

STELLUNGNAHME ZUM REFERENTENENTWURF EINES GKV-BEITRAGSSATZSTABILISIERUNGSGESETZES

STAND: 20.04.2026

Richtige und überfällige Maßnahmen, um den weiteren Anstieg der Beitragssätze abzubremsen. Leider bleibt der Staat weiterhin seinen Beitrag schuldig.

Kernpunkte

- **Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik:** Zur Stabilisierung der GKV-Beiträge ist es essenziell, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) wieder als Maxime für die Ausgabenentwicklung gilt. Richtig ist auch, für die Jahre 2027 bis 2029 zusätzlich eine Absenkung der Veränderungsrate um jeweils ein Prozent vorzusehen und Sondertatbestände, mit denen Wirtschaftlichkeitsanforderungen außer Kraft gesetzt wurden, weitgehend zu streichen.
- **Stärkung der Orientierung an Nutzen und Qualität:** Der vdek begrüßt, dass alle Ausgaben in einem angemessenen Verhältnis zum jeweiligen Nutzen für die Patient:innen stehen sollen. Wichtig ist, dass das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Wesentlichen beibehalten wird. Der Ausbau und die teilweise Verpflichtung des Zweitmeinungsverfahrens ist eine geeignete Maßnahme.
- **Weitgehend faire Lastenverteilung mit einer großen Ausnahme:** Fairerweise sollen nahezu alle Leistungsbereiche, die Krankenkassen und die Versicherten einen Beitrag zur Stabilisierung der GKV leisten. Entgegen den Vorschlägen der Finanzkommission fehlen im Entwurf jedoch die Dynamisierung des Bundeszuschusses und eine Zusage für die Erstattung kostendeckender Beiträge für Empfänger:innen von Bürgergeld. Hier muss dringend nachgearbeitet werden.

Die Ersatzkassen begrüßen das Vorhaben, die dynamische Ausgabenentwicklung der GKV jetzt umfassend zu begrenzen. Dies ist zur Stabilisierung und Zukunftssicherung der GKV dringend erforderlich. Im Interesse einer Konsensfindung und eines zügigen Beratungsverfahrens sind einige Modifizierungen der Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit (FKG) nachvollziehbar. Es sollten jedoch weitere Vorschläge der FKG aufgegriffen werden, wie bspw. die pauschalierte Fallzusammenführung bei Wiederaufnahmen ins Krankenhaus oder die Wiedereinführung von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich. Insbesondere sollte konsequent auf standortpolitisch begründete Maßnahmen für die pharmazeutische Industrie zulasten der GKV verzichtet werden. Dass bei den von der FKG vorgeschlagenen Konsumsteuern auf Tabak, Spirituosen und Softdrinks, die gesundheits- und finanzpolitische Ziele verfolgen, auf die Zuständigkeit des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) verwiesen wird, widerspricht dem Ansatz einer gesamtpolitischen Verantwortung.

Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik muss oberste Maxime sein

Zukünftig soll die Grundlohnrate wieder als feste Obergrenze für Vergütungs- und Preisanstiege gelten. Damit sind weiterhin regelhafte Vergütungsanstiege möglich, jedoch nur im Umfang der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung. Um das für die kommenden Jahre erwartete Defizit in der GKV auszugleichen, wird zusätzlich eine Absenkung der Veränderungsrate für die Jahre 2027 bis 2029 um jeweils ein Prozent vorgesehen. Der Gesetzentwurf geht für die kommenden Jahre von einem durchschnittlichen Anstieg der Grundlohnrate von bis zu drei Prozent pro Jahr aus, sodass auch weiterhin eine auskömmliche Finanzierung der Kostenentwicklung der Leistungserbringenden gesichert wäre.

Der vdek hat die Rückbesinnung auf eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik seit Jahren gefordert. Es ist deshalb als sehr positiv zu bewerten, wenn die Steuerung der Ausgaben und Einnahmen zukünftig wieder anhand von ökonomischen Grundregeln erfolgt.

Mit dieser Maßgabe und der vorgesehenen Begrenzung der Verwaltungskosten leisten auch die Krankenkassen einen erheblichen Beitrag zur Konsolidierung.

Zur Umsetzung dieser Maxime sind weitere Maßnahmen vorgesehen:

- **Streichung der Meistbegünstigungsklausel für die stationäre Versorgung**
Zukünftig soll die jährliche Anpassung des Basisfallwerts nur noch bis zur Höhe des Orientierungswerts erfolgen, der die tatsächlichen Kostenanstiege der Krankenhäuser abbildet. Diese Regelung soll auch für den Anstieg der Erlössumme von besonderen Einrichtungen und psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern gelten. Mit dieser Änderung wird die Maxime der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Krankenhausbereich konsequent umgesetzt, was sehr zu begrüßen ist.
- **Begrenzung des Anstiegs des Pflegebudgets in der stationären Versorgung auf die Veränderung der Grundlohnrate**
Aus Sicht des vdek ist diese Maßnahme richtig. Weshalb eine Unterschreitung der tatsächlichen Pflegepersonalkosten vollständig ausgeglichen werden soll, erschließt sich jedoch nicht. Dies käme einer pauschalen Vergütung gleich. Zielgerichteter wäre es, den Ausgleich der tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten nur nach oben hin zu begrenzen. Perspektivisch sollte dem Vorschlag der FKG gefolgt werden und eine Wiedereingliederung des Pflegebudgets in das DRG-System erfolgen.
- **Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen**
Die derzeit geltende volle Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen soll ebenfalls auf die Veränderung der Grundlohnrate beschränkt werden. Dies soll für das Personal im Krankenhaus, im Bereich der medizinischen Behandlungspflege sowie in Rehabilitations- und Versorgungseinrichtungen gelten. Der vdek hat die Einführung einer vollen Tarifrefinanzierung von Beginn an kritisiert, da sie die ökonomische Verantwortung für Tarifsteigerungen komplett aushebelt und in

den Krankenhäusern in Kombination mit dem Pflegebudget das Abwerben von Pflege- und Gesundheitspersonal aus anderen Versorgungsbereichen begünstigt.

- **Dynamischer Herstellerabschlag und AMNOG–Leitplanken**

Im Arzneimittelbereich soll ein dynamischer Herstellerabschlag eingeführt werden, dessen Höhe von der Entwicklung der Grundlohnsumme sowie von der Höhe der Arzneimittelausgaben abhängt. Diese Maßnahme ist geeignet, die pharmazeutischen Hersteller an der Stabilisierung der GKV–Finanzen angemessen und auch längerfristig als mit den bisherigen kurzzeitigen Erhöhungen des Abschlags zu beteiligen. Sie wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings wird der dynamische Herstellerabschlag erst Mitte 2027 wirksam. Der bis Ende Juni 2027 geplante Abschlag von 3,5 Prozent reicht kurzfristig nicht aus. Wir plädieren dafür, der Empfehlung der FKG zu entsprechen und zusätzlich den Herstellerabschlag um sieben Prozentpunkte zu erhöhen.

Dagegen lehnen die Ersatzkassen die Streichung von ausgabendämpfenden Instrumenten wie die sogenannten Leitplanken im AMNOG–Verfahren ab. Entgegen den Zielen des Gesetzes gehen damit Mehrausgaben im Arzneimittelbereich einher, die nicht mit Sicherheit durch andere neue Maßnahmen wie die Einführung der Rabattverträge für therapeutisch vergleichbare Arzneimittel kompensiert werden können. Das Gleiche gilt für die Streichung des Kombinationsabschlags.

- **Rabattverträge bei Arzneimitteln**

Rabattverträge für therapeutisch vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel zur bevorzugten Verordnung hält der vdek für ein geeignetes Instrument, um den in diesem Marktsegment bestehenden Wettbewerb zu fördern und Wirtschaftlichkeitspotenziale zu sichern, ohne die Versorgungsqualität für die Versicherten zu beschränken.

- Positiv wird auch die Stärkung der **Preis–Mengen–Regelung** gewertet, weil sie einen positiven Beitrag für die Angemessenheit der Arzneimittelpreise im Sinne eines Mengenrabatts ermöglicht.

Folgerichtig sollte die Beitragssatzstabilität systematisch und kohärent auf weitere Versorgungsbereiche ausgeweitet werden. Neben benannten Versorgungsbereichen sollte die Begrenzung der Ausgabenentwicklung auch auf die Soziotherapie (§ 132b SGB V), die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 132d SGB V), die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132g SGB V), die Versorgungsverträge mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen (§ 132h SGB V) sowie auf die Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus Anwendung finden. Dies trägt dazu bei, Vergütungssystematiken zu harmonisieren, sektorale Ungleichgewichte und Fehlanreize abzubauen und die finanzielle Nachhaltigkeit der GKV dauerhaft zu sichern, ohne die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten zu beeinträchtigen.

Die Rücknahme von Sondervergütungen ist konsequent

Der vdek begrüßt folgende Schritte, mit denen von der Politik eingeführte Sondervergütungen wieder zurückgefahren werden:

- Streichung der **zusätzlichen pauschalen Finanzierung von pflegeentlastenden Maßnahmen** in Höhe von 2,5 Prozent des Pflegebudgets
- Rückzahlung von **Mitteln für nicht besetzte Personalstellen in PEPP-Einrichtungen** an die Kostenträger
- Streichung der **TSVG-Sondervergütungen**
- Streichung der **gesonderten Vergütung für die Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA)**; allerdings ist die entsprechende Vergütungsregelung für den Apothekenbereich ebenfalls zu streichen (§ 346 Absatz 4 SGB V)
- Grundsätzliche Rückführung **extrabudgetärer ärztlicher Leistungen** in die Mengensteuerung

Die Verhältnismäßigkeit von Ausgaben und Nutzen wird wiederhergestellt

Im Gesetzentwurf wird die Maxime eines angemessenen Verhältnisses von Ausgaben und Nutzen für Patient:innen hervorgehoben. Der vdek unterstützt ausdrücklich den Ansatz, Leistungen der GKV evidenzbasiert zu vergüten. Deshalb befürworten wir folgende Schritte:

- **Ausbau des Zweitmeinungsverfahrens sowie Verpflichtung dazu bei bestimmten mengenanfälligen Operationen**
Die Krankenkassen müssen ergänzend über das Ergebnis des Zweitmeinungsverfahrens zeitnah im Rahmen des maschinellen Datenaustausches nach § 301 Absatz 1 SGB V informiert werden. Eine Regelung über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), wie nur in der Gesetzesbegründung erwähnt, kommt hier zu spät und lässt die guten Absichten ins Leere laufen.
- **Einführung von Kurzzeitfallpauschalen**
Kurzzeitfallpauschalen sollen als weiteres Instrument zur Forcierung der Ambulantisierung von Leistungen in Ergänzung der bereits bestehenden Normen „Ambulantes Operieren“ und „spezielle sektorenübergreifende Vergütung“ eingeführt werden. Essenziell ist die absenkende Berücksichtigung von Kurzzeitpauschalen und Hybrid-DRG im Rahmen der Normierung des aG-DRG-Katalogs. Die Effizienzgewinne durch die Einführung der Hybrid-DRG und Kurzzeitpauschalen müssen beitragsentlastend wirken. Daher muss eine absenkende Berücksichtigung bei der Normierung des aG-DRG-Systems gesetzlich vorgeschrieben werden.
- **Verlängerung des Arzneimittel-Preismoratoriums**
Das Moratorium soll bis 2030 verlängert und erstmalige Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundversorgung einbezogen werden.

- **Ausweitung des Herstellerabschlags auf Impfstoffe**
Der Herstellerabschlag sollte nicht auf patentgeschützte Impfstoffe begrenzt werden. Darüber hinaus sollte der Einschätzung der FKG gefolgt und die Verhandlung von Erstattungsbeträgen und Preis-Mengen-Regelungen auch für Impfstoffe gemäß § 130b SGB V ermöglicht werden. Auch die Möglichkeit, für Impfstoffe Rabattverträge gemäß § 130a Absatz 8 SGB V abzuschließen, sollte wieder eingeführt werden.
- **Leistungsausschluss für Cannabis-Blüten**
- **Streichung der Versorgungspauschale bei Blankoverordnungen für Heilmittel**
Zu beachten ist, dass im Heilmittelbereich für die Blankoversorgung eine erhöhte Vergütung aller zusätzlichen Vergütungspauschalen im Vergleich zur Regelversorgung zurückgenommen werden muss. Zudem sollte die Möglichkeit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung des einzelnen Leistungserbringers geschaffen werden. Ferner ist zu beachten, dass die gesetzlichen Preisfindungsparameter nicht im Widerspruch zur Anbindung an die Grundlohnsumme stehen dürfen.
- **Abschlag** in Höhe von drei Prozent auf die **Vertragspreise im Hilfsmittelbereich**
Es besteht die Gefahr, dass es bis zum Inkrafttreten des prozentualen Abschlags zu massiven Vergütungsforderungen durch die Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen kommen könnte. Diese sind durch ein sofortiges Preismoratorium auszuschließen.
- Zweckentsprechende Verwendung von Mitteln, die zur Finanzierung des **therapeutischen Personals** im Bereich der **psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser** bereitgestellt werden
Die geplante Änderung wird seit Jahren kassenseitig eingefordert. Sie ist erforderlich, um eine Querfinanzierung anderer Krankenhausbereiche mit Mitteln, die für eine adäquate Versorgung in der Psychiatrie und Psychosomatik benötigt werden, zu vermeiden.

Demgegenüber sieht der Gesetzesentwurf entgegen dem Vorschlag der FKG keine Abschaffung, sondern lediglich eine Erhöhung der **Prüfquote von Krankenhausabrechnungen** nach § 275c SGB V vor. Auch wenn der Grundgedanke einer genaueren Prüfung von Krankenhäusern mit schlechter Abrechnungsqualität nachvollziehbar erscheint, verpasst der Gesetzgeber hier eine Chance, die Prüfhöhe wieder in Gänze den Krankenkassen zu überlassen und gleichzeitig das bürokratische und hochaufwändige Verfahren der Prüfquotenermittlung und -überwachung abzuschaffen.

Reform der Regelungen zum Krankengeld

Der Gesetzesentwurf sieht mehrere Maßnahmen zum Leistungsbereich des Krankengeldes vor. Der vdek unterstützt insbesondere die Beseitigung von Fehlanreizen und Hemmnissen, die eine zügige Rehabilitation und Wiedereingliederung in das Arbeitsleben behindern. Dazu gehören die Schließung von Regelungslücken beim Krankengeldbezug bei hauptberuflich Selbstständigen, beim Bezug von Teilrenten in Wunschhöhe und dem Zusammentreffen von Krankengeld und Arbeitslosigkeit.

Ausdrücklich begrüßt werden die Stärkung der Beratung durch Krankenkassen im Rahmen des Krankengeldfallmanagements sowie die Verkürzung der Fristen zur Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen. Die Einführung eines Teilkrankengeldes kann die frühere Eingliederung in die Erwerbstätigkeit fördern, wird jedoch aufgrund der notwendigen Umsetzungsarbeiten erst ab 2028 zu Einsparung führen. Die Absenkung des (Kinder-)Krankengeldniveaus stellt eine Leistungskürzung dar.

Überprüfung von Gesundheitsuntersuchungen

Mit Verweis auf die Stärkung der Nutzenorientierung sieht der Gesetzentwurf vor, Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene auf den Prüfstand zu stellen und zu überarbeiten. Dies ist eine richtige Aufgabenzuweisung an die gemeinsame Selbstverwaltung. Sie sollte ergänzt werden um eine klare Maßgabe, dass Untersuchungen, die keinen gesicherten Nutzen nachweisen können, nicht erstattet werden dürfen.

Belastung der Versicherten

Es ist nachvollziehbar, dass die leistungsbezogenen Zuzahlungen der Versicherten nach über 20 Jahren angepasst werden sollen. Auch die Rücknahme der Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz lässt sich mit Blick auf die erheblichen Mehrausgaben bei konstanter Inanspruchnahme begründen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die erneute Belastung der Beitragszahlenden durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) angemessen ist. Die auch auf Arbeitgeberseite entstehenden Mehraufwendungen wirken sich konjunkturdämpfend aus. Somit sind negative Folgen für die Beschäftigung in Deutschland und die Entwicklung der Beitragseinnahmen zu erwarten. Mit Blick auf die Wettbewerbslage zwischen GKV und private Krankenversicherung (PKV) für versicherungsfreie Personen müsste zwingend die Jahresarbeitsentgeltgrenze (bzw. Versicherungspflichtgrenze) in gleichem Maße angehoben werden.

Der Staat entzieht sich der Verantwortung

Nicht nachvollziehbar ist, warum erneut keine Anhebung des Bundeszuschusses vorgesehen ist. Somit wird die Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Empfänger:innen von Bürgergeld (künftig: Grundsicherungsgeld) weiterhin den Mitgliedern der GKV und ihren Arbeitgebern bis zur BBG angelastet. So verbleibt eine Finanzierungslast von insgesamt zwölf Milliarden Euro, die allein durch die GKV-Mitglieder und ihre Arbeitgeber:innen zu tragen sind. Hier besteht nicht nur eine erhebliche Gerechtigkeitslücke. Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben für diesen Teil der Gesellschaft ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und deshalb auch aus verfassungsrechtlichen Gründen aus dem Steueraufkommen gesamtgesellschaftlich zu finanzieren.

Der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen ist zudem seit 2017 nicht erhöht worden. Gemäß der jüngsten Ausgabenschätzung des GKV-Schätzerkreises wird sein Anteil an den Gesamtausgaben der GKV somit von ehemals 6,4 Prozent im Jahr 2017 auf 3,9 Prozent in 2026 sinken. Aus Sicht des vdek ist es inakzeptabel, dass der damit verbundene Kaufkraftverlust von den Beitragszahlenden getragen werden muss.