

Mutig voran! – Große Potenziale zur Stabilisierung der GKV-Finanzen nutzen

Stellungnahme zum ersten Bericht der FinanzKommission Gesundheit vom 30. März 2026

10. April 2026

Zusammenfassung

Die Vorstellung des ersten Berichts der FinanzKommission Gesundheit am 30. März 2026 ist ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das Finanzvolumen der von der FinanzKommission Gesundheit empfohlenen Maßnahmen in Höhe von insgesamt 42,3 Mrd. € für das Jahr 2027 beziehungsweise 63,9 Mrd. € für das Jahr 2030 übersteigt die prognostizierte Deckungslücke bei Weitem. Damit besteht sogar die Chance, die Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung zu senken. Dafür muss die Politik nun aber rasch und mutig handeln und sich nicht von den erwartbaren Widerständen abhalten lassen.

Natürlich ist es legitim, wenn die Politik bei Vorliegen berechtigter Einwände nicht jede der vorgeschlagenen Maßnahmen vollumfänglich umsetzt. In jedem Fall sollte aber der deutlich überwiegende Teil der Vorschläge aufgegriffen werden. Zudem sollten beim Verzicht auf die Umsetzung einzelner Vorschläge dafür möglichst andere, wirkungsgleiche Maßnahmen ergänzt werden.

Als wesentliche Ursachen für die bestehenden Finanzierungsprobleme hat die Kommission die hohe Ausgabendynamik in den Leistungsbereichen identifiziert. Dies belegt einmal mehr, dass die gesetzliche Krankenversicherung ein Ausgaben- und kein Einnahmenproblem hat. Vor diesem Hintergrund sollten vor allem die Maßnahmen, die zu einer Begrenzung der Ausgaben führen, möglichst vollständig umgesetzt werden.

Unverändert umgesetzt werden sollten die von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen zur

- **Einführung eines Ausgabenmoratoriums** (Vorschläge Nr. 1, 24, 43, 45).
- **Konzentration der Versorgung auf Leistungen, deren Nutzen nachgewiesen ist und die wirtschaftlich erbracht werden** (Vorschläge Nr. 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 31, 32, 36, 38, 42, 48, 58).
- **Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden in der GKV** (Vorschlag Nr. 62).
- **Stärkung des Wettbewerbs** (Vorschläge Nr. 39, 41, 44, 47).
- **Streichung der vollständigen Tarifierfinanzierung und Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten** (Vorschläge Nr. 26, 27, 28, 34, 57).

- **Begrenzung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen** (Vorschlag Nr. 59).

Ergänzungen bzw. leichter Korrekturen bedarf es bei den Maßnahmen zur

- **Stärkung der Eigenverantwortung** der Versicherten (Vorschlag Nr. 2, Nr. 48).
- **Begrenzung des Fehlverhaltens** im Gesundheitswesen (Vorschläge Nr.17, 29, 30, 33, 35).
- **Begrenzung der Kosten im Arzneimittelbereich** (Vorschlag Nr. 37).
- **Begrenzung der Ausgaben für das Krankengeld** (Vorschläge Nr. 50 und 51).
- **Abschaffung der beitragsfreien Ehegattenversicherung** (Vorschlag Nr. 60).
- **Dynamisierung des Bundeszuschusses** (Vorschlag Nr. 63).

Nicht bzw. nicht prioritär verfolgt werden sollten Maßnahmen zur

- **Einführung eines Teilkrankengeldes** (Vorschlag Nr.49).
- **weiteren Erhöhung der Abgabenbelastung bei Minijobs** (Vorschlag Nr. 61).
- **Förderung der Prävention durch Lenkungssteuern** (Vorschläge Nr. 64, 65, 66).

Dass kein Zögern und Abwarten möglich, sondern vielmehr rasch mutige Reformen geboten sind, machen die Analysen und Prognosen der FinanzKommission Gesundheit ganz deutlich: Die Prognose der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung bis 2030 zeigt, dass zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes auf dem aktuellen Niveau von 2,9 % bereits im Jahr 2027 eine Deckungslücke von 15,3 Mrd. € geschlossen werden muss. In den Folgejahren steigt diese Lücke dynamisch an und erreicht im Jahr 2030 ein Volumen von 40,4 Mrd. €. Ohne Reformen würde der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz schon im Jahr 2027 3,7 % erreichen und in den Folgejahren über 3,9 % im Jahr 2028 und 4,4 % im Jahr 2029 auf 4,7 % im Jahr 2030 ansteigen.

Die von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen bewegen sich darüber hinaus in einem verfassungsrechtlichen und ethischen Rahmen, der sowohl staatliche Schutzpflichten markiert als auch ethische Orientierung für den Umgang mit Zielkonflikten unter Bedingungen begrenzter Ressourcen bietet. Alle der insgesamt 66 Empfehlungen wurden von der Kommission zudem hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung beziehungsweise Steuerungseffekte, Zugang oder Verteilungsgerechtigkeit untersucht und bewertet. Mehr als 96 % der von der Kommission vorgeschlagenen Entlastungswirkung lässt sich mit Maßnahmen erreichen, die keine oder sogar positive Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, den Zugang oder die Verteilungsgerechtigkeit haben. Somit sind weitreichende Reformen, die verfassungsrechtlich zulässig, ethisch vertretbar und nach gängigen Maßstäben als sozial ausgewogen gelten dürfen, möglich.

Im Einzelnen

I. Vorschläge, die uneingeschränkt umgesetzt werden sollten

Ausgabenmoratorium einführen (Vorschläge Nr. 1, 24, 43, 45)

Mit den zahlreichen Vorschlägen zur globalen Begrenzung der Vergütungsanstiege greift die Finanzkommission Gesundheit einen BDA-Vorschlag für ein Ausgabenmoratorium auf. Kurzfristig müssen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung strikt an die tatsächlich vorhandenen Einnahmen gebunden werden. Preis- und Honorarsteigerungen dürfen nur in dem Maße erfolgen, wie sie durch die aktuellen Beitragseinnahmen gedeckt sind, um eine Beitragssatzstabilität zu gewährleisten. Zudem muss auf weitere Leistungsausweitungen verzichtet werden. Das Moratorium sollte so lange greifen, bis durch weitreichende Strukturreformen eine nachhaltige Balance zwischen Einnahmen und Ausgaben hergestellt ist, um die finanzielle Tragfähigkeit der GKV dauerhaft zu sichern. Deshalb ist der Vorschlag der Kommission, wonach die jährlichen Vergütungsanstiege in allen Dienstleistungsbereichen der Gesundheitsversorgung sowie in der Verwaltung auf die tatsächlichen Kostensteigerungen im jeweiligen Bereich oder auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V (Grundlohnrate) begrenzt werden soll und dieser Mechanismus analog auch für Produktmärkte der Gesundheitsversorgung gelten soll, richtig. Dies kann jedoch nur ein erster Schritt sein. Denn ein Ausgabenmoratorium allein ist aufgrund der demografischen Entwicklung nicht ausreichend, um einen weiteren Beitragssatzanstieg zu verhindern¹.

Versorgung auf Leistungen konzentrieren, deren Nutzen nachgewiesen ist und die wirtschaftlich erbracht werden (Vorschläge Nr. 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 31, 32, 36, 38, 42, 48, 58)

Mit der nachdrücklichen Empfehlung, den Grundsatz der evidenzbasierten Medizin konsequent und über alle Leistungsbereiche der GKV hinweg zu stärken und Leistungen ohne nachgewiesenen Nutzen grundsätzlich nicht aus Mitteln der solidarischen Krankenversicherung – auch in Bezug auf Satzungs- und Ermessensleistungen – zu finanzieren, greift die Finanzkommission Gesundheit eine wichtige BDA-Forderung zur Konzentration der GKV-Leistungen auf eine Basissicherung auf. Die in diesem Zusammenhang gemachten konkreten Vorschläge der Kommission (z. B. Streichung der Leistung des anlasslosen Hautkrebsscreenings) sollten umgesetzt werden. Dies trägt zur Hebung der erheblichen Effizienzreserven und dem Abbau von Über- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen bei.

Darüber hinaus muss in einem nächsten Schritt dafür gesorgt werden, dass die Versorgung in der GKV auch grundsätzlich und strukturiert auf Leistungen konzentriert wird, deren Nutzen nachgewiesen ist und die wirtschaftlich erbracht werden. Zur Definition einer solchen Basissicherung sollten bestehende Strukturen wie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) genutzt werden. Nach erfolgter (positiver) Nutzenbewertung müssen die medizinischen

¹ Pimpertz (2025): Reicht ein Ausgabenmoratorium zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung? Eine kontrafaktische Simulation. IW-Trends 3/2025. <https://www.iwkoeln.de/studien/jochen-pimpertz-reicht-ein-ausgabenmoratorium-zur-stabilisierung-des-beitragssatzes-zur-gesetzlichen-krankenversicherung-eine-kontrafaktische-simulation.html>. [Letzter Abruf: 6. April 2026].

Leistungen durchgängig auf Wirtschaftlichkeit anhand von Kosten-Nutzen-Analysen überprüft werden. Nur Leistungen, die einen (Zusatz-)Nutzen aufweisen, der in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten steht, dürfen in den Leistungskatalog aufgenommen werden bzw. im Katalog verbleiben. Dies muss für alle GKV-Leistungen gelten.

Beiträge des Bundes für Bürgergeldbeziehende kostendeckend gestalten (Vorschlag Nr. 62)

Mit dem Vorschlag zur Steuerfinanzierung auskömmlicher Beiträge für Bürgergeldbeziehende greift die FinanzKommission Gesundheit eine zentrale BDA-Forderung zu einer sachgerechten Finanzierungsverantwortung im Gesundheitsbereich auf. Die bisher vom Bund an die GKV gezahlten Pauschalen für Bürgergeldbeziehende sind nicht kostendeckend, so dass im Ergebnis die Beitragszahlenden belastet werden. Dabei ist die Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes von Bürgergeldbeziehenden eine versicherungsfremde Leistung, die ordnungspolitisch korrekt vollständig aus Steuermitteln finanziert werden muss.

Wettbewerb stärken (Vorschläge Nr. 39, 41, 44, 47)

Die Stärkung des Vertragswettbewerbs, z. B. durch Ausschreibungen und Selektivverträge, ist richtig und greift eine wichtige BDA-Forderung zur Stärkung des Wettbewerbs auf. Selektivverträge und Ausschreibungen können zur Hebung von Effizienzreserven beitragen. Die jetzt im ersten Bericht der FinanzKommission erfolgte Fokussierung der Vorschläge auf kurzfristig wirksame Maßnahmen ist sinnvoll. Der zweite Bericht der Kommission, mit dem bis Ende 2026 Empfehlungen für mittel- und langfristig wirksame Strukturreformen vorgelegt werden sollen, sollte jedoch deutlich darüber hinausgehen und generell die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringenden sowie zwischen den Krankenkassen und Versicherten so weit wie möglich dem Vertragswettbewerb überlassen. Der Ausbau von Wettbewerbselementen ist eines der wirksamsten Mittel, um überall in Deutschland eine qualitativ gute und bezahlbare medizinische Versorgung zu sichern.

Vollständige Tarifrefinanzierung und Wiedereingliederung Pflegepersonalkosten streichen (Vorschläge Nr. 26, 27, 28, 34, 57)

Die Vorschläge zur Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in die Fallpauschalen sowie die Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung greifen BDA-Forderungen auf. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen hat seit 2020 zu einem Anstieg der Ausgaben für diesen Ausgabenbereich um rund 67 % geführt und damit die GKV-Ausgaben nach oben getrieben, während sich der Pflegebedarf auf bettenführenden Stationen in diesem Zeitraum kaum erhöht hat und sich auch keine positiven Versorgungseffekte ergeben haben. Zudem hat die Ausgliederung zu Unwuchten zwischen der Personalausstattung in den Kliniken auf der einen und den Pflegeheimen sowie Pflegediensten auf der anderen Seite geführt. Deshalb ist eine vollständige Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten sowie ein verpflichtender Nachweis der vollständigen, bestimmungsgemäßen Verwendung der in den DRGs enthaltenen Anteile für Pflege richtig. Fallpauschalen bieten grundsätzlich richtige Anreize zur effizienten Versorgung, denn damit wird nur für den für eine Leistung erforderlichen Aufwand bezahlt.

Auch die Streichung der derzeit vollständigen Tarifrefinanzierung ist sinnvoll und erforderlich. Die vollständige Tarifrefinanzierung widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot und verursacht ungerechtfertigte Kosten, da die Tarifentwicklung bereits durch bestehende Vergütungsinstrumente hinreichend berücksichtigt wird. Eine vollständige Tariflohnrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen führt dazu, dass Tarifsteigerungen in allen Beschäftigtengruppen zulasten Dritter ausgehandelt werden. Wenn keiner der Verhandlungspartner für die finanziellen Folgen der Verhandlungsergebnisse aufkommen muss, wird das Konzept der Lohnfindung durch Tarifverhandlungen ad absurdum geführt. Ein solcher Freibrief kann nicht zu sachgerechten Ergebnissen führen. Zudem nimmt eine vollständige Refinanzierung nicht nur den Tarifvertragsparteien jeglichen Anreiz zu einem maßvollen Aushandeln von Lohnsteigerungen, sondern auch dem einzelnen Krankenhaus jeglichen Anreiz zum effizienten Personal- und Ressourceneinsatz. Darüber hinaus schafft sie aufgrund der zukünftigen Tarifentwicklungen noch gar nicht absehbare Mehrbelastungen für die gesetzliche Krankenversicherung, von denen die Versicherten nicht einmal einen unmittelbaren Nutzen haben.

Verwaltungsausgaben der Krankenkassen begrenzen (Vorschlag Nr. 59)

Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sind zwar im Verhältnis zu den Leistungsausgaben niedrig, in ihrer absoluten Höhe mit 13,3 Mrd. € (2025) aber erheblich und es bestehen durchaus Effizienzpotenziale. Daher ist die von der Finanzkommission vorgeschlagene Halbierung der Werbeausgaben-Obergrenze der Krankenkasse ein Schritt in die richtige Richtung. Mit dem Entwurf einer Krankenkassen-Werbemaßnahmen-Verordnung aus dem Jahr 2020 wurde bereits schon einmal ein entsprechender Vorstoß gemacht, der jedoch nicht weiterverfolgt wurde. Krankenkassen sollten Geld grundsätzlich nur für sachbezogene Werbung ausgeben, die wirklich den Wettbewerb steigert und nicht für „Bandenwerbung“ etc. Solche Werbung kostet nicht nur Beitragsfelder, sondern konterkariert auch den gewünschten Wettbewerb um Preise und Qualität. In ihrem zweiten Bericht, der Strukturformen vorschlagen soll, sollte die Finanzkommission weitere Vorschläge zur Begrenzung von Verwaltungskosten vorlegen. Die Arbeitgeber haben entsprechende Vorschläge für eine effiziente Organisation der Sozialversicherungsträger bereits vorgelegt².

II. Vorschläge, die in modifizierter Form umgesetzt werden sollten

Eigenverantwortung der Versicherten stärken (Vorschläge Nr. 2 und Nr. 48)

Die Eigenverantwortung der Versicherten muss gestärkt werden. Versicherte können so zu einem wirtschaftlichen Verhalten, zu Kostenverantwortung und zu einem gesundheitsbewussten Verhalten motiviert werden. Zu diesem Ziel leistet der Vorschlag der Finanzkommission Gesundheit zur Erhöhung der Zuzahlungsbegrenzungen um 50 % (Mindestbetrag von 5 € auf 7,50 €; Höchstbetrag von 10 € auf 15 €) sowie eine Dynamisierung der Zuzahlungen mit der Grundlohnrate einen Beitrag und greift eine BDA-Forderung auf. Die derzeit geltenden Zuzahlungen bzw. deren Mindest- (5,00 €) und Höchstbeträge (10,00 €) sind seit dem 1. Januar 2004 konstant und wurden seither der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung nicht angepasst. Eine Anpassung und Dynamisierung ist notwendig, um die ursprüngliche Bedeutung dieser Zuzahlungen wieder herzustellen und auch künftig zu erhalten. Auch die Einführung einer Zuzahlung zu

² BDA (2025): Sozialversicherungsträger effizient organisieren und Soziale Selbstverwaltung stärken, <https://arbeitsgeber.de/themen/sozialpolitik-und-soziale-sicherung/soziale-selbstverwaltung/>. [Letzter Abruf: 6. April 2026].

Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) ist vor dem Hintergrund der verantwortungsvollen Inanspruchnahme richtig.

Um die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken, sollten jedoch darüber hinaus folgende weitere kurzfristig umsetzbare Maßnahmen ergriffen werden:

- **Belastungsgrenze anheben:** Die heute geltende Belastungsobergrenze für Selbstbeteiligungen sollte von 2 auf 3 % der jährlichen Bruttoeinnahmen angehoben werden. Eine solche Belastungsgrenze reicht aus, um eine Überforderung des Einzelnen zu verhindern und gewährleistet, dass auch im späteren Verlauf eines Jahres noch die gewünschte Steuerungswirkung der Zuzahlungsregelungen gegeben ist.
- **Kostentransparenz herstellen:** Damit die Versicherten die Leistungen bewusst in Anspruch nehmen und die abgerechneten ärztlichen Leistungen überprüfen können, müssen unterstützend auch Transparenz und Information der Versicherten erhöht werden. Deshalb sollten die Versicherten bei Leistungsanspruchnahme automatisch und nicht nur auf Anfrage eine Aufstellung aller Leistungen und Kosten in übersichtlicher Form (Patientenquittung nach § 305 SGB V) erhalten. Die Patientenquittung sollte automatisch in die ePA eingestellt werden. Damit ist auch kein zusätzlicher Bürokratieaufwand verbunden. Zudem sollte jede Krankenkasse die Wahl haben, vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip umzustellen. Das würde die bewusste Leistungsanspruchnahme durch die Versicherten weiter fördern.
- **Kontaktgebühr bei Arztbesuchen einführen:** Arztbesuche sollten nicht länger von Selbstbeteiligungen ausgenommen bleiben. Dies gilt ganz besonders, weil Selbstbeteiligungen bei Arztbesuchen Anreize zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten, also Steuerungswirkung, entfalten können. Eine Kontaktgebühr bei jedem Arztkontakt/Ambulanzkontakt würde eine bessere Steuerungswirkung entfalten als die bis Ende 2012 erhobene Praxisgebühr von 10 €, die bei Arztbesuchen einmalig im Quartal anfiel. Ihre Abschaffung war ein Fehler. Sie hat die Krankenkassen und damit die Beitragszahlenden mit rund 2 Mrd. € zusätzlich entlastet. Die Praxisgebühr hätte jedoch weiterentwickelt werden müssen, da sie in der alten Form nicht ihre optimale Steuerungswirkung entfalten konnte. Mit einer bei jedem Arztkontakt/Ambulanzkontakt erhobenen Kontaktgebühr ließe sich sowohl eine – moderate – Ausweitung der Selbstbeteiligung als auch eine gegenüber der Praxisgebühr verbesserte Steuerung erreichen. Die Zahl unnötiger Arztbesuche und „Ärzte-Hopping“ könnte vermieden und damit Wartezeiten verkürzt und Praxen entlastet werden. Die Finanzkommission Gesundheit hat – trotz einer grundsätzlich positiven Bewertung der Kontaktgebühr – vor dem Hintergrund der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems und einer umfassenden Reform der Notfallversorgung von einem Vorschlag zu einer Kontaktgebühr abgesehen, da sie es derzeit als verfrüht und nicht als sachgerecht ansieht, eine konkrete Empfehlung für oder gegen die Einführung einer Kontaktgebühr auszusprechen. Nun ist aber auch sicherzustellen, dass sowohl bei der Reform der Notfallversorgung als auch bei der Einführung eines Primärversorgungssystems wirksame Steuerungsmechanismen und finanzielle Anreize für eine wirtschaftliche

Inanspruchnahme von Leistungen vorgesehen werden. Die Vorschläge der Arbeitgeber für ein Primärversorgungsmodell und eine Reform der Notfallversorgung liegen vor³.

Fehlverhalten im Gesundheitswesen begrenzen (Vorschläge Nr.17, 29, 30, 33, 35)

Die Abschaffung des quartalsbezogenen Prüfquotensystems für Krankenhausabrechnungen ist, ebenso wie die im gleichen Zusammenhang stehende Erweiterung des Prüfauftrags der Medizinischen Dienste, Aufnahme des Vorhaltebudgets in den Prüfumfang und Erweiterung der Fallzusammenlegung richtig und greift einen BDA-Vorschlag auf. Krankenhausabrechnungen müssen uneingeschränkt überprüfbar sein. Es darf nicht länger zugelassen werden, dass die Krankenkassen ungeprüfte Krankenhausabrechnungen bezahlen müssen und die Beitragszahlenden dadurch belastet werden.

Ebenfalls richtig ist das Verbot der Selbstzuweisung von Laborleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Diese schafft ökonomische Fehlanreize zur nicht sachgerechten Ausweitung der Leistungsmenge.

Weiter erforderlich sind folgende Maßnahmen:

- Das Verbot der Selbstzuweisung sollte auch für die Radiologie gelten, um die selbstzuweisende Teilgebietsradiologie (z. B. Orthopädie und Kardiologie in das MRT) zu unterbinden. Hier tritt die gleiche Problematik auf wie bei Laborleistungen.
- Zur Begrenzung des Leistungsmissbrauchs in der gesetzlichen Krankenversicherung müssen die notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit Krankenkassen über Kassen- und Ländergrenzen hinweg Daten austauschen und KI anwenden können. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbands verursachte das Fehlverhalten in den Jahren 2022 und 2023 einen Schaden von über 200 Mio. € (z. B. durch Abrechnungsmanipulationen), aber selbst dies ist nur die Spitze des Eisbergs, da von einem sehr hohen Dunkelfeld auszugehen ist.
- Es bedarf dringend der Festlegung von verbindlichen und einheitlichen Behandlungspfaden (evidenzbasiert, nutzenbewertet und wirtschaftlich) z. B. nach dem Vorbild der verbindlichen Priorisierungsleitlinien in Schweden. Dies sorgt für eine effiziente Versorgung und trägt dazu bei, dass Patientinnen und Patienten nur die Leistungen (z. B. auch Laborleistungen und radiologische Leistungen) und auch nur in der notwendigen Frequenz erhalten, die medizinisch tatsächlich notwendig sowie evidenz- und nutzenbasiert sind. Die Festlegung zur Entwicklung solcher Behandlungspfade durch die Selbstverwaltung (G-BA) sowie deren zwingende Einhaltung sollte im Rahmen der Reformen zu einer Primärversorgung erfolgen.

³ BDA (2025): Vorschläge der Arbeitgeber für eine Gesundheitsreform 2026, S.6 f. https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/bda-arbeitgeber-positionspapier-vorschlaege-der-arbeitgeber-fuer-eine-gesundheitsreform-2025_10_20.pdf. [Letzter Abruf: 9. April 2026].

Ausgaben im Arzneimittelbereich begrenzen (Vorschlag Nr. 37)

Im Zuge der angestrebten Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik ist es konsequent, auch den Arzneimittelbereich einzubeziehen. Mit der geplanten Dynamisierung des Herstellerabschlags sehen die Kommissionsempfehlungen hierzu auch eine Maßnahme vor, die hierzu jedenfalls als kurzfristiges Element zur Ausgabenbegrenzung geeignet ist.

- Nicht sinnvoll ist hingegen, den Herstellerrabatt auch noch zu verdoppeln. Zum einen würde der Arzneimittelbereich damit überproportional belastet, da in anderen Ausgabenbereichen wie der ärztlichen Vergütung nur der Kostenanstieg begrenzt werden soll, aber keine Ausgabenkürzungen geplant sind. Zum anderen ist der Herstellerrabatt ein äußerst problematischer staatlicher Eingriff in die Preisgestaltung. Er belastet Hersteller z. B. unabhängig davon, ob sich der Verkauf des jeweiligen Arzneimittels bei abgesenktem Preis für sie noch lohnt bzw. ob sie bei abgesenkten Preisen fortbestehen können. Zudem wird dadurch das Vertrauen gefährdet, ob Arzneimittel in Deutschland nach der Markteinführung auch noch angemessen vergütet werden, wenn Preise jederzeit durch staatlichen Eingriff gesenkt werden können. Anstatt staatlicher Eingriffe in die Preisbildung ist es vielmehr notwendig, den Wettbewerb im Arzneimittelbereich über Preisverhandlungen, Ausschreibungen etc. zu fördern. Alle diesbezüglichen Vorschläge der Kommission sind deshalb richtig und gegenüber einem Herstellerrabatt vorzugswürdig.
- Notwendig wäre dagegen eine Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel (wie auch auf Heilmittel) auf den reduzierten Satz (7 %). EU-weit erhebt Deutschland mit den höchsten Steuersatz auf Arzneimittel. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum (lebens-)notwendige Arzneimittel höher besteuert werden als z. B. Süßigkeiten oder Katzenfutter, für die der reduzierte Mehrwertsteuersatz gilt.

Ausgaben für Krankengeld begrenzen (Vorschläge Nr. 50 und 51)

Richtig ist, dass die hohen Ausgaben für das Krankengeld, z. B. durch Begrenzung der Krankengeldbezugsdauer, Absenkung des Krankengeldzahlbetrages, die Neuregelung der Mitwirkungspflichten und ein Krankengeldfallmanagement, eine Anpassung des Krankengeldes auf die Höhe des Arbeitslosengeldes bei Ende der Beschäftigung, angegangen werden sollen. Wie die Analyse der Finanzkommission Gesundheit zeigt, gab es seit dem Jahr 2015 im Bereich des Krankengeldes ein überproportionales Wachstum. Die aktuellen Prognosen gehen von einer Fortsetzung des jährlichen Wachstums für die nächsten Jahre aus. Zudem bietet Deutschland mit die großzügigste Absicherung im Krankheitsfall, Sowohl in Bezug auf die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall als auch beim Krankengeld und jeweils auch in Bezug auf die Dauer und Höhe der jeweiligen Leistungen. Bei allen Maßnahmen ist jedoch die Wirkung auf die betriebliche Praxis in den Blick zu nehmen. In jedem Fall bedarf es bei allen Änderungen beim Krankengeld eines ausreichenden zeitlichen Vorlaufs (z. B. ein Jahr Abstand zwischen Beschlussfassung und Inkrafttreten), damit bestehende tarifliche oder betriebliche Zuschussregelungen zum Krankengeld bis zum Inkrafttreten angepasst werden können.

Allerdings gehen die Maßnahmen nicht weit genug und sollten wie folgt modifiziert werden:

- **Krankengeld auf maximal 52 Wochen begrenzen:** Die vorgeschlagene Begrenzung auf 78 Wochen geht nicht weit genug. Die maximale Bezugsdauer des Krankengeldes von bis zu 78 Wochen sollte auf maximal 52 Wochen begrenzt werden. Die Leistungsdauer für Krankengeld ist in Deutschland deutlich länger als in den übrigen europäischen Ländern. Dort beträgt die Dauer der Leistungen im Krankheitsfall oftmals 52 Wochen oder weniger. Eine Befristung auf 52 Wochen ist auch sachgerecht, weil im Falle einer über ein Jahr währenden Krankheit eine zumindest vorübergehend verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt. Die Absicherung dieses Risikos ist jedoch nicht Aufgabe der Krankenversicherung, sondern der Rentenversicherung (Erwerbsminderungsrente). Zudem besteht beim Bezug einer Erwerbsminderungsrente eine größere Chance, dass Betroffene zu einer Reha-Maßnahme bereit sind, weil sie in diesem Fall vom höheren Übergangsgeld profitieren.
- **Krankengeld generell bei Rentenbezug ausschließen:** Ebenfalls angepasst werden sollte der Vorschlag der Kommission zum Anspruch auf Krankengeld bei Teilrente. Die Kommission schlägt vor, dass ein Anspruch auf Krankengeld nur bestehen soll, wenn eine Teilrente von weniger als zwei Dritteln der Vollrente bezogen wird. Bei der Beschäftigung von Rentenbeziehenden – vor und nach der Regelaltersgrenze – sollte hingegen generell kein Anspruch auf Krankengeld bestehen. Bisher gilt dies nur für Vollrentner. Künftig sollte die gleiche Regelung auch auf Teilrentner Anwendung finden, da sie ebenfalls bei einer länger anhaltenden Erkrankung über ihre Rente abgesichert sind und jederzeit problemlos und auch ganz kurzfristig in eine Vollrente wechseln können, wenn ihnen die Teilrente nicht ausreicht. Aufgrund der weggefallenen Hinzuverdienstgrenzen könnten sie dennoch nach der Genesung wieder unbegrenzt zur Rente hinzuverdienen, ohne eine Kürzung ihrer Rente befürchten zu müssen.

Beitragsfreie Ehegattenversicherung abschaffen – Beitragsfreiheit auf Zeiten des Elterngeldbezugs beschränken (Vorschlag Nr. 60)

Der Vorschlag zur weitgehenden Abschaffung der – international unüblichen – beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten ist zu begrüßen. Hierdurch wird eine versicherungsfremde Leistung der Krankenversicherung wesentlich reduziert. Zudem werden auf diese Weise positive Arbeitsanreize gesetzt, weil es sich damit für bislang nicht erwerbstätige Ehegatten deutlich mehr als bislang lohnt zu arbeiten. Der Nettovorteil bei einer Beschäftigungsaufnahme steigt dann zusätzlich in der Höhe des Beitrags, den nichterwerbstätige Ehegatten als Krankenversicherungsbeitrag zahlen müssen.

Richtig ist jedoch, dass Eltern während des Elterngeldbezugs (§ 224 SGB V) weiter beitragsfrei versichert sein sollen. Für diese Zeit hat der Gesetzgeber mit dem Elterngeld eine Entgeltersatzleistung vorgesehen, die es ermöglichen soll, nach der Geburt eines Kindes auf eine Erwerbstätigkeit zu verzichten. Insofern ist es auch konsequent, wenn nicht erwerbstätige Eltern in dieser Zeit keinen Krankenversicherungsbeitrag zahlen müssen.

Die darüber hinaus vorgesehenen Ausnahmen gehen allerdings zu weit:

- Der Vorschlag, Ehegatten mit bis zu 6-jährigen Kindern von einer Beitragspflicht auszunehmen, bedeutet eine nicht gerechtfertigte Begünstigung von verheirateten Eltern. Schließlich müssen unverheiratete, geschiedene oder verwitwete Eltern grundsätzlich auch einen Krankenkassenbeitrag zahlen. Zudem würden mit einer entsprechend weitreichenden Ausnahme alle staatlichen Anstrengungen, geburtsbedingte Erwerbsunterbrechungen zeitlich zu begrenzen (z. B. durch den Ausbau der Kinderbetreuung oder die zeitliche Begrenzung des Elterngeldes auf grundsätzlich ein Jahr) konterkariert, wenn Nichterwerbstätigkeit bis zum vollendeten 6. Lebensjahr eines Kindes begünstigt würde. Falls dennoch die Begünstigung von Ehegatten mit bis zu 6-jährigen Kindern gewollt ist, dann müsste hierfür jedenfalls eine Steuerfinanzierung vorgesehen werden, weil die Finanzierung von Krankenversicherungsschutz von Nichtmitgliedern keine Aufgabe der Mitglieder einer Krankenversicherung und ihrer Arbeitgeber ist.
- Ebenso wenig überzeugend ist die vorgeschlagene Beibehaltung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten nach der Regelaltersgrenze. Das Argument, dass für diese Personen die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung schwierig sein dürfte, überzeugt nicht. Dies gilt für viele andere Bürger nach Erreichen der Regelaltersgrenze auch, die aber dennoch einen Beitrag zur Krankenversicherung zahlen müssen. Vor dem Hintergrund, dass das Haushaltsnettoeinkommen von älteren Paaren im Durchschnitt bei rund 4.000 € im Monat liegt⁴, lässt sich auch kaum behaupten, dass ein eigener Krankenversicherungsbeitrag grundsätzlich unzumutbar wäre. Auch hier gilt: Falls dennoch eine Begünstigung von Ehegatten nach der Regelaltersgrenze gewollt ist, dann müsste hierfür eine Steuerfinanzierung vorgesehen werden, weil die Finanzierung von Krankenversicherungsschutz von Nichtmitgliedern keine Aufgabe der Mitglieder einer Krankenversicherung und ihrer Arbeitgeber ist.

Das Gleiche gilt für Vorschläge, Ehegatten unter anderen Voraussetzungen (wie z. B. bei Pflege von Angehörigen) weiter beitragsfrei zu versichern. Wenn eine beitragsfreie Versicherung von Nichtmitgliedern gewollt ist, dann ist es dies nicht die Aufgabe der Mitglieder der Krankenversicherung und ihrer Arbeitgeber für die damit verbundenen Kosten einzustehen. Die dafür entstehenden Kosten müssten dann aus Steuermitteln bereitgestellt werden.

Bundeszuschuss nicht nur für die Zukunft dynamisieren (Vorschlag Nr. 63)

Der Vorschlag den Bundeszuschuss an die GKV künftig zu dynamisieren, ist zu begrüßen. Er geht jedoch nicht weit genug, schließlich liegt die Höhe des Bundeszuschusses mit 14,5 Mrd. € heute noch nahezu auf dem gleichen Niveau wie im Jahr 2012. Dabei hat sich die Höhe der versicherungsfremden Leistungen, die er abgelten soll, seitdem dynamisch weiterentwickelt. Deshalb sollte der Bundeszuschuss künftig in der Höhe geleistet werden, wie er bei einer bereits seit 2012 erfolgten Dynamisierung läge.

⁴ BMAS (2024): Alterssicherungsbericht 2024, S. 85. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rente/alterssicherungsbericht-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=3. [Letzter Abruf: 9. April 2026]. Gemäß des Alterssicherungsberichts betrug im Jahr 2023 das Haushaltsnettoeinkommen von Paarhaushalten im Alter ab 65 Jahren 3.759 € im Monat. Unter Berücksichtigung der zwischenzeitlichen Renten- und Einkommenssteigerungen dürften es derzeit rund 4.000 € sein.

III. Vorschläge, die nicht bzw. nicht prioritär umgesetzt werden sollten

Teilkrankengeld zurückstellen (Vorschlag Nr. 49)

Die Einführung eines Teilkrankengeldes sollte mit Blick auf die erheblichen damit verbundenen Auswirkungen auf die betriebliche Praxis zunächst auf ihre möglichen Auswirkungen überprüft und ausgetestet werden. Im positiven Fall könnte ein Teilkrankengeld dazu führen, dass Beschäftigte dadurch mit reduzierter Arbeitszeit früher an den Arbeitsplatz zurückkehren und die Wiedereingliederungschancen erhöhen. Genauso möglich ist jedoch, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten verlängert werden, weil Beschäftigte künftig nicht gleich vollständig, sondern nur stundenweise wieder mit dem Arbeiten anfangen. Fraglich ist zudem, inwieweit nicht voll arbeitsfähige Beschäftigte im Einzelfall in Betrieben beschäftigt werden können und dürfen. Hierbei stellen sich viele Fragen, auch mit Blick auf die (Arbeits-)Sicherheit. Diese sollten nicht im Rahmen einer notwendigerweise sehr zeitnah zu beschließenden Reform diskutiert werden, sondern bedürfen einer vertieften Befassung.

Im Vergleich zu den zahlreichen anderen Maßnahmen, die zur Begrenzung der stark gestiegenen Krankengeldaufwendungen vorgeschlagen wurden, ist die Einführung eines Teilkrankengeldes ohnehin nicht vorrangig. Zur Begrenzung der Lohnzusatzkosten deutlich wichtiger ist eine Begrenzung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Mit 82 Mrd. € (2024) beliefen sich ihre Kosten zuletzt auf rund das Vierfache(!) der Aufwendungen des Krankengeldes. Sie ist die teuerste allein von den Arbeitgebern finanzierte Sozialleistung. Ein Gegensteuern bei der Entgeltfortzahlung ist daher vordringlich. Notwendig sind Maßnahmen zur Missbrauchsbekämpfung, zur Kostensenkung und zur Bürokratieentlastung⁵.

Abgabenbelastung bei Minijobs nicht noch weiter erhöhen (Vorschlag Nr. 61)

Die vorgeschlagene Anhebung des Beitragssatzes zur GKV bei Minijobs auf die Höhe des ermäßigten Beitragssatzes zzgl. des durchschnittlichen Zusatzbeitrages sollte unterbleiben. Hierdurch würden keine Ausgaben der GKV gespart, sondern lediglich sonst von Arbeitgebern und Beschäftigten paritätisch finanzierte Beiträge auf die Arbeitgeber abgewälzt. Dabei zahlen die Arbeitgeber ohnehin insgesamt höhere Krankenversicherungsbeiträge als die Beschäftigten, weil sie für Beschäftigtengruppen wie Mini- und Midijobbende höhere oder sogar alle Beiträge zahlen. Die vorgeschlagene Beitragsmehrbelastung würde die Kosten für Minijobs und voraussichtlich auch in der Folge für Midijobs für Arbeitgeber deutlich verteuern (Anstieg der Abgaben für Minijobs von 31,17 % auf 35,07 %). Branchen, die besonders auf den Einsatz von Minijobbern angewiesen sind, könnten die höheren Kosten oftmals gar nicht verkraften (vgl. zunehmende Betriebsaufgaben im Gastronomiebereich) oder müssten diese an die Kunden weitergeben, was z. B. im Bereich des Lebensmitteleinzelhandels zu sozial unerwünschten Wirkungen führen würde. Minijobs entsprechen in aller Regel den Wünschen der Beschäftigten und sorgen für Flexibilität am Arbeitsmarkt. Sie helfen gerade kleinen Unternehmen, in besonderen Situationen, z. B. bei einer ungewöhnlichen Lage der Arbeitszeit, besonderen Kundenwünschen oder bei schwankendem Arbeitsanfall, Beschäftigung

⁵ Alle Vorschläge finden sich im BDA-Positionspapier „Hohe Lohnfortzahlungskosten senken, Bürokratie abbauen“: https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/bda-positionspapier-forderungen-der-arbeitgeber-fuer-eine-zeitgemaesse-weiterentwicklung-der-lohnfortzahlung-im-krankheitsfall-barrierefrei-2026_03_09.pdf. [Letzter Abruf: 6. April 2026].

passgenau zu organisieren. Eine Umwandlung von Minijobs in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ist wegen ihres geringen zeitlichen Umfangs oftmals nicht möglich.

Einführung bzw. Erhöhung von Lenkungssteuern zweifelhaft

Die Finanzkommission Gesundheit stellt zurecht fest, dass ein erheblicher Teil der Ausgaben der GKV auf die Behandlung kostenintensiver nichtübertragbarer Erkrankungen wie Diabetes Typ 2, Adipositas und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, von denen viele im Zusammenhang mit verhaltensbezogenen Risikofaktoren stehen, entfallen. Deshalb ist es richtig, auch den Bereich der Prävention in den Blick zu nehmen.

Die vorgeschlagene Einführung bzw. Erhöhung von Lenkungssteuern sollte jedoch nicht prioritär verfolgt werden, u. a. aus folgenden Gründen:

- Die GKV hat – wie die Kommission selbst feststellt – kein Einnahmen-, sondern ein Ausgabenproblem. Jetzt neue Einnahmequellen für die GKV zu erschließen, hätte jedoch zur Folge, den Druck zu nehmen, die Ausgaben zu senken. Zudem wäre es sehr widersprüchlich, einerseits mit dem Anspruch von Prävention den Konsum bestimmter Produkte zu besteuern, andererseits jedoch die Finanzierung der GKV künftig davon abhängig zu machen, dass möglichst viele dieser Produkte konsumiert werden. Wenn überhaupt der Weg gegangen werden sollte, Lenkungssteuern zu erhöhen, um damit die GKV zu finanzieren, dann sollte dieser Weg erst *nach* und keinesfalls *vor* der Umsetzung ausgabenreduzierender Strukturreformen beschlossen werden. Ausgabenreduzierende Strukturreformen sind aber derzeit nur im rudimentären Umfang im vorgelegten Kommissionsbericht enthalten. Sie sind erst für den bis Ende 2026 vorgesehenen zweiten Kommissionsbericht vorgesehen. Daher ist eine Umsetzung nicht vor 2027 zu erwarten.
- Die Kommissionsvorschläge zur Erhöhung von Verbrauchssteuern sind inkonsequentes Stückwerk, das kaum den Ansprüchen an eine sachgerechte Besteuerung entspricht: Obwohl Alkohol in jedem Getränk gesundheitsschädlich ist, soll nur bei Spirituosen eine höhere Besteuerung erfolgen. Dagegen soll es z. B. dabei bleiben, dass es bei Wein – im Gegensatz zu allen anderen alkoholischen Getränken – gar keine Alkoholbesteuerung gibt. Dabei wird in Deutschland mehr Alkohol in Form von Wein als durch Spirituosen konsumiert, so dass hier – nimmt man den Präventionsanspruch ernst – mehr Bedarf bestünde. Unter Präventionsgesichtspunkten wäre ohnehin eine höhere Biersteuer am wirksamsten, weil in Deutschland am meisten Alkohol in Form von Bier konsumiert wird. Da die Biersteuer aber nicht an den Bund fließt und damit auch nicht an die GKV weitergeleitet werden kann, hat die Kommission hier keine Anhebung vorgeschlagen. Das zeigt jedoch, dass es bei dem Vorschlag vorrangig um neue Einnahmen für die GKV und nicht um Prävention gegangen sein dürfte. Auch die geplante Steuer auf zuckergesüßte Getränke überzeugt nicht, da Zucker bei hohem Konsum auch in anderen Lebensmitteln negative gesundheitliche Folgen haben kann – und in diesen dennoch weiter nur mit dem reduzierten Mehrwertsteuersatz von 7 % besteuert werden soll, z. B. in Bonbons, Milchreis oder Schokolade. Das Argument, dass zuckergesüßte Getränke ernährungsphysiologisch entbehrlich seien und wegen ihrer geringen Sättigungswirkung flüssigen Zuckers eine erhöhte Energieaufnahme förderten, gilt zudem z. B. auch für – ausdrücklich von den Vorschlägen ausgenommenen – Fruchtsäfte, obwohl sie z. T. sogar

noch deutlich mehr als 8g Zucker / 100ml haben können, was die Kommission als Schwellenwert für die höchste Stufe ihrer Zusatzsteuer ansetzen will.

- Zudem sind die Wirkungen von Lenkungssteuern keineswegs sicher. So konnte in Bezug auf eine Softdrinksteuer in Großbritannien z. B. überhaupt nur ein Effekt auf den Body-Mass-Index von Mädchen in der 6. Klasse nachgewiesen werden, der zudem sehr gering ist. Für alle anderen Altersgruppen sowie Jungen/Männer konnten gar keine Effekte nachgewiesen werden⁶. Lebensstiländerungen hingegen, wie z. B. die Integration von Bewegung in den Alltag, scheinen große Effekte sogar direkt auf die Lebenserwartung zu haben. Studien⁷ zeigen, dass schon 5 Minuten mehr Bewegung am Tag die Sterblichkeit um 6 % bis 10 % reduzieren können. Solch effektive Maßnahmen sollten also vor weniger effektiven Maßnahmen wie Verbrauchssteuern priorisiert werden.
- Besser als Lenkungssteuern einzuführen ist es, die gesundheitliche Eigenkompetenz zu fördern. Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Gesund zu bleiben und die Gesundheit zu stärken, ist ohne die eigene Mitwirkung, ohne eigenes Wollen nicht möglich. Eigenverantwortliches Handeln kann nicht durch Druck von außen ersetzt werden. Deshalb sollen Versicherte durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz sollte früh ansetzen, etwa in der schulischen Bildung, und durch qualitätsgesicherte, verständliche Gesundheitsinformationen in allen Lebensphasen unterstützt werden – etwa über vertrauenswürdige Online-Portale wie [gesund.bund.de](https://www.gesund.bund.de) oder durch leicht zugängliche Angebote der Krankenkassen, in Familienzentren, Schulen und kommunalen Einrichtungen. Bestehende Angebote müssen aufrechterhalten und konsequent verbessert werden. Zudem können geeignete Anreize zum gesundheitsbewussten Verhalten der Bevölkerung gesetzt werden.

⁶ Rogers et al. (2023): Associations between trajectories of obesity prevalence in English primary school children and the UK soft drinks industry levy: An interrupted time series analysis of surveillance data, <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1004160>. [Letzter Abruf: 9. April 2026].

⁷ Eklund et al. (2026): Deaths potentially averted by small changes in physical activity and sedentary time: an individual participant data meta-analysis of prospective cohort studies. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673625022196>. [Letzter Abruf: 9. April 2026].

Ansprechpartner:

BDA | Die Arbeitgeber.

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Abteilung Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.