische und anthroposophische Behandlungen nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Wer solche Angebote weiterhin nutzen möchte, muss die Kosten künftig selbst übernehmen.

Hautkrebs-Screening eingeschränkt

Die Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs wird nicht abgeschafft. Vorerst bleibt alles wie bisher: Versicherte ab 35 Jahren haben weiterhin alle zwei Jahre Anspruch auf diese Untersuchung.

Neu ist ein Prüfauftrag. Der Gemeinsame Bundesausschuss, ein wichtiges Gremium im Gesundheitswesen, **soll die Regeln bis Ende 2027 überprüfen**. Dabei geht es um die Frage, ob die Untersuchung künftig stärker auf Menschen **mit erhöhtem Risiko** ausgerichtet wird und **ob sich die Abstände zwischen den Untersuchungen ändern**. Wie die Früherkennung danach genau aussieht, ist noch offen.

Solange keine neue Regelung beschlossen ist, können Sie die Untersuchung wie gewohnt in Anspruch nehmen. Untersuchungen wegen eines **konkreten Verdachts oder eines erhöhten Risikos** werden auch künftig von der Krankenkasse übernommen.

Was ändert sich für Menschen in Psychotherapie?

Ab Januar 2027 ändert sich die Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen. Fachleute befürchten, dass Wartezeiten länger werden könnten.

Für laufende Therapien gibt es einen Schutz: Wer sich zum 31. Dezember 2026 in einer genehmigten, noch nicht beendeten Therapie befindet, ist für ein Jahr vor Kürzungen geschützt.

Weitere Schutzregeln, etwa für Kinder und Jugendliche, sind für den Herbst 2026 angekündigt.

Einschränkung bei Cannabis-Therapie

Die Versorgung mit medizinischem Cannabis wurde neu geregelt. Seit dem 30. Juli 2026 übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für getrocknete Cannabisblüten nicht mehr – auch nicht bei bereits bestehenden Genehmigungen. Erstattungsfähig bleiben nur noch cannabishaltige Fertigarzneimittel sowie standardisierte Cannabisextrakte.

Sofern für die jeweilige Indikation ein zugelassenes Fertigarzneimittel existiert, muss die Behandlung zunächst damit begonnen werden. Zeigt sich, dass dieses nicht wirkt oder nicht geeignet ist, können Ärztinnen und Ärzte den Therapieversuch auch vor Ablauf von sechs Monaten abbrechen und auf ein anderes Cannabis-Arzneimittel, etwa einen Extrakt, umstellen.