



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

19.04.2026

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhaltsverzeichnis

A. Anmerkungen zu einzelnen Teilbereichen.....	4
I. Krankenhäuser	4
II. Ambulanter Bereich.....	4
III. Arzneimittelversorgung.....	5
IV. Risikostrukturausgleich (RSA)	5
V. DiGA.....	7
VI. Verwaltungskostenbudgetierung bei Krankenkassen.....	7
B. Ergänzungsbedarf	8
I. Refinanzierung der Gesundheitskosten von Bürgergeldempfängern und Dynamisierung Bundesschuss	8
II. Besteuerung von Genussmitteln.....	9
C. Fazit	10

Stellungnahme

Der vorgelegte Referentenentwurf für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist ein wichtiger Schritt in Richtung einer dringend notwendigen Stabilisierung der GKV-Finanzen. Er ist die „Notbremse“, um Raum und Zeit für die weiterhin erforderlichen Strukturreformen zu bekommen.

Die FinanzKommission Gesundheit (FKG) hat mit ihren Empfehlungen eine argumentativ überzeugende ‚Blaupause‘ für den Entwurf vorgelegt und dabei auf eine gerechte Austarierung der Belastungen Wert gelegt. Dass von den 66 Empfehlungen mehr als drei Viertel im Entwurf übernommen worden sind, ist insofern ausdrücklich zu begrüßen.

Negativ sind dagegen die gravierenden Abstriche hinsichtlich der restlichen FKG-Maßnahmen, was zu einer Verschiebung der zuvor gut austarierten Belastungsgewichte geführt hat. Stattdessen finden sich Maßnahmen im Gesetzentwurf, die die Kommission ausdrücklich nicht vorgeschlagen hat, wie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Das muss noch Gegenstand der politischen Debatte sein.

Sowohl die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wie auch die geplante Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern sollte auch im Hinblick auf die Wechselwirkung mit der PKV betrachtet werden. Eine nennenswerte Abwanderung von Mitgliedern zur PKV kann das prognostizierte Einsparvolumen schnell zur Makulatur werden lassen.

Zielführende Grundausrichtung

Dennoch ist insgesamt positiv aus Sicht der Innungskrankenkassen hervorzuheben, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sich vieler der bestehenden Baustellen angenommen hat. Zielführend ist vor allem das ausdrückliche Bekenntnis zur Rückkehr einer lang geforderten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, um dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität wieder mehr Gewicht zu geben.

Wichtig ist auch an dieser Stelle festzuhalten, dass die vorgesehenen Maßnahmen nicht zu einer schlechteren, sondern sogar zu einer besseren Versorgung führen können. Darüber hinaus sind sie Ausdruck des in § 12 SGB V festgelegten Wirtschaftlichkeitsgebots, wonach medizinische Leistungen der GKV ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig sein müssen.

In verfassungsrechtlicher Hinsicht entsprechen sie damit dem im Grundgesetz verankerten Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Angesichts der finanziellen Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind die vorgeschlagenen Maßnahmen grundsätzlich geeignet und erforderlich. In der Frage der Angemessenheit ist jedoch auch die faire und gerechte Austarierung der Belastungen zu berücksichtigen. Hier besteht Veränderungsbedarf – auch mit Blick auf das Ziel der FKG, die „ihre Arbeit eingebettet in einen verfassungsrechtlichen und ethischen Rahmen“ sieht, der sowohl staatliche Schutzpflichten markiert, als auch ethische Orientierung für den Umgang mit Zielkonflikten unter Bedingungen begrenzter Ressourcen bietet.

A. Anmerkungen zu einzelnen Teilbereichen

I. Krankenhäuser

Viele der vorgesehenen Maßnahmen wie die Anpassung der Meistbegünstigungsklausel, die Maßnahmen zur Psychiatrie und zum Pflegebudget gehen in die richtige Richtung. Jedoch – wie schon beim KHAG bemängelt wurde – verbleiben zu viele Ausnahmetatbestände; darüber hinaus sind eine Vielzahl an Umsetzungsproblemen zu erwarten. Kritisch ist, dass die Pflegebudgets nicht in das DRG-System rückgeführt wurden, sondern mit Anstiegsdeckelungen und Ausnahmemöglichkeiten gearbeitet wird. Die von der FKG vorgeschlagenen Maßnahmen wären zielführender und weniger verwaltungsaufwendig gewesen.

Die vorgeschlagene Änderung bei den Prüfquoten im Zusammenhang mit der Rechnungsprüfung bleibt leider ebenfalls hinter den Empfehlungen der FKG zurück. Statt Veränderungen an einer praktisch aufwendigen und wenig funktionalen Regelung vorzunehmen, wäre die Abschaffung der Prüfquoten der konsequente Schritt.

II. Ambulanter Bereich

Die Streichung der TSS-Zuschläge (Terminservicestellen-Zusatzvergütung) und die Rückführung der extrabudgetären Leistungen in das Budget sind aus Sicht der Innungskrankenkassen konsequent und richtig. Diese Sondervergütungen haben nachweislich zu keiner proportionalen Verbesserung der Versorgung geführt und wurden – wie auch in der Begründung des Referentenentwurfs zutreffend ausge-

führt wird – als Fehlanreize identifiziert. Die Rückführung extrabudgetärer Leistungen in die MGV wird ausdrücklich begrüßt. Durch die Regelungen der MGV wird das ärztliche Honorar kalkulierbar und ist für Krankenkassen abschätzbar.

III. Arzneimittelversorgung

In Bezug auf den im Referentenentwurf geregelten dynamischen Herstellerrabatt bei Arzneimitteln (§ 130a SGB V) bleibt dieser hinter den Empfehlungen der Finanzkommission zurück. Statt der vorgeschlagenen pauschalen 14 Prozent soll nun ein Wert gelten, der deutlich unter dem Vorschlag der FKG bleibt. Darüber hinaus werden die durch das FinStG gerade erst eingeführten Leitplanken im Rahmen der Erstattungsbetragsverhandlungen und die Kombinationsabschläge gestrichen. Dies ist bedauerlich, denn damit bleiben die möglichen Einsparziele deutlich hinter den Vorschlägen der FKG zurück, was von den Innungskrankenkassen abgelehnt wird.

Im Übrigen ist darauf zu achten, dass bei der anstehenden Apotheken- und AMNOG-Reform die bisher noch nicht beachteten Reformempfehlungen der FKG umgesetzt werden: Dazu gehören die Abschaffung des Orphan-Drug-Privilegs und die Rückführung der nicht abgerufenen Mittel aus dem Fonds für pharmazeutische Dienstleistungen. Angesichts der finanziellen Situation der GKV ist es nicht vertretbar, finanzielle Mittel zu blockieren, die offenbar nicht gebraucht werden.

Darüber hinaus fordern die Innungskrankenkassen als entlastende Maßnahmen die Abschaffung der freien Preisfestsetzung für Arzneimittel innerhalb der ersten sechs Monate sowie die Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel. Erstgenannter Punkt führt zu überhöhten Einstiegspreisen neuer Arzneimittel.

IV. Risikostrukturausgleich (RSA)

Bei dem Ziel einer dauerhaften Beitragssatzstabilisierung muss auch die Funktionsfähigkeit und Akzeptanz des RSA berücksichtigt werden. Die Vorschläge im vorliegenden Referentenentwurf sind geeignet, den Gesundheitsfonds kurzfristig, aber nicht nachhaltig zu stabilisieren. Deshalb ist eine flankierende Anpassung des RSA erforderlich, weil Ausgabenbegrenzungen und höhere Zuzahlungen zu strukturell ungleich verteilten Belastungen führen und insbesondere Kassen mit einer hohen Ausgabenlast benachteiligen.

Es erscheint daher notwendig, den RSA an die durch das Gesetz neu entstehenden Verteilungswirkungen anzupassen und weiterzuentwickeln, um Zielgenauigkeit und Akzeptanz dauerhaft sicherzustellen.

Der RSA ist das Fundament eines fairen Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sein Ziel ist es, dass Krankenkassen mit vielen älteren, chronisch-kranken oder kostenintensiven Versicherten nicht benachteiligt werden. Gleichzeitig soll er sicherstellen, dass die Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds zielgenau verteilt werden und allen Versicherten unabhängig von Alter, Einkommen oder Gesundheitszustand ein gleicher Zugang zur Versorgung ermöglicht wird.

Die langjährige Praxis zeigt jedoch, dass die Zielgenauigkeit für bestimmte Versichertenkonstellationen nicht gegeben ist. Dies betrifft die hohe Überdeckung von gesunden Versicherten zu Lasten der kranken Versicherten und verstärkt sich, wenn unvollständige Versichertenzeiten in Verbindung mit einem Risikopoolanspruch hinzukommen. Diese Fehlentwicklungen können durch die nun anstehenden Entscheidungen verstärkt werden und gefährden damit die angestrebte Chancengleichheit im Wettbewerb.

Die Innungskrankenkassen schlagen daher eine gezielte Nachjustierung folgender Punkte vor:

1. Einführung der HMG-Anzahl als Risikomerkmals

Künftig ist auch die Anzahl der relevanten Erkrankungen (HMGs) einer versicherten Person als Risikomerkmals in die Berechnung des RSA einzubeziehen. So werden Über- und Unterdeckungen in Abhängigkeit von der Morbiditätslast abgebaut.

2. Kalendertäglicher Schwellenwert im Risikopool

Mit der Einführung eines kalendertäglichen Schwellenwerts im Risikopool würde die Ausgleichsgrenze nicht für ein ganzes Jahr gelten, sondern – wie im RSA Verfahren üblich – Tag genau berechnet werden. So würden auch schwer erkrankte Versicherte mit kürzerer Versicherungszeit fair im RSA berücksichtigt. Im Ergebnis führt dies zu mehr Zielgenauigkeit, gerechterer Mittelverteilung und weniger Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen.

V. DiGA

Die Empfehlungen der FKG orientieren sich konsequent am Leitprinzip der evidenzbasierten Medizin. Dieses Prinzip muss sektorenübergreifend für sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gelten: Leistungen ohne nachgewiesenen Nutzen dürfen nicht dauerhaft aus Beitragsmitteln finanziert werden.

Gerade die bisherigen Erfahrungen mit DiGAs zeigen deutlich, dass im ersten Jahr nach Zulassung hohe Kosten entstehen, ohne dass ein belastbarer Nutzen nachweis vorliegt. Zudem werden die im Antragsverfahren prognostizierten Effekte häufig nicht erreicht, und ein signifikanter Anteil der Anwendungen wird vorzeitig abgebrochen. Dies führt dazu, dass die GKV wiederholt Leistungen finanziert, deren Mehrwert sich retrospektiv nicht bestätigt.

Der Referentenentwurf greift diese zentralen und für die GKV kostenintensiven Missstände jedoch nicht auf. Weder wird die Erprobungsregelung gestrichen, noch wird das seit 2019 bestehende finanzielle Risiko der GKV – insbesondere im Zusammenhang mit Insolvenzen nach erfolglos durchlaufenen Fast-Track-Verfahren – wirksam adressiert. Damit bleibt ein struktureller Verstoß gegen das Prinzip der evidenzbasierten Versorgung bestehen.

Kritisch ist zudem die weiterhin vorgesehene Zuzahlungsfreiheit von DiGAs. Diese führt zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Privilegierung gegenüber anderen Leistungsbereichen. Eine angemessene finanzielle Beteiligung der Versicherten ist auch hier erforderlich, um eine verantwortungsvolle und wirtschaftliche Inanspruchnahme zu fördern.

Die vorgesehenen Anpassungen greifen daher zu kurz. Ohne die Streichung der Erprobungsregelung, die Beendigung der initialen Preisfreiheit und die Einführung von Zuzahlungen bleibt das DiGA-System in zentralen Punkten ineffizient und nicht evidenzbasiert ausgestaltet.

VI. Verwaltungskostenbudgetierung bei Krankenkassen

Im Zusammenhang mit der vorgesehenen (erneuten) Verwaltungskostenbudgetierung sollten neben den bereits im Gesetzentwurf genannten Ausnahmetatbestände auch Kosten im Zusammenhang mit freiwilligen Kassenvereinigungen i.S.d. § 155 SGB V (Fusionen) berücksichtigt werden.

Eine Fusion zweier Körperschaften ist ein komplexer Prozess. Bevor dabei Effizienzpotentiale gehoben werden können, sind Investitionen notwendig, die sich erst im Laufe der Zeit wirtschaftlich auswirken. Deshalb sollten die Beschränkungen für die Verwaltungskosten nicht für Kosten im Zusammenhang mit Fusionen gelten. Diese Ausnahme im Zuge einer freiwilligen Kassenvereinigung sollte im Zeitraum eines Jahres vor bzw. in den zwei Jahren nach der Fusion gelten.

B. Ergänzungsbedarf

Aus Sicht der Innungskrankenkassen fehlen im Gesetzentwurf entscheidende Maßnahmen, die von der FKG mit gutem Grund vorgeschlagen wurden und zu einer deutlichen Entlastung der Beitragssätze führen würden:

I. Refinanzierung der Gesundheitskosten von Bürgergeldempfängern (zukünftig Grundsicherungsempfänger) und Dynamisierung Bundesschuss

Die FKG hatte noch eine dritte Prämisse für die Finanzreform vorgesehen. So sollte die Verteilung der finanziellen Lasten auf *alle* Schultern erfolgen. Das hätte bedeutet, dass neben den Leistungserbringern und Herstellern, den Krankenkassen sowie den Patientinnen und Patienten bzw. den Arbeitgebern und Versicherten *auch der Staat in die Pflicht genommen worden wäre*. Die FKG hatte hierzu vorgesehen, dass zum einen der Bundeszuschuss dynamisiert und zum anderen die ursprünglich schon einmal im Koalitionsvertrag verankerte und verfassungsrechtlich gebotene Refinanzierung der Gesundheitskosten von Bürgergeldempfängern durch Steuermittel erfolgen sollte.

Diese beiden ausdrücklichen Empfehlungen der FKG – 12 Milliarden Euro hätten danach allein durch die Erstattung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund generiert werden können – sind nun mit dem nicht überzeugenden Verweis auf die mangelnde Ressortzuständigkeit des BMG nicht Inhalt des Gesetzentwurfs geworden. Stattdessen ist jetzt lediglich eine „Beteiligung“ des Bundes – wenn man das überhaupt so nennen kann – in Form einer Stundung der Darlehen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Höhe von insgesamt 5,6 Milliarden Euro vorgesehen. Von einem „Verteilen auf alle Schultern“ kann insofern nicht mehr die Rede sein, wie auch der folgende Vergleich der Kostenbeteiligung nach den empfohlenen Maßnahmen der FKG und der nun im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz enthaltenen Vorschläge belegt:

Kostenträger		BStbG	FKG
Leistungserbringer, Hersteller, Krankenkassen		60,2%	44,9%
Patientinnen und Patienten		19,4%	9,7%
Bund		0,0%	29,6%
Mehreinnahmen (ohne Bund)		20,4%	15,8%
Davon:	Arbeitgeber	14,3%	3,1%
	Mitglieder*	6,1%	8,3%
	Konsumsteuer	0,0%	4,5%

Damit werden nun die übrigen Beteiligten, vor allem Versicherte und Patienten und Arbeitgeber, anteilmäßig deutlich höher belastet. Eine Schieflage, die gerade die mit dem Gesetz zu entlastenden Beitragszahlenden unzumutbar betrifft.

II. Besteuerung von Genussmitteln

Der Umstand, dass Deutschland sich eines der teuersten Gesundheitssysteme leistet bei einer in Europa vergleichsweise nur mittelmäßigen Lebenserwartung wurde schon in der letzten Legislaturperiode thematisiert. Ursache dafür ist u. a., dass in Deutschland Prävention nach wie vor nicht die Beachtung erhält, die wichtig wäre, um z. B. bereits im Vorfeld kostenintensive Volkskrankheiten wie Diabetes zu vermeiden. Ein Fokus der Arbeit der FKG lag daher auch auf der Stärkung der Prävention. Ihre ausdrückliche Empfehlung: *„die Konsumsteuern auf Tabak und Alkohol zu erhöhen sowie eine gestaffelte Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke einzuführen und die Steuermehreinnahmen der GKV zuzuführen.“*

An dieser Stelle wäre Geschwindigkeit bei der Umsetzung der FKG Empfehlungen geboten gewesen. Stattdessen wurde dieses Themenfeld sehenden Auges aus dem Gesundheitsbereich ausgeklammert. Dies ist umso ärgerlicher, weil aktuell

von der Bundesregierung eine vorgezogene dauerhafte Erhöhung der Tabaksteuer lediglich zur zeitlich befristeten Refinanzierung der gestiegenen Energiekosten beschlossen wurde.

C. Fazit

Insgesamt bekommen durch die nur selektive Übernahme der Vorschläge der FKG nun Maßnahmen wie Leistungseinschränkungen oder steigende Zuzahlungen zulasten der Versicherten ein verhältnismäßig höheres Gewicht. Diese zusätzlichen Einschnitte sind den Beitragszahlerinnen und Beitragszahler nur schwer vermittelbar, da diese bereits in den vergangenen Jahren überproportional belastet wurden.

Zum anderen gilt: Auch wenn die GKV ein Ausgaben- und kein Einnahmeproblem hat, ist unverständlich, dass wichtige Maßnahmen zur Entlastung der Beitragszahlenden unberücksichtigt bleiben. Neben der gebotenen Refinanzierung der gesamtgesellschaftlichen Ausgaben ist es die empfohlene Nutzung von gesundheitsbezogenen Verbrauchssteuern zugunsten der GKV. Damit wird die Chance vertan, die Belastung der Beitragszahlenden, also der Versicherten und Arbeitgeber, nachhaltig zu senken.

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren wird es darauf ankommen, die vorgesehenen Maßnahmen mit Blick auf das Reformziel nicht zu verwässern und eine gerechte Lastenverteilung im Blick zu behalten. Außerdem ist die durch die kurzfristigen Finanzierungsmaßnahmen erlangte Stabilisierung nun für zielgerichtete Reformen wie die Krankenhaus- und Notfallreform sowie die Einführung eines Primärversorgungsmodell zu nutzen. Wichtig bleibt zudem, die Rolle der Kassen durch die Etablierung von Lenkungs- und Steuerungsmöglichkeiten zu stärken.

Für die detaillierte Kommentierung der einzelnen gesetzlichen Paragraphen des Referentenentwurfs wird auf die mit den Innungskrankenkassen abgestimmte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.