Analyse der kommenden Finanzreform der GKV 2026

FKG-Empfehlungen versus Gesetzesentwürfe

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht im Frühjahr 2026 vor einer historischen Zerreißprobe. Angesichts eines drohenden Finanzdefizits von über 40 Milliarden Euro bis zum Jahr 2030 hat die von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken eingesetzte FinanzKommission Gesundheit (FKG) am 30. März 2026 einen Katalog von 66 Maßnahmen vorgelegt, um die Beitragssätze ab 2027 zu stabilisieren. Der Referentenentwurf und der Kabinettsbeschluss des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (BStabG) greift diese Vorschläge auf, zeigt jedoch signifikante Unterschiede in der Umsetzung und der Lastenverteilung. So übernehmen Referentenentwurf und Kabinettsbeschluss über 75% (ca. 50 von 66) der von der Kommission identifizierten Maßnahmen mit insgesamt rund 80% der von der Kommission identifizierten Entlastungspotenziale für das Startjahr 2027.

>> Entwurf und Kabinettsbeschluss konzentrieren sich stark auf die Ausgabenseite (Vergütungsstopp, Krankengeldkürzung, Arzneimittelrabatte) und die Beitragseinnahmen (Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze). Die von der Kommission erhoffte massive Entlastung durch Steuermittel (Bürgergeldbeiträge, Konsumsteuern) blieb jedoch aus. Während die FKG eine radikale Änderung der Familienversicherung empfahl, wählte das Kabinett mit dem Beitragszuschlag ein politisch moderateres, aber immer noch sehr diskussionswürdiges Modell. Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz soll nach Plänen der Bundesregierung zeitnah beschlossen werden, um schon ab 2027 zu erwartete weitere Beitragssatzanstiege zu begrenzen. Die Zeitachse: Der Entwurf wurde am 29. April 2026 vom Kabinett verabschiedet. Ziel ist es, das Gesetz bis zur Sommerpause 2026 durch den Bundestag zu bringen, wobei die abschließende Lesung derzeit für den 9. Juli 2026 im Raum steht.

Damit bleibt recht wenig Zeit für nötige Diskussionen im politischen Prozess, wobei bereits von vielen Stakeholdern teils scharfe Kritik geübt wurde. Bemängelt werden vor allem Leistungskürzungen, hohe Zusatzbelastungen für Versicherte und Arbeitgeber sowie fehlende strukturelle Reformen. Befürwortende sehen im vorliegenden Beitragssatzstabilisierungsgesetz jedoch eine notwendige Maßnahme zur Stabilisierung der Beiträge.

Ziele und Aufgaben

Die von der Bundesgesundheitsministerin Warken eingesetzte FinanzKommission Gesundheit (FKG) hatte in ihrem Bericht die Entkopplung von Ausgaben und Einnahmen seit 2019 als zentraler Kostentreiber identifiziert. Die wichtigste Empfehlung war daher eine globale Begrenzung der Vergütungsanstiege in allen Sektoren auf die sogenannte Grundlohnrate, ergänzt um einen Abschlag von einem Prozentpunkt für die Jahre 2027 bis 2029.

Referentenentwurf und Kabinettsbeschluss übernehmen dieses Prinzip nahezu vollständig. Die Preis- und Vergütungssteigerungen für Vertragszahnärzte, Heilmittelerbringer, Hebammen, Vorsorgeeinrichtungen und Rettungsdienste werden strikt an die Grundlohnrate gebunden. Auch die Verwaltungskosten der Krankenkassen werden nach diesem Maßstab gedeckelt. Begründet wird dies im Entwurf mit der Notwendigkeit, die Preisdynamik als maßgeblichen Faktor für die finanzielle Schieflage zu dämpfen.

Ambulanter Sektor und Arzneimittel: konsequente Umsetzung

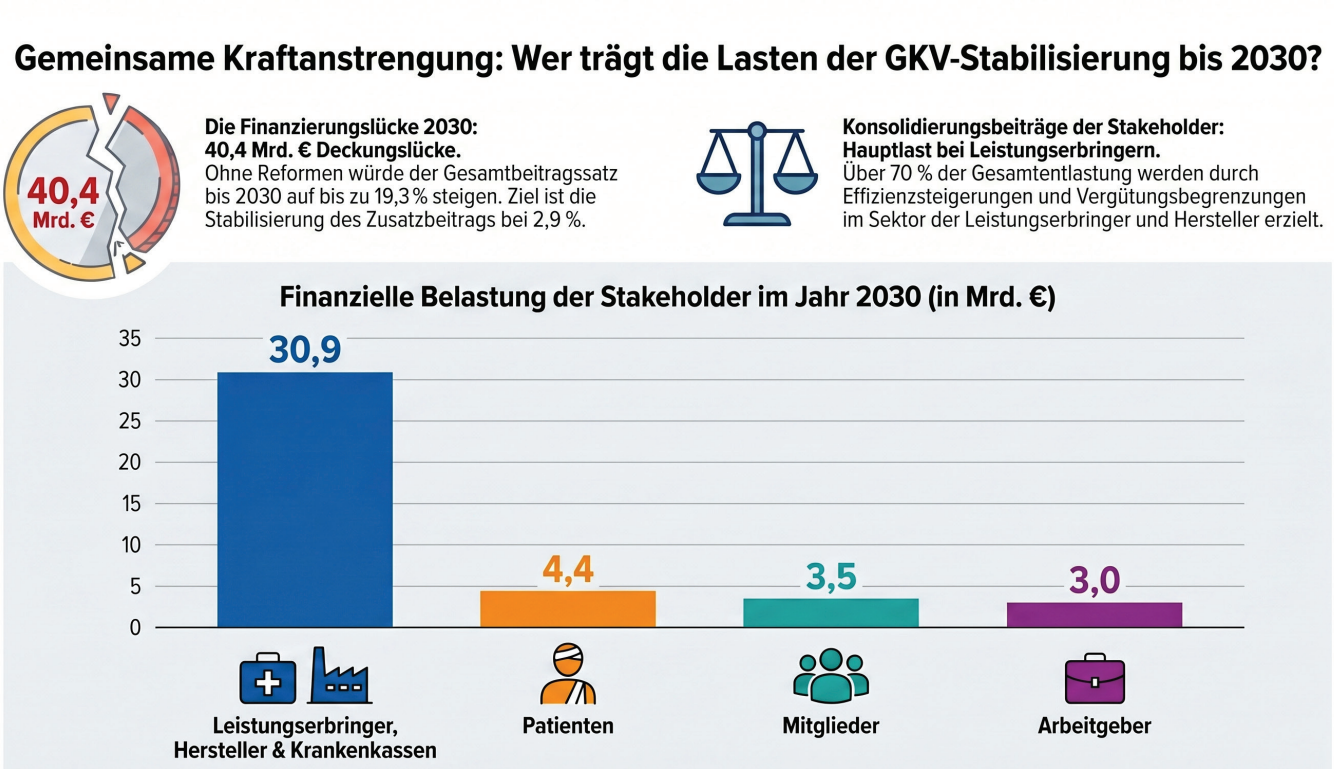
Im Bereich der ambulanten Versorgung folgt der Gesetzgeber den Empfehlungen der Kommission in weiten Teilen. Die Zuschläge für die Terminvermittlung (TSVG-Konstellationen), die laut Evaluation keinen verbesserten Patientenzugang bewirkt haben, werden gestrichen. Ebenso entfällt die gesonderte Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der elektronischen Patientenakte (ePA), da diese nach Einführung des Opt-out-Verfahrens als Teil der Regeldokumentation betrachtet wird. Besonders deutlich wird die Übernahme bei der Erstattung homöopathischer Leistungen. Die Gesetzesvorlagen folgen dabei der FKG-Empfehlung, diese aufgrund fehlender wissenschaftlicher Evidenz aus dem Leistungskatalog der Satzungsleistungen zu streichen.

Im Arzneimittelmarkt setzt der Entwurf auf das von der Kommission vorgeschlagene Bündel aus dynamisierten Herstellerabschlägen und einer Verschärfung der Preis-Mengen-Regelungen. Um den Preiswettbewerb bei patentgeschützten Mitteln zu stärken, führt der Gesetzgeber zudem die Möglichkeit für wirkstoffübergreifende Rabattverträge ein.

Ein interessantes Detail ist indes, dass die Kommission die Abschaffung des Orphan-Drug-Privilegs empfahl, um diese Mittel einer regulären Nutzenbewertung zu unterziehen, der RefE dies aber durch die Streichung der entsprechenden Sonderregelungen in § 35a SGB V umsetzen will.

Krankenhaussektor: Effizienzsteigerung durch Prüfdruck

Im stationären Bereich übernimmt der Referentenentwurf die FKG-Vorschläge zur Streichung der pauschalen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen und zur Rückzahlung nicht besetzter Personalstellen im PEPP-Bereich, um Doppelfinanzierungen und Zweckentfremdungen von Mitteln zu verhindern. Hinsichtlich der Rechnungsprüfung wählt der Gesetzgeber jedoch einen moderateren Weg, als es die Empfehlungen der Kommission vorsahen: Während die FKG die vollständige Abschaffung der Prüfquoten forderte, sieht die Entwurfsfassung lediglich eine Anhebung der Schwellenwerte und Prüfquoten vor. Begründet wird dies mit dem Erhalt der bürokratischen Entlastung für regelkonform abrechnende Häuser. Dennoch wird die automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes (MD) umgesetzt, um die Wirtschaftlichkeitskontrolle zu stärken.



Krankengeld und Patientenbeteiligung: schmerzhafte Anpassungen

FGK-Empfehlung wie Referentenentwurf betonen, dass ein Beitrag der Versicherten unvermeidbar sei. Folgerichtig wird in der Entwurfsfassung die FKG-Empfehlung umgesetzt, das Krankengeldniveau um fünf Prozentpunkte abzusenken (auf 65% des Brutto- bzw. 85% des Nettoentgelts). Als Ausgleich wird die Teilarbeitsunfähigkeit und das Teilkrankengeld eingeführt, um den Wiedereinstieg in den Beruf flexibler zu gestalten – eine zentrale Forderung der Expertengruppe.

Bei der Zahnersatzfinanzierung kehrt der Gesetzgeber wie empfohlen zum Stand von vor 2020 zurück und reduziert die Festzuschüsse auf 50%. Auch die Dynamisierung der Zuzahlungen (Anhebung des Mindestbetrags auf 7,50 Euro und des Höchstbetrags auf 15 Euro) findet sich im Entwurf wieder.

Divergenzen: die „fehlenden Milliarden“ und die Einnahmenseite

Trotz der hohen Übereinstimmung zwischen Empfehlungen und Gesetzestexten gibt es drei wesentliche Bereiche, in denen von den Empfehlungen der Kommission abgewichen wird oder die ohne jedwede Erklärungen ganz ignoriert werden:

- **Bürgergeldbeiträge:** Die FKG empfahl eindringlich, die Beiträge für Bürgergeldbeziehende kostendeckend durch den Bund zu finanzieren, was die GKV um etwa 12 Mrd. Euro entlastet hätte. Dieser Vorschlag findet sich im RefE nicht wieder. Stattdessen trägt der Bund lediglich durch eine Verschiebung von Darlehensrückzahlungen zur Stabilisierung bei.
- **Konsumsteuern (Prävention):** Die Kommission schlug vor, Mehreinnahmen aus Erhöhungen der Tabak- und Alkoholsteuer sowie einer neuen Zuckersteuer direkt dem Gesundheitsfonds zuzuführen. Diese Maßnahmen fehlen im Referentenentwurf vollständig.
- **Familienversicherung:** Während die FKG die vollständige Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung für Ehegatten ohne Kinder unter 7 Jahren empfahl, sieht der RefE einen weniger radikalen Weg vor: Er führt einen Beitragszuschlag von 3,5 Prozentpunkten für diesen Personenkreis ein. Dies soll die Finanzbasis stärken, ohne das System der Familienversicherung grundsätzlich zu zerschlagen.

Woher kommen die Unterschiede?

Bei der Analyse der FGK-Empfehlungen und des sich direkt daraus ableitbaren und zudem sehr zeitnah erschienenen Referentenentwurfs lassen sich deutliche Unterschiede zweier divergenter Agenden feststellen: die der Wissenschaft und jene der Politik. Die Inhalte der Gesetzesentwürfe aus dem Hause des Bundesministeriums für Gesundheit lassen sich primär auf rein politische Abwägungen, fiskalische Sachzwänge des Bundeshaushalts und den Versuch zurückführen, trotz der deutlich werdenden Reformbelastungen noch irgendwie eine gesellschaftliche Akzeptanz zu wahren. Die Kommission hingegen folgt strikt wissenschaftlich-systematischen Logiken. Somit stellt der Gesetzentwurf einen schon im Referentenstadium versuchten politischen Kompromiss dar, ohne die damit die sich bietende Chance zu ergreifen, mutiger zu agieren.

Hier sind die vermutlich zentralen Gründe für die Abweichungen:

1. **Fiskalische Sachzwänge des Bundes (Bürgergeld-Beiträge)**
   Empfehlung: Die FKG forderte eine kostendeckende Finanzierung der GKV-Beiträge für Bürgergeldbeziehende durch den Bund, was eine Entlastung von ca. 12 Mrd. Euro bedeutet hätte.
   Entwurf: Der RefE verzichtet vollständig auf diese systemgerechte Steuerfinanzierung. Stattdessen trägt der Bund lediglich durch eine Verschiebung von Darlehens-

rückzahlungen (ca. 5,6 Mrd. Euro) zur Liquidität bei.
Natur des Unterschieds (Bewertung): Rein politisch. Die Kommission argumentiert ordnungspolitisch, dass versicherungsfremde Leistungen aus Steuern finanziert werden müssen. Der Entwurf spiegelt jedoch die Realität des Bundeshaushalts wider, in dem keine Mittel für eine derart massive Erhöhung des Bundeszuschusses vorhanden sind.

2. **Gesellschaftliche Akzeptanz vs. Arbeitsmarktanreize (Familienversicherung)**
Empfehlung: Die Expertengruppe empfahl die vollständige Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung für Ehegatten ohne Kinder unter 7 Jahren, um Erwerbsanreize zu setzen und das System an moderne Lebensmodelle anzupassen.
Entwurf: Der Gesetzgeber wählt einen moderateren Weg und führt stattdessen einen Beitragszuschlag für diesen Personenkreis ein.
Natur des Unterschieds (Bewertung): Politisch-sozial. Während die FKG die wissenschaftliche Evidenz zur Steigerung der Erwerbsbeteiligung betont, scheut die Politik den radikalen Systembruch, um soziale Härten und massiven Widerstand in der Bevölkerung zu vermeiden.

3. **Bürokratieabbau vs. Wirtschaftlichkeitskontrolle (Prüfquoten)**
Empfehlung: Die FKG riet zur vollständigen Streichung der Prüfquoten, da diese die Abrechnungsqualität nachweislich nicht verbessert haben und der GKV Milliarden an Rückforderungen entgehen.
Entwurf: Der RefE behält das System bei, hebt aber Quoten und Schwellenwerte an.
Natur des Unterschieds (Bewertung): Politische Interessenabwägung. Die Wissenschaft sieht in Quoten einen ineffizienten Mechanismus. Die Politik gewichtet jedoch den "Frieden" mit den Krankenhäusern und den Wunsch nach Bürokratieentlastung für die Leistungserbringer höher als die maximale Ausschöpfung von Rückzahlungen.

4. **Standortpolitik vs. Preisregulierung (Arzneimittelleitplanken)**
Empfehlung: Die FKG identifizierte Orphan-Drug-Privilegien und mangelnde Preis-Mengen-Steuerung als Kostentreiber.
Entwurf: Der RefE geht über die Sparvorschläge hinaus, streicht aber gleichzeitig die erst 2022 eingeführten "Leitplanken" für Erstattungsbeträge (Preisobergrenzen bei geringem Zusatznutzen) wieder ersatzlos.
Natur des Unterschieds (Bewertung): Wirtschaftspolitisch. Die Begründung im Entwurf nennt explizit die "Standortattraktivität" und die Honorierung von Innovationen. Dies ist eine politische Entscheidung zugunsten der pharmazeutischen Industrie, die von den Expert:innen eher unter dem Aspekt der Kosteneffizienz betrachtet wurde.

5. **Politische Konfliktvermeidung (Konsumsteuern)**
Empfehlung: Einführung einer Zuckersteuer sowie Erhöhung der Alkohol- und Tabaksteuer mit Direktfluss in den Gesundheitsfonds.
Entwurf: Diese Maßnahmen fehlen im RefE vollständig.
Natur des Unterschieds (Bewertung): Rein politisch. Obwohl die FKG starke wissenschaftliche Evidenz für die präventive Wirkung dieser Steuern anführt, sind neue Steuern oder zweckgebundene Abgaben innerhalb einer Koalition oft nicht durchsetzbar.

Die Unterschiede sind demnach fast ausschließlich politischer Natur. Während die Kommission eine „ideale“, wissenschaftlich begründete Finanzarchitektur entwirft, versucht das BMG die Grenzen des Bundeshaushalts, die Interessen von Stakeholdern und vor allem die Wählergunst zu berücksichtigen. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Links
Kommissionsbericht: https://t1p.de/6jfhf
Referentenentwurf: https://t1p.de/y7zny
Kabinettsentwurf: https://t1p.de/qrndr

Gegenüberstellung ausgewählter im Referenten- und Kabinettsentwurf vollständig übernommener FKG-Vorschläge

Vorschlag der Finanzkommission (FKG)	Begründung / Details im Entwurf
Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege (Grundlohnrate)	Fokus auf Reduktion der Preisdynamik; Kopplung an die Einnahmenentwicklung ist "unabdingbar"
Erhöhung der Zuzahlungsbegrenzungen um 50%	Anpassung an die Inflation seit 2004 zur "finanziellen Konsolidierung"
Streichung der TSVG-Zuschläge (Terminvermittlung)	Evaluation zeigt keinen verbesserten Patientenzugang; Vermeidung von Mitnahmeeffekten
Rückführung der Psychotherapie in die MGV	Gedeckelte Gesamtvergütung zur Ausgabensteuerung
Streichung der ePA-Erstbefüllungsvergütung	ePA-Befüllung wird nach Opt-out-Einführung als Teil der Regeldokumentation gewertet
Streichung Homöopathie als Satzungsleistung	Fehlende wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit
Reduktion Festzuschüsse Zahnersatz (auf Niveau v. 2020)	Rückkehr zu 50% Festzuschuss; Härtefallregelung (100 %) bleibt
Streichung volle Tarifrefinanzierung (Krankenhaus/Pflege)	Volle Refinanzierung hebelt Grundlohnrate aus; Anreiz für wirtschaftliche Tarifabschlüsse
Automatische Erweiterung MD-Prüfauftrag	MD soll alle abrechnungsrelevanten Sachverhalte unabhängig vom konkreten Auftrag prüfen
Dynamisierter Herstellerabschlag (Arzneimittel)	Sicherstellung eines nachhaltigen Beitrags der Pharmaindustrie ohne Querfinanzierung
Abschaffung Orphan-Drug-Privileg	Orphan-Drugs werden regulärer Nutzenbewertung unterzogen
Absenkung Krankengeldniveau (um 5 Prozentpunkte)	Moderater Beitrag der Versicherten angesichts hoher Deckungslücken vertretbar

Tab. 1: Gegenüberstellung ausgewählter im Referenten- und Kabinettsentwurf vollständig übernommener Vorschläge. Eigene Darstellung.

Wer trägt die Last des Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung?

Gemeinsame Kraftanstrengung oder Patientenlast?

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist – sofern die Gesetzesvorlagen bestehen bleiben – ein umfassendes Sanierungsprogramm, wobei statt auf Reformen vorerst 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 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 das Leitprinzip und zudem die Wiedereinführung 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 Zahnärzteschaft:** 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 Gutverdienende**

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**

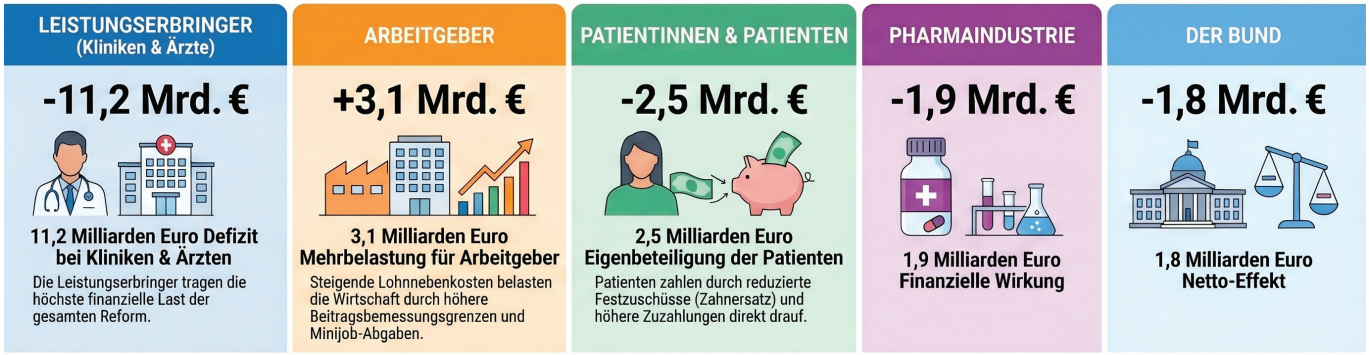
Die bisher beitragsfreie Familienversicherung für Ehegatten wird massiv eingeschränkt. Wer keinen Betreuungsaufwand (Kinder unter 7 Jahren, Behinderung) oder Pflegeaufwand nachweist und die Altersgrenze noch nicht erreicht hat, muss künftig einen Beitragszuschlag von 3,5% leisten. Dies soll die GKV ab 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 Patient:innen 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 Jah-



ren nicht angepassten Zuzahlungsgrenzen und -beträge (z. B. bei Arzneimitteln, Heilmitteln und stationären Maßnahmen) werden die Patient:innen 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 Patient:innen 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

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 (Ärzteschaft, 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 Gutverdienenden 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 Patient:innen

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. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Reaktionen auf das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Meist negatives Stakeholder-Echo auf GKV-Pläne

In der gesundheitspolitischen Debatte um das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) zeigt sich eine tiefe Kluft zwischen den Erwartungen der Kostenträger und den Befürchtungen der Leistungserbringer. Während die Bundesregierung mit dem Gesetzesentwurf vom 16. April 2026 auf das drohende Defizit von bis zu 40 Milliarden Euro im Jahr 2030 reagiert, warnen Verbände der Ärzteschaft, Krankenhäuser und der Pharmaindustrie vor einer massiven Schwächung der Versorgungsqualität. Einerseits sehen die Krankenkassen den Entwurf als notwendiges Mittel zur Beitragssatzstabilisierung, die Leistungserbringer sehen ihn dagegen als ein reines Spargesetz ohne strukturelle Weitsicht. Die gemeinsame Sorge fast aller Stakeholder – mit Ausnahme der Kassen – ist, dass die Reform zulasten der Patientenschaft geht, sei es durch längere Wartezeiten, Klinikinsolvenzen oder den Abzug von Innovationen aus Deutschland.

>> Der ehemalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sagte einmal so oder so ähnlich, dass man die Güte einer Gesundheitsreform aus ihren Gegenstimmen ableiten könne; und kämen keine von der Pharmaindustrie, hätte man wohl etwas falsch gemacht. Rein an den bisher meist negativen Reaktionen auf das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gemessen, scheint es sich wohl um einen der besseren Reformvorschläge zu handeln. Hier eine Zusammenfassung der Reaktionen, aufgeteilt nach Stakeholder-Gruppen:

Ärzteschaft/Psychotherapeuten

Niedergelassene Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen reagieren mit offener Empörung auf den Entwurf. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Fachverbände wie der SpiFa sehen in dem Gesetz einen „Frontalangriff auf die ambulante Versorgung".

- **Reaktionen:** Besonders kritisiert wird die Streichung der extrabudgetären Vergütung für TSVG-Leistungen (z. B. offene Sprechstunden und Terminvermittlung). Die KBV warnt, dass damit die Anreize für eine schnelle Terminvergabe entfallen, was unweigerlich zu längeren Wartezeiten führen werde. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) bezeichnet das Gesetz als „Einstieg in die Wartelisten- und Rationierungsmedizin".
- **Spezifische Belastungen:** Der vertragsärztliche Bereich soll 2027 mit rund 2,7 Milliarden Euro zur Konsolidierung beitragen. Laut Zi-Berechnungen bedeutet dies einen durchschnittlichen Honorarverlust von 24.000 Euro pro Praxis; bei Fachgruppen wie der Radiologie können die Einbußen sogar bis zu 68.000 Euro jährlich betragen.

Krankenhäuser und Universitätsklinika

Der stationäre Sektor sieht sich überproportional belastet und in seiner Existenz gefährdet.

- **Reaktionen:** Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und regionale Verbände wie der Klinikverbund Hessen kritisieren, dass Krankenhäuser über 40% der Einsparungen im Bereich der Leistungserbringer schultern müssen, obwohl ihr Anteil an den GKV-Gesamtausgaben nur bei etwa 33% liegt. Der Verband der Universitätsklinika (VUD) warnt, dass durch den „Rasenmäher-Ansatz" die strukturellen Defizite an allen Standorten der Universitätsmedizin drastisch verschärft würden. Die Rückkehr zur nur hälftigen Tarifrefinanzierung wird als „Kosten-Erlös-Schere" bezeichnet, die viele Häuser in die Insolvenz treiben könnte.
- **Spezifische Belastungen:** Der Krankenhausbereich wird 2027 mit etwa 4,6 Mrd. Euro belastet. Maßgebliche Faktoren sind die Deckelung der Pflegebudgets, die Streichung der Pauschale für pflegeentlastende Maßnahmen (ca. 700 Mio. Euro) und die Verschärfung der Abrechnungsprüfungen.

Existenzangst und Bürokratievorwürfe

Die Krankenhäuser fühlen sich durch das Sparpaket überproportional belastet und sehen ihre wirtschaftliche Basis gefährdet.

- **Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD):** Der VUD warnt eindringlich davor, dass die Reform die hochspezialisierte Universitätsmedizin wirtschaftlich weiter schwächen könnte. Zwar wird die Notwendigkeit zur Konsolidierung der GKV-Finanzen anerkannt, doch sieht der Verband in den aktuellen Plänen primär eine gefährliche Belastung der Maximalversorger. Prof. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender des VUD, bezeichnet die im Referentenentwurf vorgesehenen kurzfristigen Einsparmaßnahmen als reine „Symptombekämpfung". Er kritisiert, dass politische Entscheidungen die eigentlichen strukturellen Ursachen der Finanzkrise ignorieren und stattdessen die „Kosten-Erlös-Schere" für Krankenhäuser wieder gewaltsam öffnen. Dies konterkariere die erst kürzlich beschlossenen Stabilisierungsversuche und gefährde Kliniken, auf die das Land in Krisensituationen wie Pandemien angewiesen ist.

Besonders kritisch bewertet der VUD die Kürzungen beim Innovationsfonds. Dieser sei notwendig, um Ideen für die medizinische Versorgung von morgen zu entwickeln; ein Sparpaket an dieser Stelle gefährde somit die langfristige Zukunftsfähigkeit des Systems. Hinsichtlich des Pflegebudgets zeigt der Verband zwar Verständnis für eine stärkere Effizienzkontrolle, warnt jedoch vor starren Vorgaben oder neuen „Bürokratiefallen". Als einen der wenigen vielversprechenden Ansätze sieht der Verband die geplante Neuausrichtung beim Umgang mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB). Die Konzentration dieser Leistungen auf spezialisierte Innovationszentren im Rahmen klinischer Studien wird begrüßt, da Universitätsklinika aufgrund ihrer wissenschaftlichen Expertise und hohen Patientensicherheit hierfür der ideale Standort seien.







Pharmazeutische Industrie

Für die Hersteller von Arzneimitteln stellt das Gesetz einen massiven Rückschlag für den Wirtschaftsstandort Deutschland dar.

- **Reaktionen:** Der vfa und Pharma Deutschland kritisieren den neuen „dynamischen Herstellerabschlag" als Instrument, das Investitionen unkalkulierbar mache. vfa-Präsident Steutel betont, dass durch die Koppelung der Abschläge an die GKV-Einnahmen jegliche Planungssicherheit für Unternehmen verloren gehe. Zudem wird die Einführung von Rabattverträgen für patentgeschützte, „therapeutisch vergleichbare" Medikamente als Paradigmenwechsel abgelehnt, bei dem der Preis künftig über den medizinischen Nutzen triumphiere.
- **Spezifische Belastungen:** Die pharmazeutische Industrie wird 2027 mit ca. 1,9 Milliarden Euro belastet. Ihr Beitrag soll bis 2030 auf 22% des Anteils der Leistungserbringer steigen. Hinzu kommen Belastungen durch neue Preis-Mengen-Regelungen und Abschläge auf Impfstoffe.

Heil- und Hilfsmittelerbringer

Auch kleinere Sektoren wie die Orthopädietechnik und Physiotherapie schlagen Alarm.

- **Reaktionen:** Der Bundesinnungsverband für OrthopädietTechnik (BIV-OT) und der Verband „Wir versorgen Deutschland" (WvD) lehnen den im Referentenentwurf vorgesehenen pauschalen Abschlag von 3% auf Hilfsmittelpreise strikt ab. Dies bestrafe ausgerechnet einen Bereich, der sich bereits in der Vergangenheit diszipliniert an der Grundlohnrate orientiert habe.
- **Spezifische Belastungen:** Der Heilmittelbereich wird 2027 mit 0,3 Milliarden Euro belastet, der Hilfsmittelbereich mit 0,4 Milliarden Euro.

Krankenkassen und ihre Verbände

Die Krankenkassen begrüßen zwar das Leitprinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik, kritisieren jedoch die fehlende Beteiligung des Bundes.

- **Reaktionen:** Der GKV-Spitzenverband und die AOK loben den Versuch, den Ausgabenanstieg zu begrenzen, sehen jedoch eine „Gerechtigkeitslücke". Kritisiert wird vor allem, dass der Bund die Unterdeckung bei den Beiträgen für Bürgergeldbeziehende (ca. 12 Mrd. Euro) nicht behebt. Die AOK Rheinland/Hamburg bezeichnet die Verteilung der Lasten als „ungerecht", da der Staat sich seiner Verantwortung fast vollständig entziehe.
- **Spezifische Belastungen:** Die Kassen müssen ihre Verwaltungskostenzuwächse an die Grundlohnrate binden und ihre Werbebudgets pro Mitglied um 50% kürzen. Zudem wird das Fördervolumen des Innovationsfonds dauerhaft auf 100 Millionen Euro halbiert.

Arbeitgeber und Mitglieder (Beitragszahlende)

Die Belastung der Beitragszahlenden wird seitens der Regierung als „moderat" bezeichnet, von den Betroffenen jedoch kritisch gesehen.

- **Reaktionen:** Der PKV-Verband kritisiert die außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze als „Angriff auf die Wahlfreiheit" und „Bürgerversicherung für Angestellte durch die Hintertür".
- **Spezifische Belastungen:**
  a) Arbeitgeber: Tragen 2027 rund 3,1 Milliarden Euro bei, hauptsächlich durch die Erhöhung des Minijob-Beitragssatzes auf 17,5% und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG).
  b) **Gutverdienende Mitglieder:** Zahlen durch die BBG-Erhöhung (um 300 Euro monatlich) ca. 25 Euro mehr pro Monat.
  c) **Familien:** Für mitversicherte Ehepartner (ohne Kinder unter 6 J.) wird ab 2028 ein eigener Beitragszuschlag erhoben, was die GKV um 1,5 Mrd. Euro entlastet. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Strukturreform erst Ende 2026

Die FinanzKommission Gesundheit (FKG) verfolgt einen zweistufigen Ansatz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wobei der Schwerpunkt auf einer langfristigen Sicherung der finanziellen Tragfähigkeit bei gleichzeitig hohem Versorgungsniveau liegt. Während der erste Bericht vom März 2026 kurzfristige Maßnahmen zur Schließung der Finanzierungslücke ab 2027 enthält, wird die Kommission bis zum Ende des Jahres 2026 einen zweiten Bericht vorlegen, der detaillierte Empfehlungen für mittel- und langfristig wirksame Strukturreformen enthalten soll.
Zu den zentralen Handlungsfeldern dieser geplanten Strukturreformen gehören:

- **Digitale Transformation:** Es sollen Maßnahmen zu einer umfassenden digitalen Transformation der Gesundheitsversorgung entwickelt werden, um Effizienzreserven zu heben.
- **Intensivierung der Ambulantisierung:** Leistungen, die bisher vornehmlich stationär erbracht wurden, sollen verstärkt in den ambulanten Sektor verlagert werden.
- **Verbesserte Patientensteuerung:** Ein Fokus liegt auf der Koordination und Steuerung der Patientenwege, insbesondere durch die Reform der Notfallversorgung und die Einführung eines Primärversorgungssystems.
- Angebotsstrukturen und Teamorientierung: Die Kommission plant grundlegende Änderungen der Angebotsstruktur, vor allem im stationären Bereich, sowie eine stärkere Teamorientierung unter Einbezug verschiedener Professionen.
- **Neuordnung der Vergütungssysteme:** Geplant ist eine systematische Überarbeitung der Zuordnung von Leistungen zur extrabudgetären (EGV) versus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) im vertragsärztlichen Bereich.
- **Repräsentative Kostenerhebungen:** Mittel- bis langfristig sollen Grundlagen für Kostenerhebungen in allen Dienstleistungsbereichen geschaffen werden, um automatisierte Kostenindizes als Basis für faire und wirtschaftliche Vergütungsverhandlungen zu etablieren.
- **Stärkung der Prävention:** Über fiskalische Maßnahmen hinaus sollen weitere Empfehlungen zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung vorgelegt werden, die auch Handlungsfelder außerhalb des SGB V umfassen.