

Gutachten
des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung

Regierungsentwurf eines GKV- Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG-RegE)

Entwurf der Bundesregierung zu einem Gesetz zur Stabilisierung der
Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 29. April 2026



8. Juni 2026

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung.....	7
1	Einleitung.....	11
2	Zuschuss für versicherungsfremde Leistungen an die GKV und Beiträge des Bundes zur Krankenversicherung für Grundsicherungsgeldbezieherinnen und -bezieher.....	12
2.1	Abgeltung versicherungsfremder Leistungen.....	12
2.2	Zuweisungen des Bundes an die GKV sollen insgesamt abgesenkt werden.....	13
2.3	Haushaltskonsolidierung auf Kosten der GKV.....	13
3	Bundesdarlehen	14
3.1	Mehrere Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds.....	14
3.2	Darlehensrückzahlung soll verschoben werden	15
3.3	Neue Rückzahlungsfristen verlagern finanzielle Probleme in die Zukunft	15
4	Neuregelungen zur extrabudgetären Vergütung	16
4.1	Derzeitiges Vergütungssystem: Budgetierte und unbudgetierte Leistungen.....	16
4.2	Bundesrechnungshof sah Ausgabenkontrolle zunehmend vernachlässigt	17
4.3	Ausgabenkontrolle soll wieder gestärkt werden.....	18
4.4	BWV sieht Verbesserungspotenzial.....	19
5	Gewährung von Krankengeld sowie Erweiterung der Mitwirkungspflichten	20
5.1	Anspruch auf Krankengeld	20
5.2	Teilarbeitsunfähigkeit, Teilkrankengeld und straffere Verfahren geplant	21
5.3	Langjährige Empfehlungen umsetzen.....	21
6	Prüfung von Krankenhausabrechnungen.....	23
6.1	Derzeitiges System der Abrechnungsprüfung	23
6.2	Änderung des Prüfquotensystems geplant	23
6.3	Wirksame Prüfung von Krankenhausabrechnungen stärken	24
7	Festbeträge für Hilfsmittel	26
7.1	Derzeitige Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel	26

7.2	Eigene Rechtsgrundlage für die Bestimmung von Festbeträgen geplant	26
7.3	Wirtschaftliche Versorgung durch Festbeträge sichern.....	26
8	Kieferorthopädische Behandlungen	28
8.1	Derzeit viele Behandlungen, hohe Ausgaben und unklare Ergebnisqualität	28
8.2	Umstellung auf Leistungskomplexe geplant	29
8.3	Patientensouveränität und Beratungskompetenz stärken.....	29
8.4	Versorgungsforschung in Überarbeitung der Kfo-RL einbeziehen	30
9	Homöopathische und anthroposophische Leistungen in der GKV	31
9.1	Bestehende Erstattungsfähigkeit	31
9.2	Erstattungsfähigkeit soll ausgeschlossen werden	32
9.3	Minderausgaben führen zu keinen nennenswerten Einsparungen.....	32
10	Refinanzierung von Tariflöhnen	32
10.1	Derzeit vollständige Refinanzierung von Tarifierhöhungen.....	32
10.2	Nur noch hälftige Refinanzierung geplant.....	32
10.3	Sinnvolle Maßnahme zur Förderung der Wirtschaftlichkeit.....	33
11	Strukturelle Reformen notwendig	33
12	Abschließende Bewertung durch den BWV	34

Abkürzungsverzeichnis

B

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*

BStabG-RegE *Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)*

BWV *Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung*

E

EBV *Extrabudgetäre Vergütung*

F

FKG *FinanzKommission Gesundheit*

FKG-Bericht *Bericht der FinanzKommission Gesundheit*

G

G-BA *Gemeinsamer Bundesausschuss*

GKV *Gesetzliche Krankenversicherung*

K

Kfo-RL *Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung (Kieferorthopädie-Richtlinien)*

KHEntgG *Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)*

KHVVG *Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz)*

KIG *Kieferorthopädische Indikationsgruppen*

Krankenkassen *Gesetzliche Krankenkassen*

KV *Kassenärztliche Vereinigung*

M

MDK-Reformgesetz *Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)*

MGV *Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung*

S

SGB V *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung*

T

TSVG *Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz)*

0 Zusammenfassung

Die Bundesregierung hat am 29. April 2026 den Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – BStabG-RegE) vorgelegt. Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung (BWV)¹ nimmt seine Erkenntnisse zum Anlass, in ausgewählten Bereichen auf Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten hinzuweisen.

0.1

Grundlage des BStabG-RegE ist ein erster Bericht der Finanzkommission Gesundheit (FKG) vom März 2026. Diese wissenschaftliche Kommission hat die Bundesregierung im Herbst 2025 eingesetzt. Sie soll konkrete Maßnahmen vorschlagen, um die strukturelle Deckungslücke zwischen Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu schließen. Laut BStabG-RegE droht ohne Maßnahmen zur Beitragssatzstabilisierung bereits im Jahr 2030 eine Deckungslücke von 40 Mrd. Euro und ein durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz von 4,7 %. Dies deckt sich mit Feststellungen des Bundesrechnungshofes. (Tnr. 1)

0.2

Der Bund zahlt derzeit jährlich 14,5 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen. Dieser Zuschuss soll zur Konsolidierung des Bundeshaushalts ab dem Jahr 2027 auf jährlich 12,5 Mrd. Euro sinken. Zuweisungen des Bundes für die Krankenversicherungsbeiträge von Grundsicherungsgeldbezieherinnen und -bezieher sollen im Gegenzug bis zum Jahr 2031 schrittweise um im Ergebnis 2 Mrd. Euro steigen. Die Zahlungen des Bundes würden insgesamt erst im Jahr 2031 wieder den Stand des Jahres 2026 erreichen. In den Jahren 2027 bis 2030 erhielte die GKV – aufgrund der nur schrittweisen Erhöhungen – in Summe 4,75 Mrd. Euro Bundesmittel weniger. Die Haushaltskonsolidierung ginge im Ergebnis also zu Lasten der Beitragsgemeinschaft. Der BWV hält dies mit dem Ziel der Bundesregierung für kaum vereinbar, die Versichertenbeiträge zu stabilisieren. (Tnr. 2)

¹ Der Bundesrechnungshof hat seit dem 1. Juni 2026 einen neuen Präsidenten. Über seine Ernennung zum BWV hat die Bundesregierung noch nicht entschieden. Solange nimmt die Vizepräsidentin des Bundesrechnungshofes die Aufgaben des BWV wahr (Nummer 1 Sätze 3 und 4 der Richtlinien für die Tätigkeit der oder des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung (BWV) vom 8. Juni 2016 – BAnz AT 15.06.2016 B1).

0.3

In den Jahren 2023 bis 2026 erhielt der Gesundheitsfonds vom Bund Darlehen von insgesamt 5,6 Mrd. Euro, die bislang bis zum Jahr 2033 zurückzuzahlen sind. Nach dem BStabG-RegE müssten diese Darlehen erst bis zum Jahr 2039 zurückgezahlt werden. Der Bundesrechnungshof hat mehrfach darauf hingewiesen, dass derartige Darlehen zur Behebung struktureller Probleme ungeeignet sind. Sie verschieben die Belastung der GKV-Finzen in die Zukunft und ersetzen keine notwendigen strukturellen Reformen. (Tnr. 3)

0.4

Die Ausgaben in der ambulanten ärztlichen GKV-Versorgung stiegen in den vergangenen Jahren deutlich stärker als die Einnahmen der GKV. U. a. waren ausgabensteuernde und -begrenzende Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung aufgeweicht worden. Ausgabenbudgets wurden immer weiter zurückgedrängt, zum Teil sogar für ganze Arztgruppen aufgehoben. Auch führte der Gesetzgeber nicht ausgabenbegrenzte Zuschläge und Behandlungsleistungen ein, damit Versicherte schneller Behandlungstermine erhalten. Dieses Ziel wurde nicht erreicht, dafür stiegen die Ausgaben deutlich. Nach dem BStabG-RegE sollen die Ausgaben künftig im Wesentlichen nicht stärker steigen als die GKV-Einnahmen (Entwicklung der Grundlohnsumme). Nicht ausgabenbegrenzte (unbudgetierte) Leistungen soll es weiterhin geben, jedoch deutlich weniger. Die Sonderregelungen für schnellere Termine sollen entfallen. Der BWV begrüßt diesen Ansatz. Eine deutlich stärkere Ausgabenkontrolle ist sachgerecht. Entbudgetierungen sollten auf Regionen und Leistungen beschränkt werden, bei denen tatsächliche Versorgungsprobleme bestehen. Die Wirksamkeit von Entbudgetierungen ist regelmäßig zu evaluieren. (Tnr. 4)

0.5

Krankheitsbedingt arbeitsunfähige Versicherte haben grundsätzlich Anspruch auf Krankengeld. Die Ausgaben der GKV hierfür haben sich binnen zehn Jahren beinahe verdoppelt. Künftig sollen Versicherte während einer Arbeitsunfähigkeit ihre bisherige berufliche Tätigkeit im Umfang von 25, 50 oder 75 % ihrer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit ausüben können, soweit sie sich dazu gesundheitlich in der Lage sehen. Sie sollen dann ein Teilkrankengeld erhalten. Zudem sollen systemwidrige Unterschiede zwischen Kranken- und Arbeitslosengeld abgebaut und Verfahren zum Übergang aus der Arbeitsunfähigkeit in Rehabilitationsmaßnahmen und die gesetzliche Altersrente gestrafft werden. Der BWV begrüßt dies. Mit der Einführung von Teil-Arbeitsunfähigkeit und Teil-Krankengeld käme der Gesetzgeber Empfehlungen von Fachkreisen und des Bundesrechnungshofes nach. Aus Sicht des BWV ließen sich jedoch die Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungsbereichen noch stärker optimieren und Abläufe harmonisieren. (Tnr. 5)

0.6

Gesetzliche Krankenkassen (Krankenkassen) prüfen Krankenhausabrechnungen auf ihre Richtigkeit. Der Umfang ihrer Prüfungen wurde in den vergangenen Jahren zunehmend beschränkt, insbesondere durch Prüfquoten. Das Prüfquotensystem soll nach dem BStabG-RegE grundsätzlich erhalten bleiben. Jedoch sollen Krankenkassen unter bestimmten Umständen mehr Abrechnungen prüfen dürfen als derzeit. Aus Sicht des BWV greifen die geplanten Regelungen zu kurz und genügen dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz in der GKV nicht. Die wirksame Prüfung von Krankenhausabrechnungen schützt die GKV vor ungerechtfertigten Leistungsausgaben. Die Abrechnungsqualität von Krankenhäusern hat sich in den vergangenen Jahren nicht verbessert. Die zunehmend eingeschränkten Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen führten jedoch zu deutlich geringeren Rückforderungsbeträgen und damit zu unberechtigten Mehrausgaben. Der BWV regt an, die Beschränkungen bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen aufzuheben. Zudem sollten strittige Fälle leichter unmittelbar zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geklärt werden können (sog. Falldialog). Dies entspräche auch einer Reformempfehlung der FKG. (Tnr. 6)

0.7

Bei geeigneten Hilfsmitteln soll der GKV-Spitzenverband künftig in einem neuen Verfahren Festbeträge bestimmen. Hierfür soll er Anspruch auf für die Kalkulation notwendige Daten und Informationen von Herstellern und Leistungserbringern erhalten. Der BWV begrüßt dies. Er rät allerdings dazu, in Produktbereichen mit Festbetragsregelung die Entwicklung von Mehrkosten im Blick zu behalten. Der Bundesrechnungshof hatte in der Vergangenheit festgestellt, dass Versicherte in festbetragsrelevanten Produktbereichen häufig neben der gesetzlichen Zuzahlung weitere Aufzahlungen zu leisten hatten, um Hilfsmittel in der erforderlichen Qualität und Menge zu erhalten. (Tnr. 7)

0.8

In Deutschland wird ein – auch im internationalen Vergleich – hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen kieferorthopädisch behandelt. Der Bundesrechnungshof hatte bereits vor Jahren festgestellt, dass es an einer aussagekräftigen Datenlage und Versorgungsforschung zur kieferorthopädischen Versorgung fehlt. Zudem nahmen Versicherte häufig selbst zu zahlende (Mehr-)Leistungen in Anspruch, deren Nutzen unklar war. Die kieferorthopädische Versorgung soll künftig auf Leistungskomplexe mit pauschalierter Vergütung umgestellt werden. Außerdem sollen die mehr als 20 Jahre alten Kieferorthopädie-Richtlinien (Kfo-RL), die die Grundlage für die Leistungserbringung zu Lasten der GKV bilden, an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst werden. Der BWV begrüßt dies grundsätzlich. Die Einführung von Leistungskomplexen kann geeignet sein, die Wirtschaftlichkeit der

*Leistungserbringung zu erhöhen. Die Problematik der Selbstzahlerleistungen besteht jedoch fort: Krankenkassen wissen nicht, welche Leistungen mit welchem Nutzen ihre Versicherten konkret erhalten. Zudem regt der BWV eine umfassende unabhängige Versorgungsfor-
schung und evidenzbasierte Nutzenbewertung kieferorthopädischer Maßnahmen an. Nur so kann die Kfo-RL auf den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse gebracht werden.
(Tnr. 8)*

0.9

In bestimmten Fällen dürfen Krankenkassen homöopathische und anthroposophische Leistungen erstatten. Dies soll künftig ausgeschlossen sein. Der BWV begrüßt dies, da es für die Wirksamkeit der Leistungen keine ausreichenden wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise gibt. Das Einsparpotenzial dürfte jedoch geringer sein als die vom BStabG-RegE angenommenen 50 Mio. Euro jährlich. (Tnr. 9)

0.10

Derzeit haben die Krankenkassen Tariflohnsteigerungen von Krankenhauspersonal vollständig zu refinanzieren. Künftig sollen sie nur noch die Hälfte der Tariflohnsteigerungen refinanzieren müssen. Der BWV begrüßt das. Es kann überproportionale Ausgabensteigerungen eindämmen, da es einen Anreiz zu maßvollen Tarifabschlüssen gibt. (Tnr. 10).

0.11

Das BStabG-RegE beinhaltet Maßnahmen zur kurz- und bestenfalls mittelfristigen Sicherung der GKV-Finzen. Es weist in seiner Begründung auf bereits jetzt bestehende Prognoseunsicherheiten sowohl auf Einnahmen- als auch auf Ausgabenseite hin, die einer Beitragssatzstabilisierung entgegenstehen können. Langfristig ist eine grundlegende Strukturreform notwendig, für die das geplante BStabG ein begrenztes Zeitfenster eröffnet. Vorschläge dafür soll die FKG bis Ende 2026 unterbreiten. Diese sind umgehend zu prüfen und umzusetzen. Strukturreformen müssen insbesondere auf der Ausgabenseite ansetzen und die Kostentreiber der GKV in den Blick nehmen. Bei der Krankenhausversorgung ist auf ein höheres Maß an Spezialisierung, mehr Qualität und eine weniger fallzahlgetriebene Finanzierung hinzuwirken. Maßnahmen zur Ambulantisierung sind auszubauen, um nicht notwendige stationäre Fälle zu vermeiden. Dies erfordert eine bessere Patientensteuerung – sowohl an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung als auch zwischen fachärztlicher und hausärztlicher Leistungserbringung. Hinweisen zur Senkung überproportional gesteigener Arzneimittelausgaben, vor allem im Bereich der innovativen Medikamente, sollte mehr Beachtung geschenkt werden. (Tnrn. 11, 12)

1 Einleitung

Die GKV steht vor großen finanziellen und strukturellen Herausforderungen. Die deshalb von der Bundesregierung im September 2025 eingesetzte FKG soll konkrete Maßnahmen vorschlagen, u. a. um die strukturelle Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen der GKV zu schließen. Sie legte im März 2026 einen ersten Bericht mit einem Katalog von kurzfristig wirksamen Maßnahmen vor, mit denen nach ihrer Auffassung die zu erwartende Deckungslücke geschlossen werden kann.² In einem weiteren Bericht, den die FKG bis zum Jahresende 2026 vorlegen möchte, sollen strukturell und langfristig wirksame Maßnahmen zur Stabilisierung des Beitragssatzniveaus dargelegt werden. Dieser Zeitplan entspricht dem Arbeitsauftrag der Bundesregierung an die FKG.

Auf Grundlage der von der FKG vorgeschlagenen Maßnahmen hat die Bundesregierung den Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)³ vorgelegt. Die Begründung zum Gesetzentwurf bescheinigt der GKV eine angespannte Finanzlage mit einer stark beschleunigten Ausgabenentwicklung, die deutlich oberhalb der Einnahmenentwicklung liege. U. a. habe dies zu einem Anstieg der durchschnittlichen Zusatzbeiträge für die Versicherten in den Jahren 2022 bis 2025 von 1,4 auf 2,9 % geführt. Die strukturelle Deckungslücke zwischen Einnahmen und Ausgaben steige weiter, sodass ohne stabilisierende Maßnahmen allein im Jahr 2027 mit einer Deckungslücke von 15 Mrd. Euro und daraus resultierend einem Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes um weitere 0,75 Prozentpunkte zu rechnen sei. Bis zum Jahr 2030 könne die Deckungslücke auf 40 Mrd. Euro und der durchschnittliche Zusatzbeitrag auf 4,7 % steigen.⁴

Dieser Befund deckt sich mit den bisherigen Feststellungen des Bundesrechnungshofes. Er hatte im Jahr 2025 eine um 6 bis 8 Mrd. Euro jährlich wachsende strukturelle Deckungslücke prognostiziert. Zudem hatte er die Mindestreserve des Gesundheitsfonds zum Ausgleich konjunktureller Einbrüche und weiterer Faktoren als zu gering erachtet. Die Mindestreserven der Krankenkassen selbst befanden sich durchschnittlich deutlich unter dem gesetzlich vorgeschriebenen Minimum, sodass viele Krankenkassen ihre Zusatzbeiträge unterjährig anheben mussten. Davon abgesehen hielt der Bundesrechnungshof sowohl die vorgeschriebene Höhe der Mindestreserve als auch die

² Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit vom 30. März 2026 (FKG-Bericht), abgerufen am 11. Mai 2026.

³ Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 29. April 2026, im Folgenden: BStabG-RegE.

⁴ BStabG-RegE S. 1.

Obergrenze der Finanzreserven für zu niedrig, um unvorhergesehene Ausgabeschwankungen ausreichend abfedern zu können.⁵

Der BWV befasst sich im Folgenden mit dem BStabG-RegE. Er beschränkt sich auf einzelne Leistungsbereiche bzw. Reformansätze, zu denen (Prüfungs-)Erkenntnisse des Bundesrechnungshofes vorliegen.

Der BWV weist ausdrücklich darauf hin, dass das geplante BStabG kein umfassendes GKV-Reformgesetz ist und sein soll. Der Gesetzentwurf beinhaltet kurzfristig wirksame Maßnahmen, um die strukturelle Deckungslücke zwischen Ausgaben und Einnahmen in der GKV zu schließen und so einen weiteren Anstieg der Zusatzbeiträge zu verhindern. Vorschläge zu strukturellen Veränderungen im System der GKV soll die FKG im weiteren Bericht zum Jahresende 2026 vorlegen. Erst diese sollen und können Grundlage für eine langfristig wirksame Strukturreform werden.

2 Zuschuss für versicherungsfremde Leistungen an die GKV und Beiträge des Bundes zur Krankenversicherung für Grundsicherungsgeldbezieherinnen und -bezieher

2.1 Abgeltung versicherungsfremder Leistungen

Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Mrd. Euro.⁶

Die FKG stellte hierzu fest, dass der in seiner Höhe seit dem Jahr 2017 nicht mehr angepasste Bundeszuschuss belastend auf die Einnahmen der GKV wirke. Sein Anteil an den Gesamtausgaben der GKV sei seit Jahren rückläufig. Versicherungsfremde Leistungen würden so nur teilweise über Steuern finanziert. Es sei davon auszugehen, dass der finanzielle Umfang der versicherungsfremden Leistungen nicht konstant geblieben sei. Darüber hinaus seien die Krankenversicherungsbeiträge des Bundes für die Bezieherinnen und Bezieher eines Grundsicherungsgeldes⁷ um 12 Mrd. Euro jährlich

⁵ Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Entwicklung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung, Gz. IX 1 - 0002760 vom 15. August 2025.

⁶ § 221 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung.

⁷ Das bisherige Bürgergeld wird ab 1. Juli 2026 Grundsicherungsgeld heißen, siehe BGBl. I 2026 Nummer 107.

unterdeckt. Die FKG empfahl, den jährlichen Bundeszuschuss von derzeit 14,5 Mrd. Euro beizubehalten und ihn künftig regelhaft und werterhaltend zu dynamisieren.⁸

2.2 Zuweisungen des Bundes an die GKV sollen insgesamt abgesenkt werden

Künftig soll der Zuschuss des Bundes für versicherungsfremde Leistungen um 2 auf 12,5 Mrd. Euro ab dem Jahr 2027 abgesenkt werden.⁹ Ursächlich hierfür ist nicht ein gesunkenes Volumen solcher Leistungen, sondern der Verweis auf die allgemein notwendige Haushaltskonsolidierung des Bundes.¹⁰

Auf der anderen Seite jedoch sollen die Beitragszahlungen aus dem Bundeshaushalt für die Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherungsgeld erhöht werden.¹¹ Dies soll zu folgenden Mehreinnahmen der GKV aus dem Bundeshaushalt führen:¹²

- Jahr 2027: 0,25 Mrd. Euro,
- Jahr 2028: 0,5 Mrd. Euro,
- Jahr 2029: 1,0 Mrd. Euro,
- Jahr 2030: 1,5 Mrd. Euro sowie
- ab dem Jahr 2031: 2,0 Mrd. Euro.

2.3 Haushaltskonsolidierung auf Kosten der GKV

Der BWV kann die geplante Absenkung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen in der Sache nicht nachvollziehen.

Eine Legaldefinition der als versicherungsfremd anzusehenden Leistungen gibt es nicht. Der jeweils gesetzlich bestimmten Höhe des Bundeszuschusses liegen keine Erhebungen der tatsächlich von der GKV zu erbringenden versicherungsfremden Leistungen und ihrer Kosten zugrunde. Die Höhe des Bundeszuschusses hängt faktisch maßgeblich von den finanziellen Rahmenbedingungen des Bundeshaushaltes ab und weniger von den tatsächlichen Aufwendungen der GKV für versicherungsfremde Leistungen.

Der Bundesrechnungshof hat bereits in seinem Bericht zum Gegenstand und zur Auskömmlichkeit des Bundeszuschusses an die GKV empfohlen, dass versicherungsfremde

⁸ FKG-Bericht S. 54, 61, 419.

⁹ § 221 Absatz 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung i. d. F. des BStabG-RegE.

¹⁰ BStabG-RegE S. 70.

¹¹ § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung i. d. F. des BStabG-RegE. Die Beiträge für Bürgergeld- bzw. Grundsicherungsgeldbezieherinnen und -bezieher werden nicht aus dem Einzelplan 15, sondern dem Einzelplan 11 (Kapitel 1101 Titel 681 12) geleistet. Aus Perspektive der GKV-Finanzierung ist es jedoch unerheblich, aus welchem Einzelplan Mittel des Bundes stammen.

¹² BStabG-RegE S. 72, 83.

Leistungen im Sinne des § 221 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) möglichst präzise definiert und bei Bedarf aktualisiert werden sollten. Dies würde die Transparenz der Finanzplanung des Bundes und der GKV stärken. Die GKV könnte verlässlicher ihre Finanzlage beurteilen und die Einnahmeentwicklung vorhersehen. Willkürliche Kürzungen ohne Bezug zur tatsächlichen Kostenentwicklung im Bereich der versicherungsfremden Leistungen oder der Anschein dessen könnten so vermieden werden.¹³

Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass sich das finanzielle Volumen versicherungsfremder Leistungen in der GKV vom Jahr 2026 auf das Jahr 2027 verringern wird. Aus diesem Grund ist die geplante Absenkung des Bundeszuschusses sachlich nicht nachvollziehbar. Die Erhöhung der Beitragszahlungen des Bundes für die Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherungsgeld kompensiert die Kürzung nicht. Nach der Gesetzesbegründung erreichen die Zahlungen des Bundes insgesamt erst im Jahr 2031 wieder den Stand des Jahres 2026.

Der Bund will im Ergebnis seine Zuweisungen an die GKV in den Jahren 2027 bis 2030 um insgesamt 4,75 Mrd. Euro absenken und zwar zu Lasten der die Beiträge zahlenden gesetzlich Versicherten. Dies widerspricht ausdrücklich dem Ziel des BStabG.

3 Bundesdarlehen

3.1 Mehrere Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds erhielt im Jahr 2023 ein nicht zu verzinsendes Bundesdarlehen von 1 Mrd. Euro, das zunächst bis Ende 2026 zurückzuzahlen war.¹⁴ Abweichend davon wurde die Rückzahlung bereits Ende 2025 auf das Jahresende 2033 verschoben.¹⁵

Bis 15. Oktober 2025 gewährte der Bund ein weiteres nicht zu verzinsendes Darlehen von 2,3 Mrd. Euro, welches in jährlichen Raten ab dem Jahr 2029 bis Ende 2033

¹³ Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zur finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung Teil 2: Gegenstand und Auskömmlichkeit des Bundeszuschusses an die gesetzliche Krankenversicherung, Gz.: IX 1 - 2020 - 0345 vom 1. Februar 2021 (abgerufen am 13. Mai 2026).

¹⁴ § 12 Absatz 4 Satz 1 Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2023 (Haushaltsgesetz 2023; BGBl. I Nummer 54).

¹⁵ § 13 Absatz 5 Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2026 (Haushaltsgesetz 2026 – HG 2026; BGBl. I Nummer 343).

zurückzuzahlen ist.¹⁶ Bis 1. Februar 2026 erhielt der Gesundheitsfonds erneut ein zinsloses Bundesdarlehen in gleicher Höhe und Ratenzahlung.¹⁷

3.2 Darlehensrückzahlung soll verschoben werden

Die in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten, nicht zu verzinsenden Bundesdarlehen von insgesamt 5,6 Mrd. Euro sollen nun in jährlichen Raten ab dem Jahr 2035 bis Ende 2039 zurückgezahlt werden.¹⁸

3.3 Neue Rückzahlungsfristen verlagern finanzielle Probleme in die Zukunft

Darlehen aus dem Bundeshaushalt müssen mittelfristig zurückgezahlt werden. Die GKV wird zwar durch die Gewährung eines Bundesdarlehens kurzfristig finanziell entlastet.¹⁹ Jedoch leisten Darlehen keinen Beitrag zur Behebung der strukturellen Probleme der GKV. Derartige Finanzspritzen tragen langfristig nicht zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze in der GKV bei, wie es für die Jahre 2029 bis 2033 im Gesetzentwurf angeführt wird.²⁰ Der Bundesrechnungshof hat mehrfach²¹ auf die aufgeschobene Belastung der GKV-Finzen hingewiesen. Der Bund verschaffte sich im Auszahlungsjahr einen zusätzlichen Verschuldungsspielraum, da Darlehen als finanzielle Transaktion gelten.²²

Eine Stundung der Rückzahlungsverpflichtung – um nunmehr sechs Jahre – verlagert die Verantwortung in die Zukunft. Die erneute Verschiebung macht deutlich, dass die Bundesregierung mittelfristig nicht mit einer besseren Finanzlage der GKV rechnet. Die

¹⁶ § 13 Absatz 4 Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2025 (Haushaltsgesetz 2025 – HG 2025; BGBl. I Nummer 232). In den Jahren 2029 bis 2032 sollen jeweils 0,5 Mrd. Euro zurückgezahlt werden. Im Jahr 2033 sind es noch 0,3 Mrd. Euro.

¹⁷ § 13 Absatz 4 HG 2026. In den Jahren 2029 bis 2032 sollen jeweils 0,5 Mrd. Euro zurückgezahlt werden. Im Jahr 2033 sind es noch 0,3 Mrd. Euro.

¹⁸ § 221 Absatz 4 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE. In den Jahren 2035 bis 2038 sollen jeweils 1 Mrd. Euro zurückgezahlt werden. Im Jahr 2039 sind es noch 1,6 Mrd. Euro.

¹⁹ Im Jahr 2025 konnte eine Absenkung der Liquidität des Gesundheitsfonds unter die gesetzliche Mindestreserve vermieden werden.

²⁰ BStabG-RegE S. 158.

²¹ Vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zur Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2023, Gz.: IX 1 - 0001176 vom 7. September 2022; vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zur Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2025, Gz.: IX 1 - 0002661 vom 3. Juli 2025; vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Entwicklung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung, Gz.: IX 1 - 0002760 vom 15. August 2025; vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zur Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2026, Gz.: IX 1 - 0003248 vom 3. September 2025; vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages – Analyse zur Lage der Bundesfinanzen für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2026, Gz.: I 2 - 0003192 vom 17. September 2025.

²² Darlehen werden nicht berücksichtigt, wenn die Kreditobergrenze des Bundeshaushalts nach Artikel 115 Grundgesetz berechnet wird (vgl. § 3 des Gesetzes zur Ausführung von Artikel 115 des Grundgesetzes).

Entscheidung, ob dann eine Rückzahlung zulasten der GKV-Beiträge oder ein Erlass zu-
lasten der Steuereinnahmen erfolgt, würde in künftige Legislaturperioden verschoben.

Darlehen sind zur Lösung struktureller Probleme ungeeignet. Stattdessen gilt es, tief-
greifende Reformen anzustoßen. Es bleibt daher abzuwarten, ob die FKG bis Ende 2026
Reformoptionen für strukturelle Anpassungen der GKV vorlegen kann.

4 Neuregelungen zur extrabudgetären Vergütung

4.1 Derzeitiges Vergütungssystem: Budgetierte und unbudgetierte Leistungen

Die Ausgaben für die ambulante vertragsärztliche und psychotherapeutische Versor-
gung²³ sind der drittgrößte Ausgabenblock der GKV. Sie lagen im Jahr 2024 bei
50,3 Mrd. Euro, im Jahr 2014 waren es noch 33,4 Mrd. Euro.²⁴ Das entspricht einem An-
stieg von über 50 % in 10 Jahren.

Die vertragsärztliche Vergütung unterteilt sich in die morbiditätsbedingte Gesamtver-
gütung (MGV) und die extrabudgetäre Vergütung (EBV).²⁵ Die MGV ist ein zwischen Kas-
senärztlichen Vereinigungen (KV) und Krankenkassen in jedem KV-Bezirk vereinbarter
Gesamtbetrag, den die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die KV zahlen und
der sich nach dem für das Folgejahr erwarteten medizinisch notwendigen Behand-
lungsbedarf aller Versicherten richtet. Die MGV ist damit in der Höhe begrenzt (sog.
Budgetierung). Ihre Entwicklung wird entscheidend von der prognostizierten Entwick-
lung der Krankheitslast (Morbidität) bestimmt.²⁶ Bis zum Jahr 2008 richtete sich die Ent-
wicklung der Gesamtvergütung hingegen maßgeblich nach den beitragspflichtigen Ein-
nahmen (Grundlohnsumme). Im Regelfall durfte die Gesamtvergütung nicht stärker
steigen als die Grundlohnsumme. Damit lag der Fokus auf der Beitragssatzstabilität.

Rechnen die Leistungserbringer mehr MGV-Leistungen ab als nach der Vereinbarung
vorgesehen, kürzen die KV die Honorarauszahlungen entsprechend. EBV-Leistungen

²³ Sofern im Folgenden von der vertragsärztlichen Vergütung die Rede ist, ist die psychotherapeutische Versorgung ent-
halten.

²⁴ Bundesministerium für Gesundheit (BMG), ([Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV – Statistik KJ1](#), abgerufen am
26. Mai 2026).

²⁵ Zum nachfolgend geschilderten Vergütungssystem siehe insbesondere §§ 85, 87, 87a, 87b SGB V. Nicht in MGV und
EBV enthalten sind Vergütungen aus der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und der besonderen Ver-
sorgung nach § 140a SGB V. Sie haben nur einen geringen Anteil an den gesamten Vergütungszahlungen.

²⁶ Nicht vorhersehbare Anstiege der Morbidität können ggf. gesondert vergütet werden.

bezahlen die Krankenkassen dagegen stets ungekürzt. Damit unterliegt nur die MGV einer Ausgaben- und Mengensteuerung.

Welche Leistungen extrabudgetär vergütet werden, ergibt sich aus dem Gesetz oder aus regionalen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und KV. Gesetzlich geregelte EBV-Leistungen sind etwa Früherkennungsuntersuchungen sowie Leistungen der Drogensubstitution.²⁷ Einen wesentlichen Teil der EBV-Leistungen machten zudem in den vergangenen Jahren sogenannte TSVG-Leistungen aus. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)²⁸ wurden im Jahr 2019 extrabudgetäre Vergütungsanreize für vertragsärztliche Leistungserbringer geschaffen, um die ambulante Versorgung Versicherter zu verbessern und Wartezeiten auf Termine zu verringern.

Darüber hinaus können Krankenkassen und regionale KV weitere EBV-Leistungen vereinbaren, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder aus anderen Gründen erforderlich ist.

Zum 1. Oktober 2025 hat der Gesetzgeber die Budgetierung von Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung aufgehoben. Bereits seit dem 1. April 2023 ist die Vergütung für die meisten pädiatrischen Leistungen²⁹ nicht mehr budgetiert.

4.2 Bundesrechnungshof sah Ausgabenkontrolle zunehmend vernachlässigt

Der Bundesrechnungshof hat sich in den vergangenen Jahren mit der extrabudgetären Vergütung vertragsärztlicher Leistungen befasst.³⁰ Er stellte fest, dass die Höhe der MGV in den Jahren 2009 bis 2022 mit jährlich rund 25 Mrd. Euro weitgehend stagnierte, die EBV sich im selben Zeitraum jedoch von 6,8 auf 19,0 Mrd. Euro erhöhte. Ihr Anteil an der gesamten Vergütung hatte sich damit von 22,2 auf 42,9 % nahezu verdoppelt.

Im Jahr 2022 gab es 81 gesetzliche und vereinbarte extrabudgetäre Leistungsbereiche. Nur in Ausnahmefällen wurden solche EBV-Leistungen wieder in die MGV überführt. Es fehlte an einheitlichen und objektivierbaren Kriterien, etwa wann eine Leistung als besonders förderungswürdig gilt und es erforderlich ist, sie extrabudgetär zu vergüten. Evaluierungen lagen nur für 25 der 81 Leistungsbereiche vor.

Der Bundesrechnungshof hat diese Entwicklung kritisiert. Grundlage vertragsärztlicher Vergütung sollte die MGV sein. Deren ausgaben- und mengensteuernde Wirkung wurde durch die immer weiter steigenden EBV-Anteile an der Vergütung ausgehöhlt.

²⁷ § 87a Absatz 3 SGB V.

²⁸ Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 6. Mai 2019, BGBl. I S. 646.

²⁹ Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin.

³⁰ Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung vom 13. November 2023, Gz. IX 1 - 2021 - 0578/IX 1 - 0001456 (abgerufen am 28. Mai 2026).

Die EBV gibt Anreize zu medizinisch nicht erforderlichen Leistungsmengenausweitungen und damit zu Fehlversorgung („angebotsinduzierte Nachfrage“). Extrabudgetäre Vergütungen müssen daher die Ausnahme und durch Wirtschaftlichkeit bzw. höhere Qualität der Versorgung gerechtfertigt sein. Hierfür sind EBV-Leistungen anhand verbindlicher Kriterien fortwährend daraufhin zu evaluieren, ob ihre Vergütung außerhalb der MGV tatsächlich (noch) gerechtfertigt ist.

In diesem Zusammenhang hat der Bundesrechnungshof generelle Entbudgetierungen für ganze Arztgruppen kritisch gesehen, insbesondere im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot und die angespannte finanzielle Lage der GKV.

Er hat außerdem gefordert, die extrabudgetären TSVG-Vergütungen abzuschaffen. Vertragsärztinnen und -ärzte müssen GKV-Versicherte zeitnah angemessen versorgen. Dies wird mit der MGV bereits abgegolten. Schon bei Einführung der TSVG-Vergütung existierten keine verlässlichen Hinweise auf unverhältnismäßig lange Wartezeiten auf Arzttermine für GKV-Versicherte. Zudem stellte der Bundesrechnungshof zuletzt fest, dass es trotz der hohen zusätzlichen Ausgaben keine nachweislich bessere Versorgung und kürzere Wartezeiten mit den TSVG-Leistungen gibt bzw. die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen Termin sich sogar deutlich verlängert haben.³¹

4.3 Ausgabenkontrolle soll wieder gestärkt werden

Mit dem BStabG-RegE plant der Gesetzgeber wesentliche Änderungen, insbesondere:

- Die Vergütungssteigerungen für vertragsärztliche Leistungserbringer³² sollen auf die jeweilige Kostenentwicklung mit der Grundlohnrate als fester Obergrenze begrenzt werden.³³
- Die bisher nach dem TSVG extrabudgetär vergüteten Leistungen sollen in die MGV einbezogen und damit nicht mehr extrabudgetär vergütet werden. Die Zuschläge nach dem TSVG sollen entfallen.³⁴ Das BStabG-RegE rechnet hier mit einem Einsparvolumen von 1,3 Mrd. Euro bereits im Jahr 2027.³⁵
- Die grundsätzliche Entbudgetierung kinder- und jugend- sowie hausärztlicher Leistungen soll bestehen bleiben. Sie soll allerdings um einen Abschlag zur allgemeinen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen ergänzt werden.³⁶

³¹ Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung der extrabudgetären Vergütung von Leistungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes in der ambulanten Versorgung vom 5. Februar 2026, Gz. IX 1 - 0003246 (abgerufen am 19. Mai 2026).

³² Entsprechende Anpassungen gelten im Regelfall auch für vertragszahnärztliche Leistungserbringer. Zu diesen hat der Bundesrechnungshof jedoch keine Prüfungserkenntnisse.

³³ §§ 87a Absatz 2 Satz 1 i. V. m. 71 Absatz 1 bis 3 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE. Die Grundlohnrate ist die jährliche Veränderung der Grundlohnsumme.

³⁴ §§ 87a Absatz 3 Sätze 5 bis 7 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.

³⁵ BStabG-RegE S. 78.

³⁶ § 87a Absätze 3b, 3c SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.

- Extrabudgetäre Leistungen ohne Ausgabenbegrenzung sollen deutlich beschränkt werden auf nichtärztliche Dialyseleistungen, neu in den einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommene Leistungen in den ersten beiden Jahren, Substitutionsbehandlungen bei Drogenabhängigkeit sowie kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen.³⁷
- Zudem sollen Leistungen außerhalb der MGV vergütet werden können, wenn es nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöht und dies innerhalb der Gesamtvergütung nicht erreicht werden kann. Der Bewertungsausschuss hat verbindliche Kriterien zu beschließen und jährlich zu evaluieren, ob die Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung sachgerecht und notwendig ist.³⁸

4.4 BWV sieht Verbesserungspotenzial

Der BWV begrüßt den grundlegenden Ansatz des Gesetzgebers, den dynamischen Anstieg der Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen durch eine Kopplung der Ausgaben an die Einnahmenentwicklung zu begrenzen. Angesichts der Ausgabenentwicklung der vergangenen Jahre ist es notwendig, der Beitragssatzstabilität wieder Vorrang zu geben.

Der BWV stimmt der Bundesregierung zu, dass die Ausgabendynamik im vertragsärztlichen Bereich maßgeblich durch eine starke Mengenausweitung von EBV-Leistungen entsteht und der Anteil dieser Leistungen an der Vergütung in den vergangenen Jahren stetig gestiegen ist.³⁹ Er begrüßt es daher, EBV-Leistungen und damit auch die Ausgaben für sie deutlich zu beschränken. Ebenso zu befürworten ist die geplante Abschaffung der extrabudgetären TSVG-Leistungen. Ihre Zweckmäßigkeit konnte nicht belegt werden und sie bergen ein hohes Potenzial für Mitnahmeeffekte.⁴⁰

Der BWV begrüßt zudem die beabsichtigte Beschränkung vereinbarter EBV-Leistungen, insbesondere deren regelmäßige Evaluierung anhand verbindlicher Kriterien. Er weist jedoch darauf hin, dass derartige Evaluierungen in der Vergangenheit häufig auf Schwierigkeiten in der Praxis stießen. In der Folge wurden Leistungen über viele Jahre hinweg immer weiter extrabudgetär vergütet. Es muss daher sichergestellt sein, dass die geplanten Mechanismen zur Beschränkung vereinbarter EBV-Leistungen auf die nur wirklich notwendigen in der Praxis tatsächlich wirken.

Die Entbudgetierung insbesondere der hausärztlichen Leistungen bleibt nach dem BStabG-RegE bestehen. Der BWV hält insoweit an der Kritik des Bundesrechnungshofes fest. Die Budgetierung trägt dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung und schützt

³⁷ § 87d Absatz 4 Satz 1 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.

³⁸ § 87d Absatz 4 Sätze 2 bis 4 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE. Der Bewertungsausschuss ist paritätisch mit Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes besetzt, § 87 Absatz 3 SGB V. Er beschließt über grundlegende Fragen der vertragsärztlichen Vergütung.

³⁹ BStabG-RegE S. 64.

⁴⁰ BStabG-RegE S. 65, 124 ff.

Versicherte vor nicht erforderlichen Leistungen. Generelle Entbudgetierungen sind im Regelfall zu wenig zielgenau. Entbudgetierungen sollten auf Regionen und Leistungen beschränkt werden, bei denen tatsächliche Versorgungsprobleme bestehen, die mit der Entbudgetierung behoben werden können. Die Auswirkungen sind regelmäßig zu evaluieren.

5 Gewährung von Krankengeld sowie Erweiterung der Mitwirkungspflichten

5.1 Anspruch auf Krankengeld

Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn sie krankheitsbedingt arbeitsunfähig sind oder stationär auf Kosten der Krankenkasse behandelt werden.⁴¹ Der Anspruch ruht, soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten.⁴²

Darüber hinaus können Krankenkassen Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, auffordern, binnen zehn Wochen einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen.⁴³ Diese Frist gilt auch für die Antragstellung einer Regelaltersrente mit Erreichen der Altersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung oder in der Alterssicherung der Landwirte.⁴⁴ Stellen Versicherte den Antrag innerhalb dieser Fristen nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist.⁴⁵

Versicherte, deren Beschäftigungsverhältnis während der Arbeitsunfähigkeit endet, haben Anspruch auf Krankengeld auch nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses. Dagegen erhalten Versicherte, die nach Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses erkranken, lediglich das im Vergleich zum Krankengeld niedrigere Arbeitslosengeld.

Die Ausgaben der GKV für das Krankengeld stiegen in den letzten zehn Jahren weit stärker als die Leistungsausgaben insgesamt. Sie lagen im Jahr 2014 bei 8,5 Mrd. Euro und im Jahr 2024 bereits bei 16,5 Mrd. Euro.⁴⁶ Das ist ein Anstieg von mehr als 90 %, während die Leistungsausgaben der GKV insgesamt in diesem Zeitraum um etwa 60 %

⁴¹ § 44 Absatz 1 SGB V.

⁴² § 49 Absatz 1 Nummer 1 SGB V.

⁴³ § 51 Absatz 1 SGB V.

⁴⁴ § 51 Absatz 2 SGB V.

⁴⁵ § 51 Absatz 3 SGB V.

⁴⁶ Ohne Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes und ohne Krankengeld bei Vorsorgeleistungen und medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter, siehe BMG, [Finanzergebnisse der GKV](#) (abgerufen am 26. Mai 2026).

stiegen. Das IGES Institut schätzte die möglichen Einsparungen schon im Jahr 2018 allein beim Teilkrankengeld – je nach Ausgestaltung – auf bis zu 1 Mrd. Euro und mehr.⁴⁷

5.2 Teilarbeitsunfähigkeit, Teilkrankengeld und straffere Verfahren geplant

Künftig soll Versicherten, die absehbar länger arbeitsunfähig sind, ermöglicht werden, während der Arbeitsunfähigkeit ihre bisherige berufliche Tätigkeit im Umfang von 25, 50 oder 75 % ihrer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit auszuüben, soweit sie sich dazu gesundheitlich in der Lage sehen. Hierzu müssen die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die entsprechende Teilarbeitsunfähigkeit feststellen und der Arbeitgeber der teilweisen Arbeitsaufnahme zustimmen.⁴⁸ Die Versicherten haben dann Anspruch auf Teilkrankengeld.⁴⁹

Die Frist, die Krankenkassen Versicherten zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Regelaltersrente in der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte setzen können, soll auf vier Wochen gesenkt werden. Ziel ist, verlängerte Arbeitsunfähigkeitszeiten und erhöhte Krankengeldzahlungen aufgrund verzögerter Einleitung rehabilitativer Maßnahmen zu vermeiden. Ein Hinausschieben des Renteneintritts zugunsten des Krankengeldbezugs soll künftig eingeschränkt werden.⁵⁰

Ferner sollen Versicherte, deren Beschäftigungsverhältnis während der Arbeitsunfähigkeit endet, vom Tage der Beendigung des Beschäftigtenverhältnisses an Krankengeld nur noch in Höhe von 60 % des Nettoarbeitsentgeltes erhalten. Sofern der Versicherte mindestens ein Kind hat, soll sich der Betrag auf 67 % erhöhen. Damit soll das Krankengeld ab Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses auf die Höhe des Arbeitslosengeldes beschränkt werden.⁵¹

5.3 Langjährige Empfehlungen umsetzen

Der BWV begrüßt die angestrebten Rechtsänderungen zur Teilarbeitsunfähigkeit und zum Teilkrankengeld. Damit würden Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat)⁵², des IGES

⁴⁷ Bericht des IGES Instituts für das BMG „Teilarbeitsfähigkeit und Teilkrankengeld“ vom 18. Januar 2018 (abgerufen am 13. Mai 2026), S. 151.

⁴⁸ § 44c Absatz 1 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.

⁴⁹ § 44d SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.

⁵⁰ § 51 Absatz 1 und 2 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE sowie BStabG-RegE S. 118 f.

⁵¹ § 47 Absatz 2a SGB V i. d. F. des BStabG-RegE sowie BStabG-RegE S. 117.

⁵² Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten“, Dezember 2015 (abgerufen am 13. Mai 2026).

Instituts⁵³, des ExpertInnenrates „Gesundheit & Resilienz“ der Bundesregierung⁵⁴, der FKG⁵⁵ und des Bundesrechnungshofes der vergangenen Jahre umgesetzt und einer veränderten Arbeitswelt Rechnung getragen. Gerade chronisch erkrankte Personen sind häufig teilweise, aber nicht vollständig arbeitsfähig und könnten mit einem reduzierten Stellenanteil weiterarbeiten. In anderen Staaten führten ein Teilkrankengeld und eine Teilarbeitsunfähigkeit zu einer schnelleren Rückkehr in das Arbeitsleben. Die seit Jahren zu beobachtende Steigerung der Ausgaben für das Krankengeld gibt aus Sicht des BWV Anlass, diese positiven Erfahrungen aufzugreifen und den rechtlichen Rahmen auch in Deutschland entsprechend anzupassen.

Auch die vorgesehene Verkürzung der Fristen zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie einer Regelaltersrente in der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte begrüßt der BWV grundsätzlich. Gleiches gilt für die vorgesehene Absenkung des Krankengeldes auf das Niveau des Arbeitslosengeldes bei einem Beschäftigungsende während der Arbeitsunfähigkeit. Dies greift Empfehlungen des Sachverständigenrates, der FKG und des Bundesrechnungshofes auf. Die Neuregelungen können die Verfahren beschleunigen und zu einer schnelleren Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten beitragen. Zudem sind sie geeignet, die gesetzliche Nachrangigkeit des Krankengeldanspruchs gegenüber der Rentenleistung zu stärken sowie Ungleichbehandlungen beim Arbeitslosengeld- und Krankengeldbezug zu beseitigen.

Allerdings soll die Regelung zur Absenkung der Fristen für die Krankenkassen – anders als die Muss-Vorschrift in der Arbeitslosenversicherung⁵⁶ – als Kann-Vorschrift ausgestaltet bleiben. Schon vor mehr als 15 Jahren hatten zwei Krankenkassenverbände die Umwandlung in eine Soll-Vorschrift angeregt. Der BWV schließt sich dieser Einschätzung an. Angesichts vergleichbarer Sachverhalte sollten die Abläufe von Kranken- und Arbeitslosenversicherung angenähert werden.

Die Stellung eines Rentenanspruches in der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte soll weiterhin erst mit und nicht schon vor Erreichen der Regelaltersgrenze möglich sein, wodurch sich der Rentenbeginn weiter verzögern würde. Der Sachverständigenrat hatte empfohlen, die Aufforderung durch die Krankenkassen aufgrund der Dauer des Rentenverfahrens schon zwei bis drei Monate vor Beginn der Regelaltersrente zuzulassen.⁵⁷ So würde sichergestellt, dass die Bewilligung bereits zum Zeitpunkt des Rentenbeginns vorliegt.

⁵³ Siehe Fn. 47.

⁵⁴ 13. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“ zur Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland im zeitlichen Verlauf und im europäischen Vergleich – mögliche Ursachen und Handlungsempfehlungen vom 27. Februar 2025 (abgerufen am 13. Mai 2026).

⁵⁵ FKG-Bericht S. 335 ff.

⁵⁶ Gemäß § 145 Absatz 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung hat die Agentur für Arbeit die leistungsgeminderte Person unverzüglich aufzufordern, innerhalb eines Monats Anträge auf medizinische Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben oder auf Rente wegen Erwerbsminderung zu stellen. Wirkt der Versicherte nicht mit, ruht der Anspruch nach Ablauf der Frist.

⁵⁷ Sondergutachten des Sachverständigenrats (siehe Fn. 52) S. 221.

Zudem werden die Empfehlungen des Sachverständigenrates und des Bundesrechnungshofes zur Harmonisierung der Regelungen nur unvollständig umgesetzt, indem Krankenkassen im Gegensatz zu den Regelungen der Arbeitslosenversicherung weiterhin

- Versicherte bei Vorliegen von Erwerbsminderung nicht zur Stellung eines Rentenantrages wegen geminderter Erwerbsfähigkeit auffordern können und
- Urlaubsabgeltungen nach der Kündigung kein Ruhen des Krankengeldanspruchs bewirken.

Der BWV sieht hier weitere Möglichkeiten, Einsparungen beim Krankengeld zu realisieren. Er empfiehlt, eine Umsetzung ergänzend zu prüfen.

6 Prüfung von Krankenhausabrechnungen

6.1 Derzeitiges System der Abrechnungsprüfung

Krankenkassen sind in gesetzlich bestimmten Fällen verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Der Medizinische Dienst untersucht die Leistungserbringung und geht Auffälligkeiten bei der Abrechnung nach (sog. Einzelfallprüfung).⁵⁸ Die dafür in Betracht kommenden Fälle haben Krankenkassen in einem Prüfverfahren zu identifizieren.

Mit dem MDK-Reformgesetz⁵⁹ hatte der Gesetzgeber das Verfahren für die Prüfung von Krankenhausabrechnungen grundlegend neu geregelt. Die Zahl der Einzelfallprüfungen wurde begrenzt. Zudem wurde ein quotenbasiertes Prüfverfahren eingeführt, das sich an der Abrechnungsgüte des jeweiligen Krankenhauses orientiert.

6.2 Änderung des Prüfquotensystems geplant

Das BStabG-RegE sieht die Änderung des Prüfquotensystems ab dem 1. Januar 2027 vor.⁶⁰ Die Prüfquoten sollen erhöht und die jeweiligen Schwellenwerte gesenkt werden: Die niedrigste Prüfquote von bis zu 5 % soll unverändert bleiben. Sie gilt für Krankenhäuser, die einen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von 80 % oder mehr erreichen. Die mittlere Prüfquote soll von derzeit 10 auf bis zu 15 % erhöht werden. Sie

⁵⁸ § 275 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

⁵⁹ Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen vom 14. Dezember 2019, BGBl. I 2019 S. 2789.

⁶⁰ § 275c Absatz 2 Satz 4 SGB V. i. d. F. des BStabG-RegE.

betrifft Krankenhäuser mit einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60 und unterhalb von 80 %. Die höchste Prüfquote von derzeit 15 soll auf bis zu 25 % erhöht werden und für Krankenhäuser mit einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 % gelten (derzeit 40 %). Die für ein Krankenhaus geltende Prüfquote soll künftig überschritten werden dürfen, wenn sein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 % liegt.

6.3 Wirksame Prüfung von Krankenhausabrechnungen stärken

Die Regelung greift nach Überzeugung des BWV zu kurz und bleibt weit hinter der Reformempfehlung der FKG zurück.

Eine wirksame Prüfung von Krankenhausabrechnungen ist erforderlich, um die GKV vor ungerechtfertigten Leistungsausgaben zu schützen. Die Leistungen des Krankenhauses müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.⁶¹ Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, dürfen Krankenkassen nicht vergüten. Es ist also Ausdruck des Wirtschaftlichkeitsgebotes, wenn Krankenkassen Krankenhausabrechnungen prüfen und Rückforderungen geltend machen.

Wird die wirksame Prüfung von Krankenhausabrechnungen beschränkt, geht dies zu Lasten der Leistungsausgaben in der GKV. Hiervon ist seit Einführung des quotenbasierten Prüfverfahrens auszugehen: Die durchschnittliche Prüfquote hat sich seitdem von 17 auf unter 10 % der Abrechnungen reduziert. Die Erstattungsbeträge sind deutlich gesunken, und zwar von 2,4 Mrd. Euro (3,0 % der Leistungsausgaben) im Jahr 2019 auf jeweils 1,2 Mrd. Euro in den Jahren 2021 bis 2024⁶² (nur noch 1,2 % der Leistungsausgaben im Jahr 2024).

Obwohl mit dem Prüfquotensystem Anreize gesetzt wurden, regelkonform abzurechnen, hat sich die Abrechnungsqualität nicht verbessert. Weiterhin wird nahezu jede zweite Rechnung beanstandet, im Jahr 2024 waren 48 % der geprüften Abrechnungen korrekturbedürftig.⁶³ Zum Vergleich: Schon im Jahr 2016 war bei etwa der Hälfte der geprüften Krankenhausabrechnungen der Abrechnungsbetrag zu mindern.⁶⁴

⁶¹ Sog. Wirtschaftlichkeitsgebot, § 12 Absatz 1 SGB V.

⁶² GKV-Spitzenverband, Jahresstatistiken gemäß § 17c Absatz 6 KHG (abgerufen am 18. Mai 2026).

⁶³ GKV-Spitzenverband, Quartalsbezogene Auswertungen gemäß § 275c Absatz 4 SGB V (abgerufen am 18. Mai 2026).

⁶⁴ Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung, Gz. IX 1 - 2016 - 0785 (abgerufen am 18. Mai 2026).

Eine wirksame Prüfung von Krankenhausabrechnungen unterstützt das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel einer stärkeren Ambulantisierung.⁶⁵ Inhaltlich bezieht sich ein großer Teil der Abrechnungsprüfungen auf die Fehlbelegung, also auf die Notwendigkeit der stationären Aufnahme und die Verweildauer im Krankenhaus. Bei eingeschränkten Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen könnten Fälle mit Potenzial für Ambulantisierung unentdeckt bleiben. Nach dem aktuellen Krankenhaus-Report könnten mehr als 50 % der Krankenhaus-Fälle, mit dem Ziel einer günstigen und effizienten Versorgung, in den ambulanten Bereich verlegt werden.⁶⁶ Eine wirksame Prüfung ist vor diesem Hintergrund unerlässlich.

Der BWV regt an, die Reformempfehlung der FKG umzusetzen. Diese hatte empfohlen, das quartalsbezogene Prüfquotensystem abzuschaffen und die Prüfung von Krankenhausabrechnungen ohne Begrenzung wieder zu ermöglichen. Die Leistungsausgaben der GKV könnten damit spürbar entlastet werden. Die FKG bezifferte die Einsparungen auf 1,4 Mrd. Euro für das Jahr 2027.⁶⁷

Um den Aufwand für alle Beteiligten zu reduzieren, hat die FKG zudem empfohlen, den Falldialog⁶⁸ zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu stärken. Dem schließt sich der BWV an. Zuletzt konnten 85 % der Fälle im Vorverfahren gelöst werden.⁶⁹ Allerdings ist es Krankenkassen nach gegenwärtiger Rechtslage nicht möglich, zu einem frühen Verfahrenszeitpunkt medizinische Unterlagen für Falldialoge im Vorverfahren von den Krankenhäusern zu erhalten. Verhandlungen „auf Augenhöhe“ sind nur möglich, wenn alle Beteiligten über den notwendigen Kenntnisstand zum jeweiligen Behandlungsfall verfügen. Der BWV empfiehlt, das Vorverfahren als niederschwellige Konfliktbewältigung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei streitigen Abrechnungen zu stärken. Dazu wären die gesetzlichen Befugnisse der Krankenkassen bei Abrechnungsprüfungen anzupassen.

⁶⁵ Ambulantisierung bezeichnet die Verlagerung medizinischer und pflegerischer Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich.

⁶⁶ AOK-Bundesverband, Pressemitteilung vom 6. Mai 2026: Krankenhaus-Report 2026: In allen 16 Bundesländern könnten mehr als die Hälfte der Krankenhausfälle ambulant versorgt werden (abgerufen am 7. Mai 2026).

⁶⁷ FKG-Bericht S. 229 ff.

⁶⁸ Krankenkassen können vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes unplausible Abrechnungen in einem Vorverfahren mit dem Krankenhaus klären. Dabei besprechen Krankenkassen und Krankenhaus in einem sog. Falldialog die strittige Krankenhausabrechnung. Gesprächsgrundlage ist der Abrechnungsdatensatz des Krankenhauses nach § 301 SGB V.

⁶⁹ Siehe Fn. 62.

7 Festbeträge für Hilfsmittel

7.1 Derzeitige Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel

Der GKV-Spitzenverband bestimmt Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden.⁷⁰ Für die Festsetzung und Kalkulation der Festbeträge verweist das Gesetz auf die entsprechende Regelung für Arzneimittelfestbeträge in § 35 Absatz 5 und 7 SGB V.⁷¹

7.2 Eigene Rechtsgrundlage für die Bestimmung von Festbeträgen geplant

Es ist vorgesehen, die ursprüngliche Regelung durch eine neue zu ersetzen: Der GKV-Spitzenverband soll geeignete Hilfsmittel bestimmen, für die Festbeträge festgesetzt werden können, soweit hierdurch eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gefördert und eine angemessene Versorgung gewährleistet werden kann.⁷² Für die Festsetzung der Festbeträge ist er auf die Übermittlung von Daten durch Hersteller und Leistungserbringer angewiesen. Diese werden verpflichtet, dem GKV-Spitzenverband die erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Der GKV-Spitzenverband erhält einen (einklagbaren) Anspruch auf die Vorlage entsprechender Nachweise.⁷³ Einzelheiten zu Art, Form und Übermittlung der erforderlichen Daten soll der GKV-Spitzenverband in einer Verfahrensordnung regeln.⁷⁴

Festbeträge sind so zu berechnen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.⁷⁵

7.3 Wirtschaftliche Versorgung durch Festbeträge sichern

Der BWV begrüßt die geplante Regelung. Sie schafft eine eigenständige Rechtsgrundlage für die Festlegung von Festbeträgen für Hilfsmittel.

⁷⁰ § 36 Absatz 1 SGB V.

⁷¹ § 36 Absatz 3 SGB V.

⁷² § 36 Absatz 1 SGB V, i. d. F. des BStabG-RegE.

⁷³ § 36 Absatz 2 SGB V, i. d. F. des BStabG-RegE.

⁷⁴ § 36 Absatz 3 SGB V, i. d. F. des BStabG-RegE.

⁷⁵ § 36 Absatz 4 SGB V, i. d. F. des BStabG-RegE.

Der Bundesrechnungshof hatte bereits in der Vergangenheit eine verbesserte Regelung für die Festsetzung und Kalkulation der Festbeträge im Hilfsmittelbereich empfohlen. Er hatte festgestellt, dass der GKV-Spitzenverband die für den Arzneimittelbereich geltenden Regelungen im Hilfsmittelbereich nur eingeschränkt umsetzen konnte. Die Regelungen zur Festbetragskalkulation im Arzneimittelbereich gründen auf Daten, die bei der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln gewonnen wurden. Vergleichbare Daten liegen für den Hilfsmittelbereich nicht vor. Der Bundesrechnungshof hatte darum angeregt, auf einen gesetzlichen Verweis auf die Regelungen im Arzneimittelbereich zu verzichten und die Kalkulationsgrundlage für Festbeträge im Hilfsmittelbereich zu verbessern.⁷⁶ Eine eigenständige Regelung zur Festsetzung und Kalkulation der Festbeträge für Hilfsmittel bewertet der BWV als sachgerecht.

Um eine qualifizierte Festsetzung der Festbeträge zu ermöglichen, ist der GKV-Spitzenverband auf die Übermittlung aufbereiteter und verwertbarer Daten durch Hersteller und Leistungserbringer angewiesen. Bereits nach der aktuellen Rechtslage müssen Hersteller und Leistungserbringer Informationen und Auskünfte für die Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel liefern. Allerdings funktionierte dies in der Vergangenheit nur eingeschränkt. Die beabsichtigte Neuregelung schafft rechtliche Klarheit und erweitert den Umfang der Angaben. Die sachgerechte Kalkulation der Festbeträge würde für den GKV-Spitzenverband damit voraussichtlich erleichtert.

Die Regelung zielt zudem auf eine maßvolle Ausweitung von Festbeträgen im Hilfsmittelbereich in weiteren geeigneten Versorgungsbereichen ab. Dies kann zu einer wirtschaftlichen Versorgung beitragen. Allerdings rät der BWV vorsorglich dazu, in Produktbereichen mit Festbetragsregelung die Entwicklung von Mehrkosten im Blick zu behalten. Versicherte haben in festbetragsrelevanten Produktbereichen neben der gesetzlichen Zuzahlung häufig weitere Aufzahlungen zu leisten, um Hilfsmittel in der erforderlichen Qualität und Menge zu erhalten. Bei Hörhilfen hatte der Bundesrechnungshof festgestellt, dass es in der Hälfte der Versorgungsfälle zu teils erheblichen Mehrkosten kam.⁷⁷ Der BWV fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, den Mehrkostenbericht des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 302 Absatz 5 SGB V wiederkehrend auf dieses Problem auszuwerten. Sollten Produktbereiche mit Festbetragsregelung unverhältnismäßig zu Mehrkosten neigen, könnte für diese ein genereller Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen gesetzlich vorgesehen werden.

⁷⁶ Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages vom 20. Juni 2016 über die Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung, Gz. IX 4 - 2014 - 0596 (abgerufen am 18. Mai 2026).

⁷⁷ Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages über die Prüfung der Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung – Versorgung mit Hörhilfen und Kontrolle der Leistungserbringer vom 7. Juni 2023, Gz. IX 1 - 2020 - 0338 Bem. (abgerufen am 19. Mai 2026).

8 Kieferorthopädische Behandlungen

8.1 Derzeit viele Behandlungen, hohe Ausgaben und unklare Ergebnisqualität

Für kieferorthopädische Leistungen gab die GKV im Jahr 2024 1,4 Mrd. Euro aus. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband bestimmen als Bundesmantelvertragspartner den Inhalt und die Bewertung der abrechnungsfähigen Leistungen.

Kieferorthopädische Behandlungen können Leistungserbringer zu Lasten der GKV abrechnen, wenn Zahnfehlstellungen bestimmte Schweregrade aufweisen. Diese werden in kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) von 1 bis 5 klassifiziert. Ab KIG 3 zahlt die GKV die Behandlung. Die erbrachten Leistungen werden im derzeitigen Abrechnungssystem teils einzeln, teils pauschal vergütet.

Die Grundsätze der Befunderhebung, Diagnostik und Therapieplanung einschließlich der KIG regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)⁷⁸ in den Kfo-RL.⁷⁹ Sie sind Grundlage zur ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Der G-BA hat externen, umfassenden zahnmedizinisch-wissenschaftlichen Sachverstand einzubeziehen.⁸⁰ Die aktuellen Kfo-RL traten am 1. Januar 2004 in Kraft.⁸¹

Der Bundesrechnungshof hatte im Jahr 2018 festgestellt, dass ungefähr die Hälfte der Kinder und Jugendlichen in Deutschland kieferorthopädisch behandelt wurde. Diese Quote lag im internationalen Vergleich sehr hoch. Die Datenlage zu durchgeführten Behandlungen und ihren Resultaten war unzureichend. Es fehlte eine ausreichende Versorgungsforschung zum Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen. Darüber hinaus boten Leistungserbringer Versicherten häufig zusätzliche Leistungen an, die von der GKV nicht erstattet werden und daher selbst zu zahlen sind. Der medizinische Nutzen dieser Selbstzahlerleistungen ist oft unklar. Der Bundesrechnungshof hatte daher empfohlen, die Beratungskompetenz der Krankenkassen zu stärken. Sie sollten über die von ihren Versicherten in Anspruch genommenen Selbstzahlerleistungen informiert

⁷⁸ Der G-BA als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen bestimmt rechtsverbindlich über Inhalte der gesundheitlichen Versorgung in den einzelnen Leistungsbereichen, §§ 91 ff. SGB V.

⁷⁹ § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, Absatz 1a SGB V.

⁸⁰ § 92 Absatz 1a Satz 2 SGB V.

⁸¹ Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung, in der Fassung vom 4. Juni 2003 und vom 24. September 2003, BAnz Nummer 226 (S. 24 966) vom 3. Dezember 2003.

werden. Vertragsleistungen und Selbstzahlerleistungen bauen aufeinander auf und lassen sich nicht getrennt voneinander beurteilen.⁸²

Die FKG kam nun zu ähnlichen Feststellungen und Bewertungen. Nach ihr werden sogar zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen eines Jahrgangs kieferorthopädisch behandelt. Ebenfalls stellte sie wenig belastbare Erkenntnisse zur (langfristigen) Ergebnisqualität kieferorthopädischer Behandlungen fest.⁸³

8.2 Umstellung auf Leistungskomplexe geplant

Nach dem BStabG-RegE sollen die Bundesmantelvertragspartner bis spätestens 31. Dezember 2027 die Leistungen der kieferorthopädischen Behandlung zu vier Leistungskomplexen zusammenfassen. Zwei dieser Leistungskomplexe, die die Behandlung von Versicherten vor und nach dem 18. Lebensjahr betreffen, können in bis zu drei Schweregrade unterteilt werden. Die Einzelheiten zu diesen neuen Leistungskomplexen regeln die Bundesmantelvertragspartner. Die Leistungskomplexe sollen künftig mit einer Gesamtpunktzahl unabhängig von der Gesamtbehandlungsdauer bewertet werden.⁸⁴

Mit dieser Umstellung auf Leistungskomplexe anstelle von Einzelleistungs- und Pauschalvergütungen sollen u. a. der Fokus auf das Behandlungsergebnis gelegt und Fehlansätze zur Mengenausweitung beseitigt werden.⁸⁵

Zudem soll der G-BA die seit dem Jahr 2004 unverändert bestehenden Kfo-RL überprüfen und bis Ende 2027 über eine Anpassung beschließen. Insbesondere umfasst dies die KIG mit den zugrundeliegenden Behandlungsbedarfsgraden.⁸⁶ Die Gesetzesbegründung hebt darauf ab, dass es in den vergangenen 20 Jahren nicht unwesentliche Fortschritte in der zahnärztlichen Versorgung gegeben habe. Die Richtlinien hätten den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse abzubilden, was eine Beobachtungs- und ggf. Aktualisierungspflicht des G-BA beinhalte.⁸⁷

8.3 Patientensouveränität und Beratungskompetenz stärken

Der BWV begrüßt die Absicht der Bundesregierung, mit den geplanten Maßnahmen die Wirtschaftlichkeit in der kieferorthopädischen Versorgung zu stärken. Auch die FKG

⁸² Bundesrechnungshof, Bemerkungen 2017 Nummer 9: Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden (abgerufen am 20. Mai 2026).

⁸³ FKG-Bericht S. 184 ff.

⁸⁴ § 87 Absatz 1d, Absatz 2h Satz 4 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.

⁸⁵ BStabG-RegE S. 124.

⁸⁶ § 92 Absatz 1a SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.

⁸⁷ BStabG-RegE S. 130 f.

hatte festgestellt, dass das aktuelle Vergütungssystem keine ausreichenden Anreize zu einer wirtschaftlichen kieferorthopädischen Behandlungsweise bietet.⁸⁸

Der BWV weist darauf hin, dass die geänderte Vergütungssystematik hin zu Leistungskomplexen auch neue Anforderungen an die Beratung durch Krankenkassen stellt. Damit Versicherte informierte und souveräne Entscheidungen treffen können, müssen sie über die Inhalte der Leistungskomplexe aufgeklärt werden.

In diesem Zusammenhang sind erneut die Selbstzahlerleistungen kritisch zu betrachten. Nach wie vor ist nicht sichergestellt, dass Versicherte hierüber ausreichend informiert entscheiden können. Das hängt u. a. mit immer noch unzureichenden wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Vor- und Nachteile solcher Leistungen zusammen. Der BWV hält es für erforderlich und verweist auf die Feststellungen des Bundesrechnungshofes, dass auch die Krankenkassen als Kostenträger Kenntnis über die Selbstzahlerleistungen erhalten. Nur so können sie verlässlich einzelfallbezogen beraten und die Auskömmlichkeit der GKV-Leistungen beurteilen. Nicht zuletzt ist diese Transparenz bei den Krankenkassen notwendige Voraussetzung, um das Versorgungsgeschehen im Interesse der Versicherten beurteilen zu können.

8.4 Versorgungsforschung in Überarbeitung der Kfo-RL einbeziehen

Der BWV begrüßt grundsätzlich, dass der G-BA die Kfo-RL insbesondere im Hinblick auf die KIG einschließlich der Behandlungsbedarfsgrade überarbeiten soll. Es liegt auf der Hand, dass die Grundlagen kieferorthopädischer Behandlungen zu Lasten der GKV nach nunmehr 20 Jahren dringend überprüft werden müssen. Inwieweit es hierzu – trotz des langen Zeitablaufs seit der Prüfung des Bundesrechnungshofes – ausreichend tragfähige evidenzbasierte Erkenntnisse gibt, ist allerdings unklar.

Der BWV weist in diesem Zusammenhang auf die Prüfungserkenntnisse des Bundesrechnungshofes hin, der bereits vor Jahren eine umfassende Versorgungsforschung zu den Auswirkungen kieferorthopädischer Maßnahmen und Methoden gefordert hatte. Eine zielführende Überarbeitung der Kfo-RL muss eine solche Versorgungsforschung mit einbeziehen, auch mit Blick auf Erkenntnisse aus anderen Ländern.

Der hohe Anteil kieferorthopädisch behandelter Kinder und Jugendlicher in Deutschland ist laut dem FKG-Bericht in den vergangenen Jahren sogar noch weiter angestiegen, obwohl sich die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahren deutlich verbessert hat.⁸⁹ Dies ist bemerkenswert, denn mit weniger Karies

⁸⁸ FKG-Bericht S. 184 ff.

⁸⁹ Institut der Deutschen Zahnärzte, 6. Deutsche Mundgesundheitsstudie, 14. April 2026, S. 23.

und weniger vorzeitigen Zahnverlusten gibt es geringere Risiken für negative kieferorthopädische Befunde.

In Deutschland ist derzeit etwa jede zweite Familie direkt von den Entwicklungen in der Kieferorthopädie betroffen, einschließlich finanzieller und gesellschaftlicher Konsequenzen. Nicht umsonst stellt die FKG fest, es häuften sich die Hinweise auf Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Kieferorthopädie und es entstehe potenziell mehr Schaden als Nutzen durch diese Versorgungsart.⁹⁰

Der BWV greift die Empfehlung des Bundesrechnungshofes auf und regt erneut eine umfassende und unabhängige Versorgungsforschung an, in die internationale Erfahrungen einfließen sollten. Eine evidenzbasierte Nutzenbewertung kieferorthopädischer Maßnahmen ist zwingend erforderlich. Nur so kann die Kfo-RL auf den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse gebracht werden.

9 Homöopathische und anthroposophische Leistungen in der GKV

9.1 Bestehende Erstattungsfähigkeit

Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel gelten im rechtlichen Sinne als Arzneimittel, die weitgehend nicht verschreibungspflichtig sind.⁹¹ Krankenkassen übernehmen die Kosten für rezeptfreie, also nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel grundsätzlich nicht. Eine Ausnahme bildet die Erstattung für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, wenn das Arzneimittel ärztlich verordnet wurde.⁹² Zudem sind Krankenkassen ermächtigt, homöopathische und anthroposophischen Leistungen als Satzungsleistung anzubieten.⁹³ Auch können sie die Versorgung mit solchen Arzneimitteln im Rahmen von Verträgen über eine besondere Versorgung der Versicherten übernehmen.⁹⁴

⁹⁰ FKG-Bericht S. 185.

⁹¹ § 4 Absatz 26 Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz).

⁹² § 34 Absatz 1 und 3 SGB V.

⁹³ § 11 Absatz 6 SGB V.

⁹⁴ § 140a Absatz 1, Absatz 2 SGB V.

9.2 Erstattungsfähigkeit soll ausgeschlossen werden

Künftig soll die Erstattungsfähigkeit von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln und Leistungen generell ausgeschlossen werden. Dies gilt für Regelleistungen, Satzungsleistungen und Verträge der besonderen Versorgung.⁹⁵ Die Bundesregierung geht von einem Einsparvolumen von jährlich 50 Mio. Euro aus.

9.3 Minderausgaben führen zu keinen nennenswerten Einsparungen

Der BWV begrüßt die angestrebte Rechtsänderung, denn für die Wirksamkeit homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel und Leistungen liegt keine hinreichende wissenschaftlich basierte Evidenz vor. Aktuelle Prüfungsergebnisse des Bundesrechnungshofes deuten allerdings darauf hin, dass die Ausgaben der Krankenkassen für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel und Leistungen in den letzten Jahren nur ca. 40 Mio. Euro jährlich betrugen.⁹⁶ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bestimmte homöopathische und anthroposophische Leistungen, etwa im Bereich der ärztlichen Versorgung, statistisch nicht erfasst werden. Sie lassen sich darum nicht verlässlich bestimmen, ihr Volumen dürfte aber gering sein.

10 Refinanzierung von Tariflöhnen

10.1 Derzeit vollständige Refinanzierung von Tariferhöhungen

Nach derzeitigem Recht werden Tariferhöhungen für Krankenhauspersonal vollständig von den Krankenkassen refinanziert.⁹⁷

10.2 Nur noch hälftige Refinanzierung geplant

Künftig soll nur noch die Hälfte der Tariferhöhungen für Krankenhauspersonal von den Krankenkassen refinanziert werden.⁹⁸ Damit möchte die Bundesregierung hohe und

⁹⁵ §§ 2 Absatz 1, 11 Absatz 6 Satz 4, 31 Absatz 1 Satz 1, 34 Absatz 1 und 3, 140a Absatz 2 Satz 3 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.

⁹⁶ Diesen Betrag nennt auch der FKG-Bericht, S. 165 f.

⁹⁷ Siehe §§ 10 Absatz 5, 9 Absatz 1 Nummer 7, 6a Absatz 4 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).

⁹⁸ § 6a Absatz 4 Sätze 5 und 6 KHEntgG i. d. F. des BStabG-RegE.

überproportionale Ausgabenanstiege verhindern, die deutlich oberhalb der Einnahmewachse der GKV liegen.⁹⁹

10.3 Sinnvolle Maßnahme zur Förderung der Wirtschaftlichkeit

Der BWV hält die lediglich hälftige Refinanzierung von Tarifierhöhungen für angemessen. Er hatte sich bereits im Frühjahr 2024 in seinem Gutachten zum Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)¹⁰⁰ gegen eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen durch die Krankenkassen ausgesprochen. Sie nimmt den Tarifparteien einen wesentlichen Anreiz zu maßvollen Tarifabschlüssen. Aus Sicht der Krankenkassen, die die Tarifabschlüsse nicht beeinflussen können, wirken diese wie eine Vereinbarung zu ihren Lasten.

11 Strukturelle Reformen notwendig

Das BStabG-RegE beinhaltet Maßnahmen zur kurz- und mittelfristigen Sicherung der GKV-Financen. Sie zielen darauf ab, die Einnahmehase zu verbreitern – etwa durch Anhebung von Beitragsbemessungsgrenze und Jahresarbeitsentgeltgrenze sowie die teilweise Beitragserhebung für bislang beitragsfrei mitversicherte Ehegatten oder Lebenspartner – oder einzelne Ausgaben zu beschneiden.¹⁰¹ Dadurch sollen als gesetzliche Sofortmaßnahme dringliche Deckungslücken in der GKV ausgeglichen werden. Dies ersetzt eine grundlegende Strukturreform nicht. Das geplante BStabG eröffnet hierfür ein begrenztes Zeitfenster. Vorschläge für strukturelle Reformen soll die FKG bis Ende 2026 unterbreiten.

⁹⁹ BStabG-RegE S. 3, 63.

¹⁰⁰ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen vom 5. Dezember 2024, BGBl. I Nummer 400. Siehe dazu [Gutachten des BWV über den Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz \(KHVVG\)](#) vom 15. Mai 2024, Gz. IX 1 - 05 20 03 10 - 115/2024 (abgerufen am 26. Mai 2026).

¹⁰¹ Nach dem BStabG-RegE sollen die Beitragsbemessungsgrenze und die Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2027 einmalig jeweils um 3 600 Euro angehoben werden, §§ 6 Absatz 6, 223 Absatz 4 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE. Zudem soll künftig für bislang beitragsfrei mitversicherte Ehegatten bzw. Lebenspartner ein Beitragssatzzuschlag von 2,5 Prozentpunkten erhoben werden (sofern nicht z. B. Kinder unter 7 Jahren oder Menschen mit Behinderung im Haushalt leben oder Pflegeleistungen erbracht werden), siehe § 242b SGB V i. d. F. des BStabG-RegE. Die Beitragsbemessungsgrenze ist der Betrag des Bruttoeinkommens von Versicherten, der höchstens zur Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge herangezogen wird. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze ist das Bruttoeinkommen, ab dem Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht mehr in der GKV pflichtversichert sind, sondern sich privat krankenversichern dürfen.

Der Bundesrechnungshof wie auch der BWV haben sich wiederholt zu aktuellen Strukturreformen geäußert, zuletzt etwa zum KHVVG, zum Krankenhausreformenpassungsgesetz und zur Reform der Notfallversorgung.¹⁰² Grundsätzliche Anpassungen in diesen Bereichen sind seit längerer Zeit notwendig. Gründe für die fehlenden Strukturreformen sieht der BWV in der finanzpolitischen Steuerung der GKV, die überwiegend kurzfristig ausgerichtet ist. Maßgebliche Einflussfaktoren – insbesondere demografische Entwicklung und medizinisch-technischer Fortschritt – wirken hingegen langfristig. Diese Diskrepanz birgt die Gefahr, dass langfristige Finanzierungsrisiken nur eingeschränkt im Steuerungsprozess erfasst werden. Finanzielle Fehlentwicklungen werden tendenziell erst mit zeitlicher Verzögerung sichtbar.

Der im BStabG-RegE genannte Prognosehorizont bis zum Jahr 2030 erhöht die Transparenz zumindest der mittelfristigen Finanzentwicklung. Er weist für das Jahr 2030 eine strukturelle Deckungslücke von rund 40 Mrd. Euro bei einer Gesamtentlastung von 38 Mrd. Euro aus.¹⁰³ Die Differenz zwischen Entlastungswirkung und projizierter Deckungslücke führt danach schon für das Jahr 2030 wieder zu einer Deckungslücke.

Nach dem BStabG-RegE können zudem bereits geringe Abweichungen der Ausgaben-
dynamik – in der Größenordnung eines zusätzlichen Prozentpunkts – zu jährlichen Mehrbelastungen von etwa 4 Mrd. Euro führen.¹⁰⁴ Die rechnerisch bestehende Konsolidierung ist damit anfällig gegenüber vergleichsweise kleinen Abweichungen in zentralen Annahmen. Es ist daher davon auszugehen, dass die finanzielle Stabilisierung der GKV spätestens kurz nach dem betrachteten Zeitraum erneut unter Druck gerät. Gleichwohl ist der erweiterte Prognosehorizont positiv zu sehen. Er legt die strukturelle Problemlage offen und ist trotz seiner Unsicherheiten essentiell für eine sachgerechte politische Steuerung.

12 Abschließende Bewertung durch den BWV

Der BWV begrüßt die geplanten Reformvorhaben der Bundesregierung zur Stabilisierung der GKV-Finzen im Grundsatz. Prüfungserkenntnisse des

¹⁰² Siehe Fn. 100. Vgl. außerdem Gutachten des BWV über die Reform der Notfallversorgung – Hinweise zum Referentenentwurf des BMG vom 17. November 2025, vom 23. Januar 2026, Gz. IX 1 - 0003351; Stellungnahme des BWV zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG) vom 5. November 2025, Gz. IX 1 - 05 20 03 10/Serv. 288/2025 (jeweils abgerufen am 26. Mai 2026).

¹⁰³ BStabG-RegE S. 1, 5.

¹⁰⁴ Laut Gesetzentwurf führt eine höhere Ausgabendynamik von nur 1 Prozentpunkt in den Jahren 2026 oder 2027 gegenüber der zugrunde gelegten Prognose (bei Gesamtausgaben von rund 400 Mrd. Euro) zu höheren Ausgaben von rund 4 Mrd. Euro (BStabG-RegE S. 5).

Bundesrechnungshofes und Hinweise des BWV zu vorherigen Gesetzesvorhaben zeigen weitere Potenziale zur Entlastung der GKV-Finzen auf:

- Die Absenkung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen an die GKV ist in der Sache nicht nachvollziehbar und lässt sich mit dem Ziel einer Beitragsatzstabilisierung kaum in Einklang bringen. Der derzeit geplante Aufwuchs der Beitragszahlungen des Bundes für Grundsicherungsgeldbezieherinnen und -bezieher kompensiert diese Kürzung nicht.
- Spätere Darlehensrückzahlungen des Gesundheitsfonds an den Bund lösen keine Finanzierungsprobleme, sondern verschieben deren Lösung nur in die Zukunft.
- Die Beschränkung extrabudgetärer Vergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung entspricht einer Empfehlung des Bundesrechnungshofes. Der BWV hält die geplanten Änderungen für notwendig, jedoch nicht weitgehend genug.
- Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit mit Teilkrankengeld entspricht einer Empfehlung u. a. des Bundesrechnungshofes. Eine weitere Harmonisierung mit Regeln insbesondere der Arbeitslosenversicherung könnte weitere Wirtschaftlichkeitspotenziale heben.
- Die Streichung der Erstattungsfähigkeit homöopathischer und anthroposophischer Leistungen ist schlüssig. Die dadurch erzielten Einsparungen dürften allerdings niedriger sein als im BStabG-RegE angenommen.
- Die Regelungen zur Prüfung von Krankenhausabrechnungen bleiben hinter den Empfehlungen des Bundesrechnungshofes und der FKG zurück. Eine umfassendere Abrechnungsprüfung würde die Ordnungsmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit stationärer Behandlungen fördern und zudem der Ambulantisierung ärztlicher Leistungen dienen.
- Die Regelungen zu Festbeträgen für Hilfsmittel sind sachgerecht. Der BWV weist darauf hin, dass über die Festbeträge hinausgehende private Aufzahlungen von Versicherten für Hilfsmittel im Blick zu behalten sind.
- Leistungskomplexe für kieferorthopädische Leistungen können geeignet sein, Fehlanreize und unwirtschaftliche Behandlungen zu vermeiden. Allerdings erhalten in vielen Fällen Versicherte nach wie vor privat zu zahlende Mehrleistungen. Krankenkassen haben keine Kenntnis über diese Leistungen und können Versicherte daher weder dazu beraten noch die kieferorthopädische Versorgungswirklichkeit ausreichend einschätzen. Zudem fehlt es immer noch an einer umfassenden evidenzbasierten Versorgungsforschung über die langfristigen Auswirkungen kieferorthopädischer Maßnahmen. Dies behindert auch die grundsätzlich begrüßenswerte Überarbeitung der Kfo-RL, die das BStabG-RegE fordert.

Mit dem BStabG wird Zeit gewonnen, unerlässliche Strukturreformen bleiben notwendig. Solche hat auch kürzlich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Frühjahrsgutachten 2026 zum wiederholten

Male angemahnt.¹⁰⁵ Der BWV schließt sich diesen Einschätzungen an: Die Gesundheitsausgaben in Deutschland – gemessen am Bruttoinlandsprodukt – gehören im OECD-Vergleich¹⁰⁶ zu den höchsten, die Resultate bei zentralen Leistungsindikatoren sind jedoch mittelmäßig. Der Anstieg der GKV-Beitragssätze erhöht die Lohnnebenkosten, dämpft damit das verfügbare Einkommen und den privaten Konsum und schadet der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft.

Wesentliche Reformen müssen insbesondere auf der Ausgabenseite ansetzen und die Kostentreiber der GKV in den Blick nehmen. Bei der Krankenhausversorgung ist auf ein höheres Maß an Spezialisierung, mehr Qualität und eine weniger fallzahlgetriebene Finanzierung hinzuwirken. Maßnahmen zur Ambulantisierung sind auszubauen, um nicht notwendige stationäre Fälle zu vermeiden. Dies erfordert eine bessere Patientensteuerung – sowohl an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung als auch zwischen fachärztlicher und hausärztlicher Leistungserbringung. Hinweisen zur Senkung überproportional gestiegener Arzneimittelausgaben, vor allem im Bereich der innovativen Medikamente, sollte mehr Beachtung geschenkt werden.

Im Auftrag

Sievers

¹⁰⁵ Die sog. „Wirtschaftsweisen“, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Frühjahrgutachten 2026 vom 27. Mai 2026 (abgerufen am 28. Mai 2026). Zu den folgenden Ausführungen siehe Frühjahrgutachten S. 131 ff.

¹⁰⁶ OECD: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Die OECD ist ein Zusammenschluss von 38 wirtschaftlich hoch entwickelten demokratischen Staaten.