

GKV stabilisieren – Versicherte fair entlasten

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragssatzstabilisierungsgesetz)
(Referentenentwurf)

23. April 2026

Inhalt

I. Vorwort	3
II. Verbraucherrelevanz.....	3
III. Begrüßenswerte Maßnahmen	4
1. Orientierung der GKV-Leistungen an Patientennutzen und Wirksamkeit	4
2. Obligatorische Zweitmeinung für mengenanfällige Eingriffe.....	5
3. Einnahmensorientierte Ausgabenpolitik.....	5
4. Teilarbeitsunfähigkeit/Teilkrankengeld für Langzeiterkrankte.....	6
5. Abbau wirkungsloser Steuerungsanreize in der Vergütung ambulanter Leistungserbringer	6
IV. Bedenkliche Maßnahmen	8
1. Erhöhung der Zuzahlungen	8
2. Absenkung des Festzuschusses für Zahnersatz	9
3. Kürzungen bei Krankengeld und Kinderkrankengeld	9
4. Änderungen beim Krankengeldbezug für Selbstständige	10
5. Fristverkürzung für Reha-Anträge	10
6. Teilabschaffung der beitragsfreien Familienversicherung	10
7. Außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze	11
V. Vermisste Maßnahmen.....	12
1. Finanzierung versicherungsfremder Leistungen	12
2. Lenkungssteuern auf Tabak- und Alkoholerzeugnisse sowie auf gesüßte Getränke	12
3. Evaluation der Auswirkungen der Reform	13
VI. Gesamtbewertung	14
Impressum	15

I. Vorwort

Die Bundesregierung will mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (BStabG) auf die angespannte Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) reagieren. Handlungsbedarf besteht ohne Zweifel.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) kritisiert jedoch das Tempo des Gesetzgebungsverfahrens scharf. Die Frist zur Stellungnahme – von Donnerstagnachmittag (16.04.) bis Montagmorgen (20.04.) – lässt keine umfassende und ernsthafte fachliche Prüfung zu. Eine solche Frist verhindert eine echte Beteiligung von Zivilgesellschaft, Verbänden und Wissenschaft. Das entspricht nicht dem Anspruch einer transparenten und demokratischen Interessenanhörung. Gesundheitspolitik dieses Umfangs darf nicht übers Knie gebrochen werden. Innerhalb von weniger als zwei Wochen soll ein abgestimmter Gesetzentwurf vorgelegt werden, der tief in Leistungen und Finanzierungsstrukturen der GKV eingreift. Richtig ist: Die Politik muss zügig handeln. Falsch wäre jedoch ein Schnellschuss. Ohne sorgfältige Analyse drohen nicht ausgelotete Entscheidungen mit Fehlanreizen, soziale Schieflagen und Vertrauensverlusten bei den Versicherten. Der vzbv fordert die Bundesregierung daher auf, sich mehr Zeit für eine fundierte Reform zu nehmen. Eine angemessene Expertenanhörung auf Basis einer offenen und reflektierten politischen Debatte sind Voraussetzung dafür, dass Maßnahmen zur GKV-Stabilisierung nicht einseitig zulasten von Patientinnen und Patienten gehen und dass die Maßnahmen langfristig wirken.

Mit dieser Stellungnahme bewertet der vzbv ausgewählte Vorschläge aus Verbrauchersicht. Eine vollständige Bewertung des Entwurfs ist angesichts der kurzen Frist bedauerlicherweise nicht möglich. Der vzbv unterstützt wirksame und faire Maßnahmen und benennt, wo der Referentenentwurf nachgebessert werden muss.

II. Verbraucherrelevanz

Die gesetzlich Versicherten müssen immer höhere Beiträge zur Krankenversicherung schultern. Von 2015 bis 2025 sind die Beitragssätze von 15,4 auf durchschnittlich 17,5 Prozent der beitragspflichtigen Einkommen gestiegen. Historisch hoch war der Anstieg im Jahr 2025 mit gut 1,1 Prozentpunkten. Zum Jahreswechsel 2026 mussten 42 der 93 Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz (erneut) anheben. Für 2027 wird ein Defizit in zweistelliger Milliardenhöhe prognostiziert. Ohne wirksame politische Gegenmaßnahmen stehen also weitere erhebliche Beitragssteigerungen bevor. Die Verbraucher:innen sind durch die Beitragssteigerungen bereits jetzt finanziell stark belastet, weil auch viele weitere Lebenshaltungskosten gestiegen sind, etwa für Wohnung, Heizung, Strom und Lebensmittel. Gleichzeitig erhalten die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen häufig keine zeitnahen Untersuchungs- und Behandlungstermine. Gesetzlich Versicherte mussten im Jahr 2024 im Schnitt 36 Tage auf Facharzttermine warten, im Vergleich zu 2019 ist die Wartezeit um neun Tage angewachsen. Bei den Menschen entsteht so der Eindruck, dass sie für immer höhere Beiträge und Eigenleistungen immer weniger oder schlechtere Leistungen erhalten. Gelingt den politischen Entscheidungsträgern keine Trendwende, sprich die Mehrbelastungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu begrenzen und die Lasten fair zu verteilen, verlieren die GKV und ihr Solidarprinzip als konstitutives Element an Akzeptanz. Das

würde auch den demokratisch legitimierten Strukturen großen Schaden zufügen. Der Bedarf an einer nachhaltigen Reform ist also groß und er ist dringend.

III. Begrüßenswerte Maßnahmen

1. Orientierung der GKV-Leistungen an Patientennutzen und Wirksamkeit

Maßnahmen im Entwurf (Änderungen §§ 2, 11, 25, 65a SGB V)

- Überprüfung der Angebote zur Früherkennung (Prüfauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, G-BA)
- Ausschluss von Arzneimitteln und Leistungen der besonderen Therapierichtungen von der Erstattungsfähigkeit

Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

- Die stärkere Ausrichtung der Leistungen der GKV am patientenrelevanten Nutzen wird vom vzbv ausdrücklich begrüßt.
- Wie im Entwurf ausgeführt ist das Nutzen-Schaden-Verhältnis von anlasslosen Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsmaßnahmen in Teilen wenig überzeugend.
- Um den Nutzen zu erhöhen und deren Risiken (Falschdiagnosen, Überdiagnosen, Übertherapien) zu senken, sollten die Programme von der Niedrigrisikoprävention hin zu stärker risikoadjustierten Programmen weiterentwickelt werden.
- Weil Früherkennung immer mit – teils folgenschweren – Risiken einhergehen, erfordern die Angebote eine sorgfältige individuelle Abwägung und informierte Entscheidungsfindung durch die Versicherten. Eine Bonifizierung einer Teilnahme an den Programmen steht dem grundsätzlich im Wege und verhindert auch eine bedarfsorientierte Inanspruchnahme. Daher sollte der Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V Abs. 1 gestrichen werden.
- Die Satzungsleistungen der Krankenkassen enthalten eine Vielzahl von diagnostischen und therapeutischen Leistungen ohne Wirkungsnachweis. Die Angebote stehen häufig nicht im Einklang mit anerkannten, evidenzbasierten Leitlinien und Empfehlungen. Das betrifft weit mehr als nur Angebote der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie und Anthroposophie), zum Beispiel: Selbsttests zur Bestimmung des Prostataspezifischen Antigens (PSA). Kassenindividuelle Festlegung abweichender Altersgrenzen und Untersuchungsfrequenzen bei der Hautkrebsfrüherkennung. Anlasslose professionelle Zahnreinigung. Der Krankenkassen-Wettbewerb über vermeintliche Leistungsvorteile wirkt sich hier in Teilen gesundheitsgefährdend aus und verursacht unnötige Ausgaben. Ob die Leistungen medizinisch notwendig, überflüssig oder gar riskant sind, können die Versicherten in aller Regel nicht erkennen. Deshalb braucht es auch für die Satzungsleistungen die gesetzliche Vorgabe, dass sie nur Leistungen umfassen dürfen, deren Nutzen bereits belegt ist. Der Genehmigungsvorbehalt der Aufsichtsbehörden umfasst nicht die fachlich-inhaltliche Prüfung der Leistungen und ist nicht ausreichend. Das zeigt der Blick in die aktuelle Vielfalt der Satzungsleistungen.

- Völlig inkonsequent ist der Entwurf mit der Formulierung in der Begründung zu Nummer 6 (§ 11), dass die Krankenkassen private Zusatzversicherungsverträge über Arzneimittel und Leistungen der Homöopathie und Anthroposophie vermitteln dürfen. So begrüßenswert das Streichen dieser Angebote ist, so sehr steht diese Ausweichmöglichkeit im Widerspruch zu jeglicher Nutzenorientierung in der GKV. Dieser Satz ist daher aus der Begründung zu streichen und im Gesetzestext eine Klarstellung vorzunehmen, dass sich die Vermittlungstätigkeit ausschließlich auf Leistungen beschränkt, die einen Nutznachweis haben. Das sind also etwa Zusatzversicherungen für Zahnersatz, Hör- und Sehhilfen.
- Leistungskatalog der GKV sollte über die von der FKG genannten Leistungen hinaus systematisch auf Evidenz überprüft werden. Entsprechend des Hinweises der FKG sollte der § 25 Absatz 3 SGB V angepasst werden: Der Nutznachweis sollte zur Voraussetzung für Anspruch und Erstattung von Früherkennungsuntersuchungen definiert werden.

2. Obligatorische Zweitmeinung für mengenanfällige Eingriffe

Maßnahmen im Entwurf (Änderungen § 27b SGB V)

- Ergänzung des freiwilligen Zweitmeinungsverfahrens um eine obligatorische Komponente
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) bestimmt die Eingriffe, für die in der Folge die Zweitmeinung zur Abrechnungsvoraussetzung wird.
- Ab dem Jahr 2027 soll der G-BA jährlich für mindestens einen Eingriff eine obligatorische Zweitmeinung festgelegt werden.

Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

- Der vzbv unterstützt die Einführung eines obligatorischen (statt nur fakultativen) Zweitmeinungsverfahrens für mengensensible Eingriffe in der stationären Versorgung.
- Ein Obligatorium allein muss allerdings nicht zwingend zum Erfolg führen. Zusätzlich zur Zweitmeinung wären neutrale, indikationsspezifische Patienteninformationen in Textform wichtig für eine informierte Entscheidungsfindung. Diese Informationen sollten vom G-BA in Auftrag gegeben werden und verbindlicher Bestandteil der ärztlichen Aufklärung werden.
- Um Über- und Fehlversorgung im Krankenhaus bzw. bei ambulanten Operationen einzudämmen, muss das erweiterte Zweitmeinungsverfahren darüber hinaus mit weiteren strukturellen Maßnahmen einhergehen: dem Abbau von Fehlanreizen in der Vergütung, der konsequenten Spezialisierung der Krankenhausversorgung und Rückführung der Gelegenheitsversorgung sowie mit dem Abbau von stationären Überkapazitäten.

3. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik

Maßnahmen im Entwurf

- Striktere Orientierung der Ausgaben am Grundsatz der Beitragssatzstabilität
- Begrenzung der Vergütungsvereinbarungen in Höhe der tatsächlichen Kostensteigerungen bzw. anhand der Grundlohnrate

Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

- Wird grundsätzlich vom vzbv unterstützt.
- Ist notwendig angesichts der „weitgehenden Entkoppelung von Einnahmen und Ausgaben“ (FKG) und enormer Steigerung der Leistungsausgaben in den letzten Jahren

- Ist für Leistungserbringer grundsätzlich zumutbar, weil jährliche Honorarsteigerungen weiterhin möglich bleiben.
- Sektorale Budgets können Auswirkungen auf den Zugang der Versicherten zur Versorgung haben. Das kann verschiedene Gründe haben, zum Beispiel könnten Vertragsärzt:innen wie bereits angekündigt aus Protest gegen die Reformmaßnahmen Termine künstlich verknappten. Deshalb muss der Gesetzgeber vorsorgen: Etwaige Anpassungsreaktionen müssen sichtbar werden, um darauf kurzfristig mit geeigneten Maßnahmen zu reagieren. Die Auswirkungen sind daher sorgfältig zu evaluieren.

4. Teilarbeitsunfähigkeit/Teilkrankengeld für Langzeiterkrankte

Maßnahmen im Entwurf (Änderungen §§ 44c, 44d, 74 SGB V)

- Einführung einer für Arbeitnehmer:innen und Arbeitgeber freiwilligen, stufenweisen Teilarbeitsunfähigkeit ab Arbeitsunfähigkeit von 6 Wochen
- Kombination mit Teilkrankengeld für 25 %-, 50 %- sowie 75 %-Arbeitsunfähigkeit
- Einwilligungsvorbehalt für erkrankte Arbeitnehmer:innen wie für Arbeitgeber

Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

- Aus Sicht des vzbv ist das ein sehr sinnvoller Vorschlag, von dem positive gesundheitliche Effekte ausgehen dürften. So stehen bei psychischen Erkrankungen die Re-Integrationschancen in umgekehrtem Verhältnis zur Dauer der Abwesenheit vom Arbeitsplatz und auch bei somatischen Erkrankungen, etwa bei Muskel-Skelett-Erkrankungen, ist eine dosierte körperliche Belastung häufig sehr förderlich für den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben.
- Der Vorschlag ist auch deshalb sinnvoll, weil der Arbeitgeber während der stufenweisen Wiedereingliederung nach dem „Hamburger Modell“ noch keinen Arbeitslohn zahlen müssen, obwohl diese bereits einen Teil der Arbeitszeit zurückbekommen (Krankenkasse zahlt das volle Krankengeld).
- Hätte für Arbeitnehmer:innen neben gesundheitlichen auch finanzielle Vorteile (weil Arbeitslohn höher als Krankengeld).
- Der Einwilligungsvorbehalt wirkt Risiken wie Druck auf Arbeitnehmer:innen, Präsentismus, Verzögerung des Heilungsprozesses entgegen.
- Die behandelnden Ärzt:innen wie auch Ärzt:innen des Medizinischen Dienstes sind mit den Arbeitsplatzverhältnissen in aller Regel nicht vertraut und können die Möglichkeiten einer Teilarbeitsleistung nicht beurteilen. Deshalb sollten weitere Akteure eingebunden werden: Reha-Einrichtung, Betriebsarzt/Betriebsärztin, ein qualifizierter betriebsärztlicher Dienst, entsprechend qualifizierte:r Physiotherapeut:in (je nach Setting und Fallkonstellation)
- Auswirkung ist unabhängig zu evaluieren.

5. Abbau wirkungsloser Steuerungsanreize in der Vergütung ambulanter Leistungserbringer

Maßnahmen im Entwurf

- Streichen der im Terminservice- und Versorgungsgesetz 2019 eingeführten und später angepassten, extrabudgetären Zuschläge

- zur hausärztlichen Versichertenpauschale für durch TSS vermittelte Termine und für erfolgreich vermittelte Facharzttermine
- zur fachärztlichen Grundpauschale für durch TSS oder Hausarzt vermittelte Termine
- für Leistungen in offenen Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung
- Streichen der Vergütung für eine Organspendeberatung
- Rücknahme der Vergütung für Aktualisierung und Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte ab 2027
- Abschaffung der gesonderten verordnungsbezogenen Pauschalen je Blankoverordnung für Heilmittel

Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

- Die Vorschläge treffen weitgehend auf Zustimmung des vzbv.
- Finanzielle Steuerungsanreize ohne positive Versorgungswirkung können entfallen. Das gilt umso mehr, wenn die Instrumente Fehlanreize (Überdiagnostik, Mengenausweitung, Abweisung und Neueinbestellung von Patient:innen, Mitnahmeeffekte) auslösen,
- Der gescheiterte Versuch, mit Vergütungszuschlägen die Wartezeiten für Patient:innen zu verkürzen, sollte allerdings andere geeignete Maßnahmen des Gesetzgebers nach sich ziehen.

IV. Bedenkliche Maßnahmen

1. Erhöhung der Zuzahlungen

Maßnahmen im Entwurf (Änderungen § 61 SGB V)

- Erhöhung der unteren bzw. oberen Zuzahlungsgrenzen von 5 bzw. 10 Euro auf 7,50 bzw. 15,00 Euro (entspricht einer Erhöhung um 50 %). Unverändert beträgt der Zuzahlungsbetrag 10 Prozent des Abgabepreises.
- Erhöhung der kalendertäglichen Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege von 10 auf 15 Euro.
- Zusätzliche Erhöhung der Zuzahlungen für Heilmittel, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege von 10 auf 15 Euro je Verordnung.
- Erstmalige Einführung von Zuzahlungen für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA): 10 % plus 15 Euro pro Verordnung
- Weitere jährliche Erhöhung der Zuzahlungsgrenzen und -Beträge durch Dynamisierung derselben mit der Grundlohnrate

Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

- Eine Erhöhung der Zulagen lehnt der vzbv ab, weil das für das Erreichen des Einsparziels weder erforderlich noch angemessen ist. Bereits die vollständige Ausfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen beim Bürgergeld (vgl. unten) würde den Großteil der Finanzierungslücke decken.
- Es widerspricht dem Solidarprinzip der GKV, wenn Beitragszahler auf Kosten der erkrankten Menschen entlastet werden. Grundsätzlich fragwürdig ist, warum Patient:innen einen weiteren Beitrag zur Finanzreform leisten sollen. Sie haben bereits die hohen Beitragssteigerungen der letzten Jahre schultern müssen und müssen aktuell bereits Zuzahlungen und Eigenanteile mit hohem zweistelligem Milliardenbetrag stemmen.
- Zuzahlungen und Eigenanteile halten Patienten mit niedrigem Einkommen von der Inanspruchnahme ab. Auch die Belastungsgrenzen von 2 bzw. 1 Prozent des Bruttoeinkommens können aufgrund des umständlichen und hürdenreichen Kostenerstattungsprinzips den Verzicht auf medizinisch notwendige Maßnahmen nicht durchgehend abwenden. Verbraucher:innen werden die Maßnahme direkt im Alltag spüren, ganz besonders ohne zeitgleiche Entlastung an anderer Stelle (etwa durch Senkung der Mehrwertsteuer für Gemüse, Hülsenfrüchte und Obst). Auch die Finanzkommission Gesundheit (FKG) hat erhöhte Zuzahlungen mit einem Warnhinweis versehen: „Damit könnte sich der Zugang für Versicherte mit hohen Zuzahlungen im Verhältnis zu ihrem Einkommen erschweren.“¹ Erschwerend tritt hinzu, dass nicht allen Versicherten die Möglichkeit und die Wege zur Zuzahlungsbefreiung bekannt sein dürften.

¹ Finanzkommission Gesundheit (2026). Erster Bericht der Finanzkommission Gesundheit. Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf (Abruf am 20.04.2026)

2. Absenkung des Festzuschusses für Zahnersatz

Maßnahmen im Entwurf (Änderungen § 55 SGB V)

- Absenkung der befundorientierten Festzuschüsse für Zahnersatz um zehn Prozentpunkte von 60 auf 50 Prozent der Kosten der Regelversorgung.
- Entsprechend sollen nach fünfjähriger (zehnjähriger), regelmäßiger Kontrolluntersuchung die Festzuschüsse um zehn Prozentpunkte von 70 (75) Prozent auf dann 60 (65) Prozent abgesenkt werden.
- Für Härtefälle bleibt die vollständige Übernahme der Kosten der Regelversorgung bestehen. Die bisherigen Werte haben Gültigkeit für alle im Jahr 2026 noch bewilligten Festzuschüsse.

Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

- Die Maßnahme stellt eine erhebliche Leistungskürzung dar, die sich bei den Betroffenen angesichts der außergewöhnlichen Preisentwicklung seit dem Jahr 2021, als die Festzuschüsse um zehn Prozentpunkte angehoben worden waren, noch deutlich stärker bemerkbar machen dürfte.
- Leistungskürzungen treffen ausschließlich erkrankte Versicherte und sind deshalb aus Sicht des vzbv unangemessen. Leistungskürzungen wurden im Vorfeld von führenden Koalitionspolitikern immer wieder ausgeschlossen. Auch weil die Verbraucher:innen schon bisher enorme Eigenleistungen zu notwendiger gesundheitlicher Versorgung tragen müssen, werden sie die Kürzungsmaßnahme nicht nachvollziehen können.
- Die im Entwurf vorgesehene Begrenzung des Anstiegs des Honorarvolumens der Vertragszahnärzt:innen im Zuge einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ist nachvollziehbar. Allerdings tragen die Patient:innen über hohe Eigenanteile bei der Versorgung mit Zahnersatz anders als in der ärztlichen Versorgung einen Großteil der Versorgung. Wenn deren Preise nicht reguliert werden, ist mit Ausweichreaktionen der Leistungserbringer zu rechnen. Hier sollte der Gesetzgeber angemessene Schutzregelungen treffen.
- Eine Abfederung der Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten durch Zahnzusatzversicherungen, wie sie die FKG angeführt hatte, greift nur bedingt, weil viele Menschen eine solche nicht abgeschlossen haben. Insbesondere ist deren Abschluss sozial ungleich verteilt.

3. Kürzungen bei Krankengeld und Kinderkrankengeld

Maßnahmen im Entwurf (Änderungen §§ 45 und 47 SGB V)

- Absenkung des Krankengeld-Zahlbetrags von 70 % des Bruttogehalts auf 65 % und dessen Obergrenze von 90 % des Nettogehalts auf 85 %.
- Begrenzung der Krankengeld-Bezugsdauer auf generell 78 Wochen innerhalb von drei Jahren und zwar (anders als aktuell) auch dann, wenn eine neue Erkrankung zur Arbeitsunfähigkeit führt.
- Absenkung auch des Kinderkrankengelds um fünf Prozentpunkte.

Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

- Mit der Kürzung auch des Kinderkrankengelds geht der Entwurf noch über die Empfehlungen der FKG hinaus.
- Die Krankengeldkürzungen lehnt der vzbv als nicht angemessen ab, denn auch hiermit würden Erkrankte belastet, um Versicherte und Arbeitgeber zu entlasten. Die Leistungskürzungen sind weder gerechtfertigt noch begründet.

4. Änderungen beim Krankengeldbezug für Selbstständige

Maßnahmen im Entwurf (Änderungen § 44 SGB V)

- Einführung einer Wartezeit von 3 Monaten nach Abgabe der Wahlerklärung
- Einführung einer Erlaubnisnorm mit Widerspruchsrecht zur Information durch die Krankenkasse

Bewertung durch Verbraucherzentrale Bundesverband

- Das Motiv, das Solidarprinzip zu stärken, scheint zunächst nachvollziehbar. Mit der Maßnahme geht jedoch ein Generalverdacht auf Missbrauch einher. Sinnvoller wäre daher eher eine Regelung, die nicht zulasten des Leistungsanspruchs aller Selbstständigen geht und denkbaren Missbrauch auf anderem Wege ausschließt.
- Die geplante Erlaubnisnorm mit Widerspruchsrecht (Opt-out) lehnt der vzbv ab. Was bisher als freiwilliges Beratungsangebot der Krankenkassen bezeichnet wird, ist auch schon heute vielfach keines. Aus den Beratungen der Verbraucherzentralen ist bekannt, dass das Ziel der „Beratungen“ der Krankenkassen eher nicht die Unterstützung der Betroffenen ist. Vielmehr wird häufig überprüft, ob der Krankengeldbezug berechtigt ist, ob die Versicherten gegen ihre Mitwirkungspflicht an der Genesung verstoßen haben, ob sie nicht schon erwerbsunfähig sind oder ob sie nicht eigentlich arbeitslos sind und in die Zuständigkeit des Arbeitsamtes fallen. Es geht dabei also weniger um eine Beratung, als um das Ziel, die Menschen aus dem Krankengeldbezug zu drängen.

5. Fristverkürzung für Reha-Anträge

Maßnahmen im Entwurf (Änderungen § 51 SGB V)

- Fristverkürzung für Anträge auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsplatz von zehn auf vier Wochen.

Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

- Wird vom vzbv abgelehnt. Die bisherige Frist von zehn Wochen sollte bestehen bleiben. Eine kürzere Frist würde viele Betroffene überfordern.
- Viele Gründe können ausschlaggebend für verzögerte Antragstellungen sein, unter anderem der aufwendige Prozess der Beantragung oder der erstmalige Kontakt zum Rentenversicherungsträger. Betroffene Versicherte sind zudem nicht in allen Fällen arbeitsunfähig, d.h., sie müssen die Anträge nicht selten stellen, während sie ihrer normalen Tätigkeit nachgehen und/oder gesundheitlich eingeschränkt sind.
- Insbesondere Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsplatz wirken mittel- und langfristig, sodass eine kurzfristige Antragstellung nicht entscheidend für deren Nutzen ist. Es ist nicht nachvollziehbar, warum etwa ein höhenverstellbarer Schreibtisch für Arbeitnehmer:innen mit überwiegend sitzender Tätigkeit nicht auch einige Wochen später von großem Nutzen sein soll.

6. Teilabschaffung der beitragsfreien Familienversicherung

Maßnahmen im Entwurf (Änderungen §§ 3, 242b SGB V)

- Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner:innen
- Ausnahmen sollen laut Entwurf gelten für: Eltern von Kindern unter sieben Jahren; Eltern von Kindern mit Behinderung im selben Haushalt, die sich nicht selbst unterhalten können; wenn ein

Elternteil/Lebenspartner:in eine:n Angehörige:n mit mindestens Pflegegrad 2 mindestens zehn Stunden wöchentlich an mindestens zwei Wochentagen in seiner häuslichen Umgebung pflegt; wenn der Ehegatte/Lebenspartner:in die Regelaltersgrenze erreicht hat.

- Alle anderen Mitversicherten Ehegatten/Lebenspartner:innen sollen ab 2028 einen einkommensabhängigen Beitrag in Höhe von 3,5 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens zahlen.

Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

- Die beitragsfreie Mitversicherung begünstigt derzeit vor allem Einverdienerhaushalte mit hohem Einkommen. Pauschale Zahlungen aber, wie von der FKG vorgeschlagen, würden besonders die Familien mit niedrigen Einkommen belasten, ohne die unfair niedrige Beitragsbemessung hoher Einverdienerhaushalte wirksam auszugleichen. Das lehnt der vzbv als unsolidarisch ab.
- Laut Entwurf sollen die Betroffenen Partner:innen stattdessen einen prozentualen, also einkommensabhängigen Beitrag zahlen. Der Entwurf sieht weitere Ausnahmen vor. Im Vergleich zum Pauschalbeitrag und zum Vorschlag der Finanzkommission entstünde zwar eine etwas gerechtere Lastenverteilung, niedrige Einkommen würden aber immer noch zusätzlich belastet. Zudem würden die zusätzlichen Beiträge nur die Arbeitnehmer:innen belasten, die Abkehr von der paritätischen Aufteilung der Beitragslast wäre ebenfalls unsolidarisch.
- Eine bessere und gerechtere Lösung wäre ein Partnersplitting, bei dem das Familieneinkommen bis zur doppelten Beitragsbemessungsgrenze gemeinsam verarbeitet würde. Bei diesem Verfahren würde das Haushaltseinkommen gleichmäßig auf die beiden Partner verteilt und dann getrennt voneinander verarbeitet. Gerade auch im Vergleich zum aktuellen System würde das die Ungerechtigkeit beseitigen, dass deutlich weniger Beitrag gezahlt werden muss, wenn die Einkommen der Partner stark voneinander abweichen. Verdient nämlich nur eine Person Geld, zahlt das Paar bisher nur einen Beitrag in begrenzter Höhe – selbst bei sehr hohem Einkommen. Eine feste Pauschale oder ein begrenzter prozentualer Aufschlag – wie im Entwurf vorgesehen – würde auch niedrige Einkommen treffen und sehr hohe Einkommen weiterhin schonen. Eine solche Regelung würde also die Finanzierungslasten wesentlich fairer als heute verteilen und zugleich niedrige Haushaltseinkommen schonen.
- Anreize für die Beschäftigung von Frauen wird eine Veränderung bei der Familienversicherung in vielen Fällen nur dann bewirken, wenn die erforderlichen Betreuungsstrukturen flächendeckend zur Verfügung stehen. Das ist nur dann der Fall, wenn der stufenweise Rechtsanspruch auf ganztägige Förderung für Kinder in Horten und Ganztagsgrundschulen (nach Ganztagsförderungsgesetz aus dem Jahr 2021) auch in der Praxis umgesetzt werden kann. Das sollte bei der Neuregelung unbedingt berücksichtigt werden, um neue Ungerechtigkeiten bei der Beitragsbemessung zu vermeiden.

7. Außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze

Maßnahme im Entwurf (Änderung § 223 SGB V)

- Einmalige, außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2027 um 3.600 Euro
- Das reguläre Verfahren zur Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze anhand der bundesweiten Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter wird einmalig ausgesetzt.

Bewertung durch den vzbv

- Die BBG wird jährlich per Rechtsverordnung an die Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst. In den Jahren 2025 und 2026 stieg sie für die GKV (und SPV) bereits ungewöhnlich stark, nämlich um 4.050 bzw. 3.060 Euro, für das Jahr 2026 beträgt die BBG 69.750 Euro. Die Erhöhungen belasten insbesondere die mittelhohen Einkommen übermäßig stark.
- So gerecht es ist, wenn höhere Einkommen in einem Solidarsystem einen höheren Beitrag zahlen, so ungerecht ist es, wenn die Beiträge in der GKV fast ausschließlich auf Einkommen aus abhängiger Beschäftigung erhoben werden. Haushalte mit gleicher wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit werden dadurch ungleich mit Beiträgen belastet. Es wird also eine Gerechtigkeitslücke ein Stück weit geschlossen, dafür aber eine andere vergrößert. Mit der Folge, dass bei Umsetzung die betroffenen Arbeitnehmer:innen ein drittes Jahr in Folge keine Nettolohnzuwächse mehr erfahren dürften.
- Bislang müssen nur freiwillig gesetzlich Krankenversicherte Einnahmen auch aus anderen Erwerbsquellen verbeitragen. Das sind neben Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit auch solche aus Kapitalerträgen und Mieten. Daher sollte die Bundesregierung ernsthaft prüfen, welchen Beitrag andere Einkommensarten leisten könnten und ob dies in einem angemessenen Verhältnis zum administrativen Mehraufwand beim Beitragseinzug stünde.

V. Vermisste Maßnahmen

1. Finanzierung versicherungsfremder Leistungen

Anders als von der FKG vorgeschlagen, sieht der Referentenentwurf nicht die kostendeckende Ausgestaltung der vom Bund zu tragenden Gesundheitsausgaben für Bürgergeldbeziehende vor. Auch der Vorschlag einer Dynamisierung des Bundeszuschusses zur pauschalen Gegenfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen wird nicht aufgegriffen.

Aus Sicht des vzbv muss mit dem Gesetz mindestens der Einstieg in die auskömmliche Gegenfinanzierung der Ausgaben beim Bürgergeld erfolgen. Das wäre ein starker Hebel, die Beitragslasten gerechter zu verteilen und Versicherte wie Arbeitgeber zu entlasten. Der schrittweise Einstieg wäre ein angemessener Kompromiss angesichts der angespannten Haushaltslage des Bundes. Müssen GKV-Versicherte alleine die nicht gedeckten Ausgaben tragen, dann beeinträchtigt das ganz elementar die Glaubwürdigkeit und Akzeptanz der Reform.

Die Dynamisierung des Bundeszuschusses ist überfällig. Denn was künftig für Zuzahlungen gelten soll, muss auch für den Bundeszuschuss selbstverständlich sein.

2. Lenkungssteuern auf Tabak- und Alkoholerzeugnisse sowie auf gesüßte Getränke

Als Lenkungssteuern hatte die FKG (erhöhte) Steuern auf Tabakerzeugnisse und alkoholische Getränke empfohlen sowie eine gestaffelte Herstellerabgabe auf zuckergesüßte

Erfrischungsgetränke. Sofern Steuermehreinnahmen erzielt werden, sollten diese der GKV zugeführt werden.

Lenkungssteuern sind aus Sicht des vzbv ein zentraler und sehr wirksamer Hebel, um die hohe Krankheitslast bei nichtübertragbaren Erkrankungen (besonders Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen) zu bekämpfen und langfristig Gesundheitsausgaben zu senken. Sie sollten nach Ansicht des vzbv und für eine optimale Wirksamkeit im Paket mit weiteren Steuerungsmaßnahmen beschlossen werden: Das betrifft insbesondere die Verfügbarkeit, die Kennzeichnung und die Werbung für die genannten Produkte/Substanzen, ergänzt um das Streichen der Mehrwertsteuer für unverarbeitete Lebensmittel, die einer ausgewogenen Ernährung dienen: Gemüse, Hülsenfrüchte, Obst. Mehreinnahmen sollten gezielt für strukturelle Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, besonders auf kommunaler Ebene, eingesetzt werden.

Die „Zuckersteuer“ sollte wie von der FKG vorgeschlagen als gestaffelte Herstellerabgabe ausgestaltet werden, damit sie zu Anpassungsreaktionen der Hersteller führt. Ziel sind hier also ausdrücklich nicht zusätzliche Einnahmen, sondern der Reaktionen der Hersteller, die den Zuckergehalt der Getränke vermindern und besonders Kinder und Jugendliche schützen. Zusätzlich sind auch mit alternativen Süßungsmitteln (Süßstoffe, Zuckeraustauschstoffe) gesüßte Softdrinks mit einer Abgabe zu belegen, um die Süßprägung zu vermeiden.

Ministerin Warken hat bezüglich der Lenkungssteuern auf die Zuständigkeit des Finanzministeriums verwiesen. Die Umsetzung darf deshalb nicht auf die lange Bank geschoben werden. Die Maßnahmen müssen zeitgleich mit der Finanzierungsreform beschlossen werden.

3. Evaluation der Auswirkungen der Reform

Die Reformmaßnahmen haben in mehreren Aspekten das Potenzial, sich negativ auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung auszuwirken. Das kann durch Anpassungsreaktionen der Leistungserbringer, aber auch der Patient:innen geschehen. Letztere könnte gezwungen sein, aufgrund der erhöhten finanziellen Belastung (Zuzahlungen, Leistungskürzungen, Fristverkürzung für Reha-Anträge) trotz ihres gesetzlichen Anspruchs einen Teil der notwendigen medizinischen und gesundheitlichen Leistungen nicht in Anspruch zu nehmen. Bereits mit Bekanntwerden der Vorhaben ist mit Anpassungsreaktionen zu rechnen, etwa beim Zahnersatz. Unklar sind auch die Auswirkungen des obligatorischen Zweitmeinungsverfahrens, besonders wenn die ärztlichen Informationen weiterhin nur mündlich und nicht indikationsspezifisch erfolgen sollten. Was für jedes neue Steuerungsinstrument in der GKV Standard sein sollte, die Evaluation, muss auch in Bezug auf die Teilarbeitsunfähigkeit in Verbindung mit dem Teilkrankengeld gelten.

Die wesentlichen Auswirkungen sind daher spätestens mit Inkrafttreten der Reform sorgfältig und unabhängig zu evaluieren. Das muss zwingend im Gesetzentwurf mit angelegt werden.

VI. Gesamtbewertung

Der Referentenentwurf enthält eine Vielzahl von sinnvollen Maßnahmen zur Stabilisierung der Beiträge. Hervorzuheben ist besonders der Einstieg in eine konsequentere Orientierung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung am Patientennutzen und in den Abbau von überflüssigen und schädlichen Maßnahmen. Einige der Maßnahmen sind allerdings inkonsequent bzw. verfolgen das richtige Ziel mit den falschen Mitteln. Das gilt insbesondere bei der Familienversicherung. Auch ist unverständlich, warum die Krankenkassen private Zusatzversicherungen für unwirksame Leistungen vermitteln dürfen sollen. An dieser Stelle muss die Koalition in den Wettbewerb der Krankenkassen eingreifen, um konsistent und glaubwürdig zu bleiben.

Der Bericht der FKG vom 30. März enthält insgesamt 66 Empfehlungen, die die Kommission anhand ihrer Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, auf Steuerungseffekte, den Zugang oder die Verteilungsgerechtigkeit in drei Kategorien eingestuft hat: Das sind Maßnahmen, die in dieser Hinsicht positive Auswirkungen zeigen (Kategorie A*), solche ohne Auswirkungen (Kategorie A) und solche, die unsichere oder potenziell negative Auswirkungen haben (Kategorie B).

In Kategorie B befinden sich unter anderem:

- die Erhöhung der Zuzahlungsbegrenzungen auf ein realwertiges Niveau,
- die Rücknahme der Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz,
- die Absenkung des Krankengeld-Zahlbetrages und
- die Festlegung der maximalen Krankengeld-Bezugsdauer auf 78 Wochen.

Bei Umsetzung aller 66 von der FKG vorgestellten Maßnahmen ergäbe sich eine Finanzwirkung von 42 Milliarden Euro. Davon sollten die Patient:innen nach Empfehlung der Kommission zehn Prozent (4,1 von 42 Mrd. Euro) tragen. Nach ihrer Aussage der FKG wäre das (noch) angemessen und sozialpolitisch ausgewogen. Das Einsparziel im Referentenentwurf umfasst nur noch knapp 20 Milliarden Euro. Durch Wegfall zahlreicher Maßnahmen zugunsten der Leistungserbringer und des Bundes beträgt der Belastungsanteil der Patient:innen knapp 20 Prozent. Damit würde sich ihr Anteil fast verdoppeln. Das wäre bei weitem keine sozial ausgewogene Belastungsverteilung mehr. Und es ist nicht nachvollziehbar, warum überhaupt der Entwurf Maßnahmen enthält, die von der Expertenkommission selbst als potenziell schädlich für die Versorgungsqualität, Versorgungszugang und Verteilungsgerechtigkeit bezeichnet wurden.

Profitieren würden dadurch der Bund, der nur einen verschwindend geringen Belastungsanteil trägt (verzögerte Darlehensrückzahlung der Krankenkassen), die Leistungserbringer und Hersteller. Insbesondere der Verzicht auf die Gegenfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen und auf einen angemessenen Beitrag der Pharmaindustrie (Herstellerabschlag) sind unsolidarisch und lösen ein großes Störgefühl aus. Das widerspricht auch dem eigenen Leitsatz der Bundesregierung, dass alle Akteure einen Anteil an der Reform werden schultern müssen. Und das wiederum dürfte sich enorm akzeptanzmindernd auswirken.

Impressum

Herausgegeben von:

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
Rudi-Dutschke-Straße 17, 10969 Berlin
T +49 30 25800-0
info@vzbv.de
vzbv.de

Für den Inhalt verantwortlich:

Team Gesundheit und Pflege
gesundheit@vzbv.de

Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. ist im Deutschen Lobbyregister und im europäischen Transparenzregister registriert. Sie erreichen die entsprechenden Einträge [hier](#) und [hier](#).