Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Gemeinsame Kraftanstrengung oder Patientenlast?

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz 2026 ist – sofern der Referentenentwurd so bleibt wie er seit kurzem vorliegt - ein umfassendes Sanierungsprogramm, wobei statt Reformen fast ausschließlich auf Sparen gesetzt wird. Die Hauptlast der Reform tragen die Leistungserbringer und die Industrie, die durch harte Preisdeckel (Grundlohnrate) und den Wegfall von Privilegien (Tarifrefinanzierung) zur Effizienz gezwungen werden. Doch auch die Patientenschaft wird spürbar, indes laut Gesztesgegründung „moderat" belastet.

>> Die Belastung drückt sich vor allem in höheren Zuzahlungen und einer leichten Absenkung von Lohnersatzleistungen aus. Gleichzeitig versucht das Gesetz, die medizinische Versorgungsqualität durch die Streichung unwirksamer Leistungen (Homöopathie) und die Vermeidung unnötiger Operationen (Zweitmeinung) sogar zu schärfen. Für Versicherte mit hohem Einkommen und für Ehepaare in der Familienversicherung steigen zudem die direkten Beitrags- oder Zuschlagslasten. Insgesamt handelt es sich um eine „gemeinsame Kraftanstrengung", um den drohenden Kollaps der GKV-Finanzen abzuwenden. Ziel des Entwurfs ist es, angesichts einer dramatischen Finanzlage die Beitragssätze dauerhaft zu stabilisieren und eine drohende Deckungslücke von bis zu 40 Milliarden Euro im Jahr 2030 zu schließen.

Die Ausgangslage ist mehr als dramatisch: Das System ist am Limit. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht vor ihrer größten finanziellen Bewährungsprobe seit Jahrzehnten. Im Jahr 2024 verzeichneten Krankenkassen und Gesundheitsfonds ein Defizit von knapp 10 Milliarden Euro. Während die Einnahmen mittelfristig nur um etwa 3 Prozent pro Jahr steigen werden, wuchsen die Ausgaben zuletzt um knapp 8 Prozent – eine Dynamik, die sich von der allgemeinen Lohnentwicklung entkoppelt hat. Ohne gesetzliche Gegenmaßnahmen würde der Gesamtbeitragssatz bis 2030 auf über 19 Prozent steigen, was die wirtschaftliche Entwicklung Deutschlands und die Nettoeinkommen der Beschäftigten massiv gefährden würde.

Der Kern der Reform ist die das Leitprinzip und zudem die Wieder-Einführung einer strikt einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Das bedeutet, dass Preis- und Vergütungssteigerungen in fast allen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens künftig durch die sogenannte Grundlohnrate (die jährliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied) nach oben begrenzt werden. Um die Konsolidierung zu beschleunigen, wird diese Rate in den Jahren 2027 bis 2029 zusätzlich um einen Prozentpunkt gekürzt.

Stakeholder-Analyse: Wer trägt die Hauptlast?

Die Analyse des Entwurfs macht deutlich, dass die finanzielle Last auf viele Schultern verteilt wird, die Intensität der Belastung jedoch stark variiert.

1. Hauptlastträger sind die Leistungserbringer, Hersteller und Krankenkassen.

Diese Gruppe trägt den mit Abstand größten Anteil an der finanziellen Konsolidierung. Im Jahr 2027 entfallen rund 12 Milliarden Euro (60% des Gesamtvolumens) auf diesen Sektor; bis 2030 steigt dieser Beitrag auf 31 Milliarden Euro an, was 72% der gesamten Entlastungswirkung entspricht.

- **Krankenhäuser:** Die Vergütungen (Landesbasisfallwerte) und sogar die Pflegebudgets werden strikt an den Orientierungswert bzw. die Grundlohnrate gebunden. Die bisherige vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen wird abgeschafft, was den Druck auf die Kliniken massiv erhöht. Zudem wird das Prüfquotensystem verschärft, um fehlerhafte Abrechnungen strenger zu sanktionieren.
- **Ärzte und Zahnärzte:** Neben der Budgetierung über die Grundlohnrate werden zahlreiche Sondervergütungen gestrichen. Dazu gehören TSVG-Zuschläge für schnelle Terminvermittlungen, Vergütungen für die Organspendeberatung und Zuschläge für die psychotherapeutische Kurzzeittherapie.
- **Pharmazeutische Industrie**: Ein neu eingeführter dynamischer Herstellerabschlag verpflichtet die Industrie zu Beiträgen, wenn die Arzneimittelausgaben stärker steigen als die Einnahmen der GKV. Dies soll allein im Jahr 2030 rund 5,5 Milliarden Euro einsparen.
- **Arbeitgeber und Gutverdiener**

Arbeitgeber werden durch die Anhebung des pauschalen Beitragssatzes für Minijobber auf das Niveau versicherungspflichtig Beschäftigter (14,6% plus Zusatzbeitrag) sowie durch eine außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze belastet. Diese Maßnahmen generieren Mehreinnahmen von ca. 3 Milliarden Euro jährlich bis 2030.

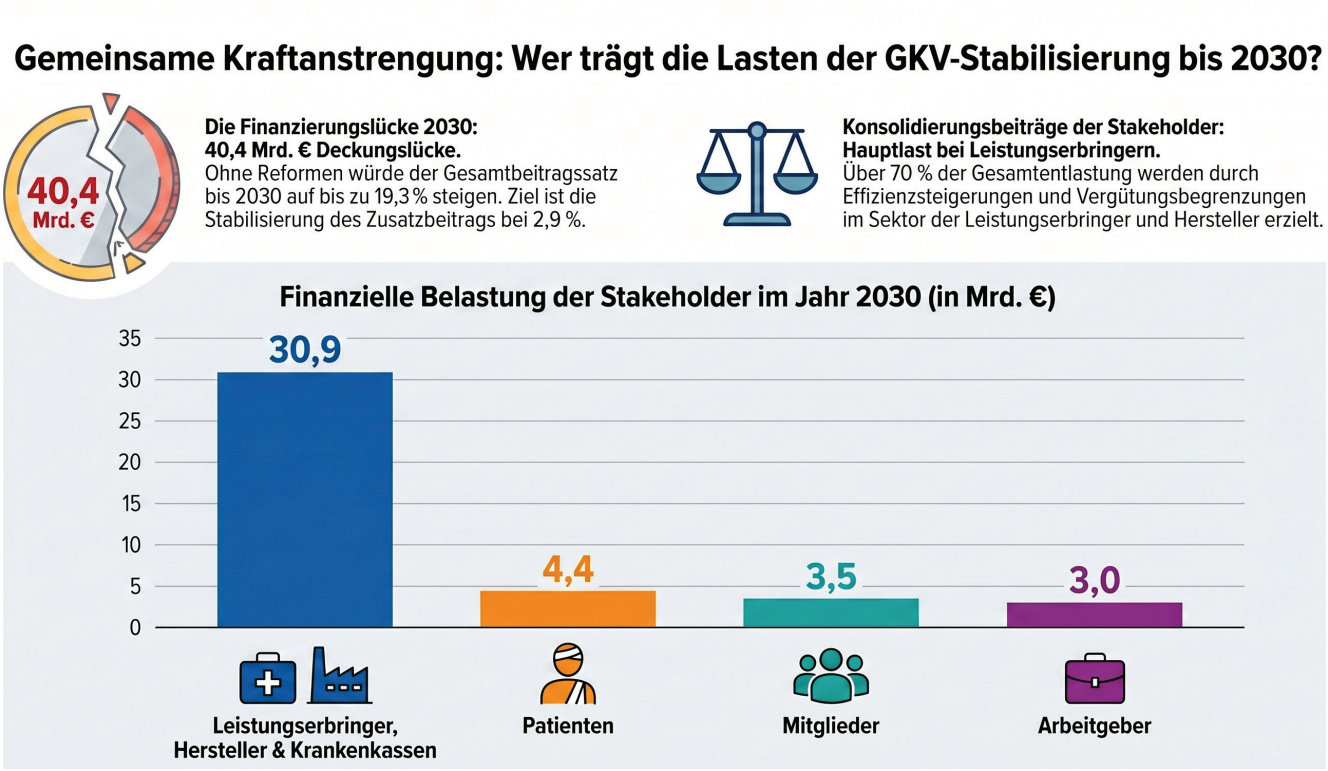
- **Familienversicherte und Mitglieder**

Die bisher beitragsfreie Familienversicherung für Ehegatten wird massiv eingeschränkt. Wer keinen Betreuungsaufwand (Kinder unter 7 Jahren, Behinderung) oder Pflegeaufwand nachweist und die Altersgrenze noch nicht erreicht hat, muss künftig einen Beitragszuschlag von 3,5% leisten. Dies soll die GKV ab 2028 um 2,2 Milliarden Euro jährlich entlasten.

Die Belastung der Patientenschaft

Die Frage nach der Belastung der Patientinnen und Patienten beantwortet der Entwurf mit einem zweigleisigen Ansatz: direkte finanzielle Mehrkosten und moderate Leistungskürzungen. Der finanzielle Beitrag der Patienten wird auf 3,8 Milliarden Euro im Jahr 2027 und 4,4 Milliarden Euro im Jahr 2030 beziffert. Patient:innen „sparen" im Rahmen des Gesetzentwurfs jedoch direkt kein Geld ein, sondern leisten durch zusätzliche Belastungen und Leistungsreduzierungen einen finanziellen Beitrag zur Stabilisierung der Krankenkassen, der im Jahr 2027 bei 3,8 Milliarden Euro liegen soll. Bis zum Jahr 2030 soll dieser Beitrag auf jährlich rund 4,4 Milliarden Euro ansteigen,.

Dieser Gesamtbeitrag der Patientenschaft setzt sich laut Referentenentwurf aus zwei gleichgewichteten Bereichen zusammen:



- **Zuzahlungen:** Der Entwurf sieht nun eine einmalige Anhebung um circa 50% vor. Durch die Anhebung der seit über 20 Jahren nicht angepassten Zuzahlungsgrenzen und -beträge (z. B. bei Arzneimitteln, Heilmitteln und stationären Maßnahmen) werden die Patienten im Jahr 2027 um 1,9 Milliarden Euro belastet. So soll die Mindestzuzahlung von 5 auf 7,50 Euro, der Höchstbetrag von 10 auf 15 Euro steigen. Stationäre Maßnahmen und Heilmittel kosten künftig ebenfalls 15 Euro statt bisher 10 Euro pro Tag bzw. Verordnung. Ab 2028 sollen sich diese Belastungen durch eine jährliche Dynamisierung mit der Grundlohnrate um weitere 100 Millionen Euro pro Jahr erhöhen.
- **Leistungsanpassungen:** Weitere Einsparungen der GKV zulasten der Patienten in Höhe von ebenfalls 1,9 Milliarden Euro (2027) bzw. 2,2 Milliarden Euro (2030) resultieren aus Leistungskürzungen.

Zu den spezifischen Maßnahmen der Leistungsanpassungen gehören insbesondere:

- **1. Krankengeld:** Die Höhe des Krankengeldes wird moderat um 5 Prozentpunkte abgesenkt. Zudem werden Missbrauchspotenziale durch eine striktere Blockfristregelung von 78 Wochen innerhalb von drei Jahren (unabhängig von der Art der Erkrankung) beseitigt. Die Absenkung des Krankengeldniveaus um 5 Prozentpunkte soll 2027 zu Minderausgaben der GKV von 1,3 Milliarden Euro (steigend auf 1,5 Milliarden Euro im Jahr 2030) führen.
- **2. Zahnersatz:** Die Festzuschüsse werden um 10 Prozentpunkte auf das Niveau von 2020 (50% Regelversorgung) zurückgeführt. Härtefallregelungen bleiben jedoch bestehen. Die Rückführung der Festzuschüsse auf das Niveau von 2019 soll die Krankenkassen im Jahr 2027 um rund 590 Millionen Euro entlasten.
- **3. Homöopathie:** Diese Leistungen sollen komplett aus dem GKV-Katalog gestrichen werden, da laut Entwurf keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz für ihre Wirksamkeit vorliegt. Der Ausschluss homöopathischer und anthroposophischer Leistungen soll ca. 50 Millionen Euro jährlich einsparen.
- **Zweitmeinungsverfahren:** Bei bestimmten „mengenanfälligen" Operationen (z. B. an Knie oder Wirbelsäule) wird die Einholung einer Zweitmeinung zur verpflichtenden Voraussetzung für die Kostenübernahme.

Das Ziel

Der Referentenentwurf verfolgt das Ziel, die finanzielle Last auf alle Beteiligten im Gesundheitswesen zu verteilen, wobei die Begründung explizit von einer „gemeinsamen Kraftanstrengung" spricht.

Der Entwurf versucht die soziale Balance – trotz diverser Mehrbelastungen – dadurch zu wahren, dass er Effizienzreserven im System (Anbieterseite) priorisiert, Gutverdiener stärker heranzieht und für bedürftige oder familiär gebundene Gruppen weitreichende Ausnahmeregelungen und Belastungsgrenzen beibehält. Ob die Belastung als sozial ausgewogen empfunden wird, lässt sich anhand folgender im Entwurf verankerter Schutzmechanismen und Verteilungsprinzipien beurteilen:

1. Die Hauptlast liegt bei Leistungserbringern und Industrie

Ein zentrales Argument für die soziale Ausgewogenheit ist, dass die Patientenschaft und die Versicherten nicht die Hauptlast der Sanierung tragen.

- 72% der gesamten Entlastungswirkung (ca. 31 Milliarden Euro im Jahr 2030) werden durch Einsparungen bei Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser), Herstellern und Krankenkassen erbracht.
- Die Versicherten und Arbeitgeber werden hingegen vor massiven Steigerungen der Zusatzbeiträge bewahrt, die ohne diese Reform bis 2030 auf rund 4,7% ansteigen könnten.

2. Solidarbeitrag von Gutverdienern und Arbeitgebern

Um die Beitragsgerechtigkeit zu stärken, sieht der Entwurf Maßnahmen vor, die gezielt finanzstärkere Akteure ansprechen:

- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze: Durch die außerordentliche Erhöhung um 300 Euro monatlich leisten Personen mit höheren Einkommen einen „solidarischen Beitrag".
- Arbeitgeberbeitrag für Minijobs: Der pauschale Beitragssatz für geringfügig Beschäftigte wird auf das Niveau versicherungspflichtiger Jobs angehoben, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden und Mehreinnahmen zu generieren.

3. Soziale Sicherungsschirme für Patienten

Trotz der Erhöhung von Zuzahlungen und Leistungskürzungen enthält der Entwurf spezifische Klauseln, die eine finanzielle Überforderung verhindern sollen:

- Belastungsgrenzen bleiben bestehen: Die Regelung, dass Zuzahlungen auf 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen (für chronisch Kranke auf 1%) begrenzt sind, bleibt unangetastet.
- **Härtefallregelungen beim Zahnersatz:** Während die Festzuschüsse generell gesenkt werden, bleibt für Härtefälle ein Festzuschuss von 100% erhalten, um den Zugang zur Versorgung für einkommensschwache Gruppen sicherzustellen.
- **Schutz von Kindern:** Kinder bleiben in der Familienversicherung grundsätzlich vollumfänglich beitragsfrei mitversichert.

4. Differenzierte Anpassung der Familienversicherung

Der neu eingeführte Beitragszuschlag für mitversicherte Ehegatten (3,5%) ist an soziale Ausnahmetatbestände geknüpft. Wer Familienarbeit leistet oder eine Erwerbstätigkeit nicht ohne Weiteres aufnehmen kann, ist befreit:

- Betreuung von Kindern unter 7 Jahren.
- Pflege von Angehörigen (mind. Pflegegrad 2).
- Behinderung des Kindes oder Erreichen der Regelaltersgrenze des Ehegatten.

5. Bewertung von Leistungskürzungen

Die Absenkung des Krankengeldes um 5 Prozentpunkte wird im Entwurf als „moderat" und „vertretbar" bezeichnet, da das Absicherungsniveau in Deutschland im internationalen Vergleich weiterhin sehr hoch bleibe. Zudem wird darauf verwiesen, dass der Ausschluss von Homöopathie und Anthroposophie fachlich begründet sei, da für diese Leistungen keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz vorliege und sie daher nicht von der Solidargemeinschaft finanziert werden sollten. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Link Referentenentwurf: https://t1p.de/y7zny

Addendum:

Lesen Sie dazu auch das bei MVF im eFirst-Bereich erschienene Interview mit Prof. Dr, Leonie Sundmacher, Mitglied in der Finanzkommission: https://t1p.de/7omkb