

Stellungnahme

Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

Einleitung & Zusammenfassung

Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stellt Politik und Sozialversicherung vor erhebliche Herausforderungen. Für die kommenden Jahre werden wachsende Finanzierungslücken prognostiziert, die ohne Gegenmaßnahmen zu deutlichen Beitragssatzsteigerungen führen würden. Je nach Entwicklung von Ausgaben und Einnahmen könnten die Zusatzbeitragssätze damit perspektivisch um 0,5 bis über 1 Beitragspunkt steigen, was sowohl Versicherte als auch Arbeitgeber spürbar belasten würde. Vor diesem Hintergrund hat die Finanzkommission Gesundheit insgesamt 66 Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finzen vorgelegt, mit denen nach ihren Berechnungen bis zum Jahr 2030 Einsparungen in erheblicher Größenordnung erzielt werden könnten.

18. Juni 2026

**Abteilung Sozialpolitik
Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand**
Keithstr. 1
10787 Berlin

Der vorliegende Regierungsentwurf (RegE) greift einen wesentlichen Teil der Vorschläge der Finanzkommission auf und verfolgt das Ziel, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung stärker an der Einnahmenentwicklung auszurichten. Zugleich soll die Versorgung künftig stärker nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin und des nachgewiesenen medizinischen Mehrnutzens gesteuert werden. Gegenüber dem Referentenentwurf (RefE) wurden einzelne Maßnahmen verändert, abgeschwächt oder zurückgenommen.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften erkennen die Notwendigkeit an, die Finanzierung des Gesundheitswesens langfristig auf eine tragfähige Grundlage zu stellen. Trotz einzelner Korrekturen bleibt die Stoßrichtung des Gesetzesentwurfs jedoch unverändert: Die Konsolidierung der GKV-Finzen soll weiterhin maßgeblich durch Leistungseinschränkungen, höhere Eigenbeteiligungen und die Verlagerung finanzieller Lasten auf Versicherte, ihre Familien sowie Beschäftigte im Gesundheitswesen erreicht werden. Anstatt die strukturellen Ursachen der Finanzierungsprobleme anzugehen, setzt der Entwurf damit weiterhin einseitig auf Einschnitte zulasten der Versicherten.

Auch im Pflegebereich der Krankenhäuser drohen Verschlechterungen: Die Begrenzung der Zuwächse beim Pflegebudget und der Wegfall der vollen Tariffinanzierung gefährden Personalgewinnung, Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität in der stationären Versorgung. Der DGB weist die beabsichtigten Änderungen als frontalen Angriff auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen und damit auf die Versorgung der Patient*innen zurück.

Eine verlässliche Personalbemessung und dadurch eine gute Versorgungsqualität im Krankenhaus wird es ohne ein dynamisches Pflegebudget nicht geben.

Im Rahmen der Diskussion über die Senkung der Verwaltungskosten der GKV werden zudem zunehmend Stimmen laut, die eine deutliche Reduzierung der Anzahl der Krankenkassen fordern. Aus Sicht des DGB ist diese Debatte ein Ablenkungsmanöver, das an den eigentlichen Finanzierungsproblemen vorbeigeht. Die behaupteten Einsparpotenziale sind hypothetisch – das Beispiel Österreich zeigt, dass selbst die Zusammenlegung zu einer einzigen Kasse keine realen Kostenvorteile gebracht hat. Eine solche Zentralisierung würde vor allem die Selbstverwaltung schwächen – ein demokratisches Mitbestimmungsrecht der Versicherten und Arbeitgeber, das für Transparenz, Kontrolle und Nähe zur Versichertengemeinschaft unverzichtbar ist.

Gleichzeitig bleibt der Gesetzentwurf hinter den Möglichkeiten einer solidarischen und nachhaltigen Finanzierungsreform zurück. Der Bund beteiligt sich weiterhin nicht ausreichend an der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen und der Gesundheitskosten von Bezieher*innen von Grundsicherung. Statt Fehlfinanzierungen zu beseitigen, werden die Lasten erneut den Beitragszahlenden aufgebürdet. Allein eine vollständige Steuerfinanzierung der Krankenversicherungsbeiträge von Bürgergeldbeziehenden würde die GKV um rund 12 Milliarden Euro jährlich entlasten – ein Betrag, der einen erheblichen Teil der Konsolidierungsziele abdecken könnte, ohne Leistungen zu kürzen oder Versicherte zusätzlich zu belasten. In Verbindung mit weiteren strukturellen Reformen wären sogar Beitragsatzstabilisierungen oder perspektivisch Beitragsatzsenkungen möglich.

Insgesamt entsteht der Eindruck eines Verschiebebahnhofs mit dem Ziel kurzfristig zu akquirierender Mittel auf dem Rücken der Versicherten. Durch die gleichzeitige Inblicknahme von Kurz-, Mittel- und Langfrist-Maßnahmen wären stattdessen sinnvollere und ausgeglichene Strukturanpassungen, und somit eine Reform aus einem Guss, möglich gewesen. Durch die beabsichtigte Umstellung der medizinischen Versorgung vom Bedarfsprinzip zum Budgetprinzip drohen Versorgungsengpässe und Wartelisten-Medizin. Der DGB fordert, das Gesundheitssystem stattdessen mit Hilfe echter struktureller Lösungen zukunftsfest umzubauen, anstatt bloße Leistungskürzungen vorzunehmen und hat dazu bereits Vorschläge vorgelegt, mit denen bis zu 100 Mrd. Euro im Gesundheitswesen eingespart werden können, ohne Leistungen zu kürzen, die Versorgungsqualität zu gefährden und Arbeitsbedingungen zu verschlechtern.

Zentrale Regelungsinhalte im Einzelnen:

Teilarbeits(un)fähigkeit, Teilkrankengeld (§§ 44c und 44d SGB V-E, sowie § 74 SGB V-E)

Der RegE sieht mit der Teilarbeitsfähigkeit ein Konzept der ärztlich festgestellten teilweisen Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer Arbeitsunfähigkeit vor, bei dem eine teilweise Arbeitsaufnahme auf Grundlage einer individuellen

ärztlichen Beurteilung des Leistungsvermögens möglich sein soll. Voraussetzung ist eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer nicht nur geringfügigen Erkrankung, deren Dauer voraussichtlich mehr als vier Wochen beträgt. Die Feststellung der Teilarbeitsfähigkeit setzt zudem die Zustimmung sowohl der versicherten Person als auch des Arbeitgebers voraus und beruht auf dem freiwilligen Charakter der Regelung, der das Selbstbestimmungsrecht der Versicherten berücksichtigt. Ärztlich muss dabei nicht eine starre prozentuale Stufe, sondern das verbleibende Leistungsvermögen im Hinblick auf eine reduzierte Arbeitszeit bzw. Teilbelastung bestimmt werden; mit der Feststellung geht zugleich eine Teilarbeitsunfähigkeit einher.

Bewertung

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit bei länger andauernden und schweren Erkrankungen wird vom DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften abgelehnt. Sie würde ein bewährtes, einfaches System unnötig verkomplizieren und zulasten der Beschäftigten verändern. Grundsatz bleibt: „Krank ist krank“ – Betroffene sollen sich vollständig auskurieren, was die Genesung fördert, die Arbeitsfähigkeit langfristig erhält und die sozialen Sicherungssysteme entlastet. Eine frühere Rückkehr an den Arbeitsplatz ist bereits heute möglich, sobald die Arbeitsfähigkeit wieder besteht.

Zudem arbeiten bereits viele Beschäftigte trotz Krankheit: Schätzungen zufolge rund 63 Prozent, laut DGB-Befragung 2021 sogar 48 Prozent mindestens einmal trotz ernsthafter Erkrankung. Präsentismus verzögert die Genesung und begünstigt chronische Verläufe. Pro Beschäftigten entstehen dadurch Kosten von rund 2.394 Euro jährlich – fast doppelt so viel wie durch reine Fehlzeiten. Teilkrankschreibungen würden diese Problematik aus Sicht des DGB eher verschärfen.

Auch rechtlich fügt sich das Modell nicht widerspruchsfrei in die bestehende Systematik ein. Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) besteht im Arbeitsrecht eine klare Trennung zwischen Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit. Eine teilweise Krankschreibung ist insbesondere in den ersten sechs Wochen der Erkrankung, in denen das Entgeltfortzahlungsgesetz greift, systematisch nicht vorgesehen und wäre über das SGB IV auch nicht regelbar. Die Einführung eines Teilkrankengeldes nach § 44d SGB V-E würde daher neue Abgrenzungsfragen und Rechtsunsicherheiten schaffen, insbesondere im Zusammenspiel von Arbeits- und Sozialrecht. Dazu widerspricht dies ebenso der Systematik des Schuldrechts, denn nach § 266 BGB gibt es kein Recht zur Teilleistung. Berücksichtigt man die Komplikationen mit der gesetzlich normierten Teilleistung in § 8 TzBfG, ist es unrealistisch, ohne flankierende Regelungen von einer verbreiteten und damit auch wirtschaftlich ins Gewicht fallenden Nutzung der Teilarbeitsfähigkeit auszugehen. Unabhängig davon fehlt auch jegliche Definition dieser Rechtsfigur, denn in früheren Beratungen ist intensiv zwischen quantitativer und qualitativer Teilarbeitsfähigkeit unterschieden worden.

Darüber hinaus bestehen erhebliche medizinische Zweifel an der Umsetzbarkeit des Konzepts. Gerade bei schwereren und länger andauernden Erkrankungen ist regelmäßig davon auszugehen, dass keine – auch keine teilweise – Arbeitsfähigkeit besteht. Das Modell setzt damit an einer Stelle an, an der die medizinische Realität häufig keine verlässliche Abstufung der Leistungsfähigkeit zulässt. Zudem ist fraglich, ob die Ärzt*innen überhaupt belastbar beurteilen können, ob und in welchem Umfang eine verbleibende Arbeitsleistung für den Arbeitgeber tatsächlich verwertbar ist.

Auch die praktische Umsetzung des Teilkrankengeldes nach § 44d SGB V-E wirft grundlegende Fragen auf. Die Berechnung und Auszahlung der Leistung erfordern eine monatlich exakte Abstimmung zwischen Arbeitgeber und Krankenkasse. Dieses komplexe Verfahren würde nicht nur zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand führen, sondern wäre dazu auch noch besonders fehleranfällig. Verzögerungen bei der Datenübermittlung können dazu führen, dass Zahlungen verspätet erfolgen und Versicherte in finanzielle Schwierigkeiten geraten, die im Einzelfall existenzgefährdend sein können. Gleichzeitig ist mit häufigeren Arztkontakten zu rechnen, da Veränderungen im Gesundheitszustand fortlaufend neu bewertet werden müssten; dies führt zwangsläufig zu zusätzlichem organisatorischem Aufwand und somit zu erhöhten Kosten.

Erhebliche Bedenken bestehen zudem im Hinblick auf den Sozialdatenschutz. Die Regelung des § 44d SGB V-E erfordert für die Berechnung der Leistungshöhe nach Absatz 2 einen intensiven Datenaustausch zwischen den beteiligten Akteuren. Dies birgt das Risiko, gegen das Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I) sowie gegen die Zweckbindung von Sozialdaten (§ 67c SGB X) zu verstoßen. Insbesondere die notwendige, detaillierte Abstimmung über die verbliebene Arbeitsfähigkeit kann dazu führen, dass Arbeitgeber Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschäftigten ziehen können, die über die bislang zulässige Mitteilung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach § 69 Abs. 4 SGB X hinausgehen. Der Schutz besonders sensibler Gesundheitsdaten würde dadurch faktisch deutlich geschwächt werden.

Schließlich bleiben auch haftungsrechtliche Fragen ungeklärt. Es ist nicht ersichtlich, wer die Verantwortung trägt, wenn es infolge einer Fehleinschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands oder zu einem Arbeitsunfall kommt. Diese Unsicherheiten können zusätzliche Risiken für Beschäftigte, Arbeitgeber und die sozialen Sicherungssysteme mit sich bringen.

Die Gemengelage wird darüber hinaus nochmals verschärft, da nach § 74 SGB V-E das bewährte Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung nur noch nachrangig zur Teilkrankschreibung stehen. Diese vorgesehene Nachrangigkeit verkennt jedoch den Charakter der stufenweisen Wiedereingliederung als ganzheitliches, etabliertes und bewährtes Instrument, das auf der koordinierten Zusammenarbeit verschiedener Akteure beruht (behandelnde Ärzt*innen, Arbeitgeber*innen, Krankenkassen und Rehabilitationsträger) um eine nachhaltige und erfolgreiche Rückkehr in den Arbeitsprozess zu gewährleisten (vgl. u.a.

Webendörfer/Frey ASUmed 2017, 366 und 2023, 36). Mit der vorgesehenen Nachrangigkeit droht eine Schwächung eines zentralen Bausteins der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, ohne dass hierfür ein fachlicher oder praktischer Bedarf erkennbar wäre.

Krankengeld (§§ 47 und 48 SGB V-E)

Der RegE sieht von den meisten im RefE vorgesehenen Eingriffe in die Struktur des Krankengeldes ab. Allerdings bleibt es bei der problematischen Einführung eines Absatzes 2a im § 47 SGB V-E, wonach nach Ende des Beschäftigungsverhältnisses, Krankengeld nur noch in Höhe des Arbeitslosengeldes geleistet werden soll.

Bewertung

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen die Entscheidung, die Höhe des Krankengeldes nicht allgemein zu begrenzen und die Bezugsdauer nicht zu kürzen. Nach § 47 Abs. 2a SGB V-E kommt es allerdings nach „Ende des Beschäftigungsverhältnisses“ zu einer Herabsetzung des Krankengeldes auf Arbeitslosengeldniveau. Diese geplante Kürzung beim Krankengeld stellt eine erhebliche finanzielle Schwächung erkrankter Beschäftigte dar.

Während des Krankengeldbezugs liegen weder eine Beschäftigung noch ein Entgelt vor. Daher kann das Ende der Beschäftigung auch sehr früh im Krankheitsverlauf eintreten. Nach § 7 Abs. 3 Satz 2 SGB IV wird die Beschäftigung bei Anspruch auf Krankengeld sogar sofort unterbrochen (vgl. BeckOGK/Ziegler, 15.5.2026, SGB IV § 7 Rn. 361; Knickrehm/Roßbach/Waltermann/Berchtold, 9. Auflage 2025, SGB IV § 7 Rn. 82). Diese Beendigung der Beschäftigung tritt auch bei Fortbestehen eines Arbeitsverhältnisses ein. Dadurch ist die vorgeschlagene Regelung eine systematische Kürzung der Krankengeldhöhe auf ALG-Höhe.

Zwar konnte die Rechtsprechung des BSG das Ende der Beschäftigung etwas differenzierter festlegen (vgl. BSG vom 3.11.2021, B 11 AL 8/20 R, BSGE 133/84 ff. Rn. 19 ff.), aber das Ende der Beschäftigung bleibt ein funktionaler Auslegungsbegriff. Je nach Schutzzweck der Norm kann der Zeitpunkt anders ausfallen kann, sodass das Ende einer Beschäftigung nicht immer rechtsicher festgelegt werden kann. Die Regelung bietet somit erheblichen Streitpotential, welches letztlich von den ohnehin stark ausgelasteten Sozialgerichten getragen werden müsste.

Besonders problematisch ist, dass Krankengeld nach einem vermeintlichen „Beschäftigungsende“ nur noch auf ALG-Niveau gezahlt werden soll, weil dies den Versicherungscharakter der gesetzlichen Krankenversicherung unterläuft: Versicherte verlieren trotz fortbestehender Krankheit ihren einkommensbezogenen Schutz und werden so faktisch wie Arbeitslose behandelt, obwohl sie Beiträge auf Basis ihres tatsächlichen Arbeitsentgelts gezahlt haben und möglicherweise sogar weiterhin in einem Arbeitsverhältnis stehen. Denn dieses

Missverhältnis könnte auch dann eintreten, wenn das Arbeitsverhältnis fortbesteht und die Arbeit nach Krankheitsphase wieder aufgenommen wird. Es widerspricht dem Versicherungsgedanken des SGB V, welches das Krankengeld gerade als Einkommensersatzleistung versteht.

Jedenfalls endete die Beschäftigung mit dem Ende des Arbeitsverhältnisses. Durch die Koppelung der Höhe des Krankengeldes an das Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses liegt die Entscheidung über die tatsächliche Höhe des Krankengeldes faktisch im Ermessen des Arbeitgebers, der das Arbeitsverhältnis beispielsweise durch Kündigung beenden kann. Diese Konstruktion verschiebt das Machtgefüge zulasten der Beschäftigten und erhöht den Druck auf Erkrankte in einer ohnehin vulnerablen Lebenslage deutlich.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern daher einstimmig die ersatzlose Streichung des § 47 Abs. 2a SGB V-E.

Darüber hinaus besteht dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf, um eine planwidrige Regelungslücke zu schließen, die durch die aktuelle Rechtsprechung entstanden ist. Nach Entscheidungen des BSG wird das Krankengeld nach Abbruch einer Rehabilitationsmaßnahme nicht auf Basis des ursprünglichen Arbeitsentgelts, sondern auf Grundlage des netto-gedeckelten Übergangsgeldes berechnet. Dies führt dazu, dass Versicherte finanziell schlechter gestellt werden, als wenn sie die Reha gar nicht erst angetreten hätten – ein systemwidriges Risiko, das dem Ziel der wirtschaftlichen Stabilität von Rehabilitanden widerspricht (vgl. BeckOK SozR/Schweitzer; LSG Niedersachsen-Bremen, 2024).

Eine einfache, punktuelle Änderung könnte dieses Problem beheben: Wird in § 47 Abs. 4 Satz 2 SGB V das Wort „gilt“ durch „ist“ ersetzt, entsteht eine zwingende Norm, die Krankenkassen daran hindert, das Leistungsniveau durch Rückgriff auf Netto-Auszahlungsbeträge unter die Beitragsbemessungsgrundlage abzusenken. Damit würde die finanzielle Sicherheit von Versicherten gestärkt und ein Fehlanreiz beseitigt, der Rehabilitationsmaßnahmen unattraktiv macht.

Krankengeld bei Altersteilrente (§ 50 SGB V-E)

Der RegE sieht vor, dass Versicherte künftig keinen Anspruch auf Krankengeld mehr haben, wenn sie eine Altersteilrente beziehen, die mehr als zwei Drittel der Vollrente beträgt. Damit würde der Anspruch auf Krankengeld für diese Gruppe vollständig entfallen.

Bewertung

Diese Regelung führt zu einer erheblichen finanziellen Benachteiligung für Rentnerinnen und Rentner, die über die Regelaltersgrenze hinaus oder im Rahmen einer vorgezogenen Altersrente weiterhin erwerbstätig sind. Während die Bundesregierung öffentlich das Ziel verfolgt, Anreize für einen längeren

Verbleib im Erwerbsleben zu setzen, würde der Wegfall des Krankengeldes dieses Ziel faktisch unterlaufen.

Besonders deutlich werden die Auswirkungen im Krankheitsfall: Bei einer Bruttorente von 1.500 Euro und einem Bruttolohn von 3.000 Euro verfügt eine versicherte Person derzeit über ein Nettoeinkommen von rund 2.977 Euro; im Krankengeldbezug stehen ihr etwa 2.908 Euro netto zur Verfügung. Fällt das Krankengeld künftig weg, sinkt das verfügbare Einkommen auf nur noch 1.219 Euro netto – ein Einbruch von nahezu 60 Prozent.

Aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften muss daher gewährleistet bleiben, dass bei bestehendem Lohneinkommen der volle Krankengeldanspruch unabhängig von der Höhe einer bereits bezogenen Rente erhalten bleibt. Die soziale Absicherung gegen das Krankheitsrisiko darf nicht davon abhängen, ob eine Person zusätzlich Rentenleistungen bezieht, für die sie über viele Jahre hinweg eigenständige Anwartschaften erworben hat.

Im Übrigen verschlechtert der gleiche Gesetzgeber, der noch unlängst mit großem Getöse die Aktivrente eingeführt hat, um das (Weiter-)Arbeiten im Alter zu fördern, die Rechtsposition und Versorgungssituation von arbeitenden Rentner*innen. Der DGB kritisiert diese Inkonsistenzen scharf.

Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen (§ 51 Abs. 1 SGB V-E)

Der RegE sieht vor, die Frist zur Beantragung medizinischer Rehabilitationsleistungen sowie von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben deutlich zu verkürzen. Statt wie bisher zehn Wochen, sollen Versicherte künftig nur noch vier Wochen Zeit haben, einen entsprechenden Antrag zu stellen. Begründet wird dies damit, dass die bisherige Frist in der Praxis häufig zu erheblichen Verzögerungen bei der Einleitung notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen führt. Die frühere Antragstellung soll dazu beitragen, Arbeitsunfähigkeitszeiten zu verkürzen, Krankengeldausgaben zu reduzieren und die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben schneller zu ermöglichen.

Bewertung

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften lehnen, die im RegE vorgesehene Verkürzung der Antragsfrist von zehn auf vier Wochen, entschieden ab. Diese Fristverkürzung ist vollkommen lebensfremd und verkennt die Lebensrealität erkrankter Menschen, die häufig - zum Beispiel durch andauernde Krankenhausaufenthalte – nicht in der Lage sind, kurzfristig umfangreiche Antragsunterlagen zu bearbeiten. Hinzu kommen deutlich verlängerte Postlaufzeiten, die sich vielerorts auf über eine Woche erstrecken – insbesondere, weil Zustelldienste oftmals nur noch ein- bis zweimal wöchentlich Briefpost zustellen. Die geplante Regelung erhöht damit das Risiko, dass Betroffene Fristen unverschuldet versäumen und notwendige Reha- und Teilhabeleistungen nicht rechtzeitig erhalten. Außerdem wird suggeriert, dass einer Bescheiderteilung unmittelbar eine Reha-Maßnahme folgt. Dies ist jedoch nicht in allen Indikationen

sichergestellt; mithin haben derart verkürzte Fristen für Versicherte einen doppelt negativen Effekt.

Kürzung der befundbezogenen Festzuschüsse für zahnärztliche Leistungen um 50 Prozent (§ 55 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass der feste Anteil Kostenübernahme für Zahnersatz in der Regelversorgung ab 2027 wieder um 50 Prozent auf das Niveau von 2021 abgesenkt wird. Ferner verschlechtert sich die Bonus-Regelung, sodass künftig bei guter Vorsorge nur noch ein Zuschuss von 60 Prozent (fünf Jahre) und 65 Prozent (10 Jahre) erreicht werden kann. In Härtefällen werden die Kosten weiterhin voll übernommen.

Bewertung

Die Regelung wird vom DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften abgelehnt. Der Vorschlag beinhaltet eine klassische Leistungskürzung und bedeutet für die Versicherten künftig erhöhte Eigenanteile. Schon heute können sich viele Menschen eine zeitgemäße Versorgung mit Zahnersatz nicht leisten, weil sie die Eigenanteile oder die Beiträge für eine Zusatzversicherung überfordern, insoweit ist eine weitere Absenkung der Zuschüsse vollkommen inakzeptabel. Das Absenken der Bonus-Regelung setzt zudem weniger Anreize zur Vorsorge und schwächt damit die Prävention.

Erhöhung der Zuzahlungen (§ 61 SGB V-E)

Mit der geplanten Neufassung des § 61 SGB V-E werden die Zuzahlungsbeträge für Versicherte in mehreren Leistungsbereichen wie Arzneimittel, Krankenhausaufenthalte oder Hilfsmittel um rund 50 Prozent angehoben. Begründet wird dies mit der Preis- und Lohnentwicklung, dem Ziel einer stärkeren Eigenverantwortung sowie dem internationalen Vergleich, wonach Deutschland vergleichsweise geringe Eigenbeteiligungen aufweist.

Bewertung

Die Ausweitung von Zuzahlungen lehnen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften kategorisch ab. Sie führen zu einer spürbaren zusätzlichen finanziellen Belastung der Versicherten und treffen insbesondere Menschen mit niedrigen und mittleren Einkommen überproportional. Eine derart deutliche Erhöhung steht zudem in keinem Verhältnis zur Entwicklung von Löhnen und Renten, die in den vergangenen Jahren nicht annähernd in vergleichbarem Umfang gestiegen sind.

Zwar weist Deutschland im internationalen Vergleich geringere Eigenbeteiligungen auf. Dieser Vergleich greift jedoch zu kurz, da die Finanzierung hierzulande stärker über einkommensabhängige Beiträge erfolgt, die international vergleichsweise hoch sind. Niedrige Zuzahlungen sind somit Ausdruck des Solidarprinzips – und kein Reformdefizit.

Auch die Begründung höherer Eigenbeteiligungen mit einer „Stärkung der Eigenverantwortung“ sehen wir sehr kritisch. Eigenverantwortung darf nicht mit finanzieller Belastung gleichgesetzt werden. Vielmehr droht die Gefahr von Unterversorgungseffekten, wenn notwendige Behandlungen oder die Versorgung mit Medikamenten aus Kostengründen verzögert oder vermieden werden, was im Ergebnis zu deutlich höheren Folgekosten und damit insgesamt zu steigenden Ausgaben im Gesundheitssystem führen würde.

Dynamischer Hersteller-Rabatt für Patent-Arzneimittel & Standortausnahmen (§130a, Abs. 1b & 1c SGB V-E)

In Umsetzung des Grundsatzes einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik soll ab dem Jahr 2027 ergänzend zum allgemeinen Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1 Satz 1 ein dynamischer Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1b (neu) eingeführt werden, dessen Höhe sich nach der Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) richtet. Der ergänzende Abschlag soll insbesondere hochpreisige patentgeschützte Arzneimittel betreffen. Für jedes Kalenderjahr soll ein „Ausgaben-Soll“ anhand der BPE-Entwicklung definiert und ein etwaiger Differenzbetrag zu den tatsächlichen („Ist“-)Ausgaben ab dem zweiten Halbjahr des Folgejahres durch entsprechende Festlegung der Abschlagshöhe ausgeglichen werden.

Im neuen Absatz 1c wird eine Befreiungsmöglichkeit vom Abschlag nach Absatz 1b für neue Arzneimittel geregelt, für die ein relevanter Anteil der klinischen Forschung in Deutschland stattgefunden hat und deren Wirkstoffproduktion in Deutschland einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lässt.

Bewertung

Der DGB spricht sich für eine angemessene Beteiligung der Pharmaindustrie bei den Einsparbemühungen zur Beitragssatzstabilität in der GKV aus. Unter Berücksichtigung der derzeitigen industriepolitischen Rahmenbedingungen ist eine dynamische Erhöhung des Herstellerrabatts jedoch abzulehnen, da sie zu größerer Unsicherheit der Zahlungsflüsse führt. Dies macht die betriebswirtschaftliche Rechenbarkeit nahezu unmöglich und droht deshalb, Innovationen und Investitionen auszubremsen. Die Dynamisierung läuft einer dringend benötigten langfristigen Planungssicherheit bei Investitionen zur Versorgung der Versicherten zuwider. Dies ist umso bedeutsamer, als es bei den aktuellen volatilen geopolitischen Entwicklungen ohnehin zu beträchtlichen Schwankungen kommen kann, die sich auch auf die beitragspflichtigen Einnahmen auswirken können. Bei einer Erhöhung des Herstellerrabatts spricht sich der DGB für eine fixe prozentuale Form aus – keine dynamisierte Form – um einen bestmöglichen Planungshorizont zu gewährleisten.

Wir begrüßen, dass mit dem neu eingeführten Absatz 1c pharmazeutische Unternehmen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Befreiung vom dynamisierten Abschlag nach Absatz 1b Satz 1 beantragen können.

Das ist ein erstmalig industriepolitischer Ansatz, der in der geopolitischen Lage das richtige Mittel ist. Allerdings ist die Standortkomponente in ihrer jetzigen Form nicht umsetzbar. Denn ein erhöhter fixer Herstellerrabatt muss an eine innovations- und industriepolitisch austarieren Standortfreistellungsklausel gekoppelt werden.

In der aktuellen Befreiung wird nicht zwischen Forschung & Entwicklung und Produktion unterschieden – die Unternehmen müssen beides vorweisen. Mit Blick auf die Branchenstruktur ist eine Unterscheidung jedoch notwendig, da wir am Industriestandort Deutschland viele Unternehmen haben, die lediglich produzieren oder andersherum nur forschen. Die dynamisierte Erhöhung bleibt bestehen, wenn nur eine Komponente vorhanden ist. Damit wird letztendlich der Verbundstandort bestraft.

Der DGB empfiehlt daher, nicht kumulativ („und“) sondern alternativ („oder“) vorzugehen. Eine fixe Erhöhung mit einer durchdachten Staffelung, die das deutsche Verbundsystem aus Forschung & Entwicklung, Produktion und Tarif honoriert, ist die nachhaltigere Alternative. Vor allem für Unternehmen, die alle drei Komponenten erfüllen.

Mit Blick auf Wertschöpfungstiefe und Versorgungssicherheit sollte eine Staffelung bzw. die Möglichkeit des Abschmelzens eingeführt werden – für das gesamte Produktportfolio im Inland (Neu- und Bestandsprodukte) – die Forschung & Entwicklung, Produktion sowie Tarifbindung beinhaltet, bewertet und unterscheidet. Das ist eine umsetzbare Standortkomponente.

Der Faktor klinischen Studien am Standort, der durch die geplante Streichung der Leitplanken wegfällt – was wir kritisieren – ist hier der Startpunkt: Erst wenn eine bestimmte Prozentzahl an klinischen Studien in Deutschland durchgeführt wird, haben Unternehmen die Voraussetzung erreicht, um in den Prozess der Staffelung/ des Abschmelzens einzusteigen.

Sozialpartnerschaft und Tarifbindung sind ein Standortvorteil sowie ein Pfeiler unseres solidarischen Gesundheitssystems – sie stehen für Verlässlichkeit, Flexibilität und nachhaltige Beschäftigung. Sie bieten Sicherheit in geopolitisch unsicheren Zeiten und müssen daher einen entsprechenden Rahmen erhalten.

Indem man den Erhalt und Ausbau von Forschungs-, Tarif- und Produktionsstrukturen im Inland an eine Staffelung / ein Abschmelzen des fixen Herstellerrabatts knüpft, leisten man einen konkreten Beitrag zur deutschen und europäischen Wertschöpfungstiefe und Versorgungssicherheit.

Herstellerabschlag auf patentgeschützte Impfstoffe (§130a, Abs. 2 SGB V)

Bei der geplanten Regelung handelt es sich um die generelle Anwendung eines Herstellerabschlags i. H. v. 7 Prozent analog auch auf Impfstoffe mit Unterlagen- oder Patentschutz. Die Maßnahme muss in Kombination mit der aktuell bestehenden Regelung zur europäischen Preisreferenzierung erfolgen, da die Hersteller die Preise ansonsten im Nachhinein um die Summe des Herstellerabschlags anheben könnten.

Bewertung

Der DGB spricht sich gegen einen neuen pauschalen Abschlag in Höhe von 7 Prozent für Impfstoffe mit Patent- oder Unterlagenschutz aus, da er die Versorgungssicherheit der deutschen Gesellschaft in diesen geopolitisch unsicheren Zeiten gefährden würde. Im Falle einer entsprechenden Anwendung der Regelung sollte diese nur in gestaffelter Form umgesetzt werden.

- Der Preisnachlass reduziert sich um 3 Prozent, wenn das pharmazeutische Unternehmen einen relevanten Anteil an Produktion für das jeweilige Produkt in Deutschland nachweisen kann.
- Der Preisnachlass reduziert sich um 2 Prozent, wenn das pharmazeutische Unternehmen einen relevanten Anteil an Forschung & Entwicklung für das jeweilige Produkt in Deutschland nachweisen kann.
- Der Preisnachlass reduziert sich um 2 Prozent, wenn das pharmazeutische Unternehmen in Forschung, Entwicklung und Produktion ein Gute-Arbeit-Siegel nachweisen kann. Folgende Kriterien sollten miteinfließen: Gute Arbeit, Mitbestimmung, Tarifbindung und Standortsicherheit.

Rabattverträge für therapeutisch gleichwertige Patentarzneimittel (130e SGB V)

In Therapiegebieten, in denen es mehrere vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel gibt, sollen Anbieter in einen Preiswettbewerb ohne staatlichen Einfluss treten. Hierzu wird den Krankenkassen ermöglicht, patentierte Arzneimittel zur bevorzugten Verordnung als Grundlage für den Abschluss von Rabattverträgen zu bestimmen. Ärzte werden verpflichtet, die von den Einzelkassen ausgewählten Arzneimittel bevorzugt zu verordnen. Dabei gelten Ausnahmeregelungen für individuelle Entscheidungen (Quoten), die mit der Ärzteschaft regional verhandelt werden können.

Bewertung

Aus gewerkschaftlicher Sicht ist es für den DGB wichtig, dass Wettbewerb zwischen patentgeschützten Arzneimitteln in bestimmten Indikationen nur möglich sein darf, wenn ausreichend medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen und somit das Patient*innenwohl nicht gefährdet ist. Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig sind oder die nachweislich eine bedeutende therapeutische Verbesserung erzielen (z. B. auch durch geringere Nebenwirkungen) sollten dabei nicht Teil des

Wettbewerbsansatzes sein. Sollte sich der Ansatz der Rabattverträge bei Clustern oder Festbetragsgruppen durchsetzen, sind mit Blick auf die Versorgungssicherheit Unternehmen zu bevorzugen, die einen relevanten Anteil an Forschung und Entwicklung, an Produktion für das jeweilige Produkt in Deutschland betreiben. Entscheidend sind in diesem Zusammenhang Nachweise über gute Arbeitsbedingungen in allen genannten Bereichen.

Bürokratieentlastung (§130b, Abs. 3 SGB V)

Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz eingeführten „Leitplanken“ für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen sollen abgeschafft werden. Die Regelung sieht seitdem eine Deckelung des Erstattungsbetrags in Abhängigkeit von den Kosten der patent- oder unterlagengeschützten zweckmäßigen Vergleichstherapie bei nicht nachgewiesenem, geringem oder nicht quantifizierbarem Zusatznutzen vor.

Bewertung

Nicht um Einsparungen, sondern um eine Bürokratieentlastung sowie rechtliche Unsicherheiten geht es bei der ebenfalls mit dem Gesetzentwurf avisierten Abschaffung des Kombi-Abschlags. Auch die AMNOG-Leitplanken sollen fallen, da sie nach Einschätzung des BMG nicht den gewünschten Spareffekt gebracht hätten. Der DGB setzt sich für die Beibehaltung der Leitplanken ein und stimmt den partiellen Anpassungen im MFG zu, denn in den letzten Monaten war eine Zunahme der Zahl klinischer Arzneimittelstudien deutlich erkennbar. Wir begrüßen dahingehend den industriepolitischen Ansatz, dass für pharmazeutische Unternehmen, die in Deutschland forschen und entwickeln (u. a. relevanter Anteil klinischer Prüfungen in Deutschland, eine Arzneimittelforschungsabteilung und relevante eigene Projekte und Kooperationen mit öffentlichen Einrichtungen), die Spielräume für die Erstattungsverhandlungen („Leitplanken“) wieder eröffnet werden.

Kombinationsabschlag (§ 130e SGB V (alt) / § 429 SGB V)

Mit dem Kombi-Abschlag erhalten Krankenkassen für alle Arzneimittel, die nach Festlegung des G-BA in Kombination mit anderen Arzneimitteln eingesetzt werden, derzeit einen Abschlag vom pharmazeutischen Unternehmer i. H. v. 20 Prozent. Die Erhebung des Rabatts ist sehr aufwendig, zahlreiche Gerichtsverfahren sind anhängig. Die Abschaffung bedeutet eine starke Bürokratieentlastung für die Unternehmen und die Krankenkassen.

Bewertung

Mit Blick auf die aktuell weiter steigenden Kosten für Kombinationen aus mehreren Wirkstoffen unterstützt der DGB den Kombinationsabschlag in seiner jetzigen Form. Der Abschlag wird nicht fällig, wenn die Kombination im Vergleich zur Monotherapie einen wirklich substanziellen Vorteil bedeutet und von einem

beträchtlichen sowie erheblichen Zusatznutzen auszugehen ist. Somit ist gewährleistet, dass steigende Arzneimittelpreise lediglich bei hohem Zusatznutzen anfallen. Wahre Innovationen erhalten damit ein Preisschild.

Beschränkung der Mitversicherung von Ehegatten (§§ 3, 10 SGB V-E und Einführung von §§ 242b ff. SGB V-E)

Der RegE sieht vor, dass die bislang beitragsfreie Familienversicherung für Ehegatten und Lebenspartner in der GKV ab dem Jahr 2028 teilweise kostenpflichtig wird. Für Mitglieder, über die ein Ehegatte oder Lebenspartner familienversichert ist, wird ein Beitragszuschlag von 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eingeführt. Dieser Zuschlag ist allein vom Mitglied zu tragen, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird. Ausgenommen von diesem Zuschlag bleiben Ehegatten und Lebenspartner,

- die mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr zusammenleben,
- die ein Kind mit Behinderung betreuen, das außerstande ist, sich selbst zu unterhalten,
- die Angehörige pflegen, – oder die bereits die Regelaltersgrenze überschritten haben,
- die die Regelaltersgrenze nach den §§ 35 oder 235 SGB VI erreicht haben,
- die im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI voll erwerbsgemindert sind.

Bewertung

Der RegE hält an der Einführung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner*innen fest und beendet damit das bisherige Prinzip der beitragsfreien Familienmitversicherung. Zwar wurde der im RefE vorgesehene Zuschlag von 3,5 auf 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen abgesenkt und der Kreis der Ausnahmen um voll erwerbsgeminderte Personen sowie Personen nach Erreichen der Regelaltersgrenze erweitert. An der grundsätzlichen Systemänderung und der damit verbundenen finanziellen Mehrbelastung für Familien ändert dies jedoch nichts. Der DGB lehnt die Einführung des Zuschlags daher weiterhin ab.

Da der Zuschlag allein vom versicherten Mitglied zu tragen ist, führt die Regelung für zahlreiche Familien zu einer spürbaren finanziellen Mehrbelastung. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Voraussetzungen für die vorgesehenen Ausnahmen nicht vorliegen. Die Regelung entwertet familiäre Sorgearbeit und verkennt die tatsächlichen Hürden beim beruflichen (Wieder-)Einstieg, indem Erwerbstätigkeit implizit als jederzeit frei verfügbare Option dargestellt wird. Die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung stellt jedoch gerade für Personen, die sich noch nicht im Rentenalter befinden, aber über einen längeren Zeitraum nicht erwerbstätig waren, häufig eine erhebliche Herausforderung dar. Längere Erwerbsunterbrechungen gehen vielfach mit

schlechteren Arbeitsmarktchancen einher und erschweren den Zugang zu existenzsichernder Beschäftigung.

Besonders problematisch bleibt, dass Familien mit Kindern nach Wegfall der Ausnahmetatbestände finanziell belastet werden, obwohl Betreuungs- und Erziehungsaufgaben häufig weit über das frühe Kindesalter hinaus erhebliche zeitliche Ressourcen binden. Die vorgesehene Abgrenzung wirkt systematisch inkonsistent, da andere Sozialgesetzbücher – etwa § 57 SGB VI – Kindererziehungszeiten bis zum zehnten Lebensjahr berücksichtigen. Durch die finanzielle Benachteiligung von Familien, in denen ein Elternteil überwiegend unbezahlte Sorgearbeit leistet, werden insbesondere Frauen getroffen, die aufgrund unzureichender Betreuungsinfrastruktur häufig den Großteil dieser Aufgaben übernehmen. Die damit einhergehende vollzeitnahe Erwerbstätigkeit des versicherten Partners ist dann oftmals die einzige Möglichkeit, einen angemessenen Lebensunterhalt für die Familie sicherzustellen.

Auch der vorgesehene Anreiz, den Zuschlag durch die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu vermeiden, überzeugt nicht. Vielmehr besteht die Gefahr, dass insbesondere Frauen verstärkt in geringfügige, prekäre oder niedrig entlohnte Beschäftigungsverhältnisse gedrängt werden, ohne ihre langfristige ökonomische Eigenständigkeit nachhaltig zu stärken.

Das Aufweichen der beitragsfreien Familienversicherung birgt zudem die steigende Gefahr, der Privatisierung der GKV durch den EuGH. Dies hat Prof. Dr. Torsten Kingreen mit seinem Gutachten zu „Europarechtliche Implikationen des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“, Regensburg 2007, deutlich gemacht.

Unionsrechtswidrige Regelungen für Grenzgänger (§§ 3, 10 und 242b ff., sowie 51 SGB V-E)

Die geplanten nationalen Änderungen im §§ 242b und 51 Abs. 1 Satz 2 SGB V-E betreffen die Versicherte in grenzüberschreitenden Kontexten unmittelbar.

Bewertung

Für Grenzgänger-Familien, bei denen ein Ehegatte im europäischen Ausland erwerbstätig ist, wird der neue Beitragszuschlag faktisch immer fällig sein. Denn die in § 242b Absatz 2 Nummer 1 SGB V-E vorgesehene Ausnahme trifft nur zu, wenn Kinder im Haushalt des Grenzgängers leben. Dies wird bei im Ausland lebenden und erwerbstätigen Ehegatten jedoch sehr selten der Fall sein. Somit stellt die vorgeschlagene Regelung eine indirekte Diskriminierung dar und verstößt gegen Art. 45 AEUV. Grenzgänger werden allein aufgrund der Wahrnehmung ihres Rechts auf Freizügigkeit finanziell schlechter gestellt als Inländer. Dies untergräbt das Ziel der Union, die Lebens- und Beschäftigungsbedingungen stetig zu verbessern. Die Regelung wirkt wie eine unzulässige Wohnortklausel, die den Export von Geldleistungen (Krankengeld) rechtswidrig beschränkt

(Art. 7 VO (EG) 883/2004). In ähnliche Sachverhalte hat sich die europäische Kommission auch gegen Deutschland bereits gewendete und das EuGH hat die Rechtswidrigkeit dieser Klauseln bereits bestätigt (zuletzt: [EuGH am 16.4.2026, C-642/24, Kommission / Deutschland \(Bayerisches Familiengeld\)](#)). Es ist somit unverständlich, wie eine solche Regelung vorgeschlagen werden kann.

Darüber hinaus verletzt die Möglichkeit, die Antragsfrist für Versicherte mit gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland durch eine Ermessensentscheidung der Krankenkasse von 10 auf lediglich 4 Wochen zu verkürzen, den unionsrechtlichen Grundsatz der Gleichbehandlung grenzüberschreitender Sachverhalte. Nach Art. 5 VO (EG) 883/2004 sind in einem anderen Mitgliedstaat eingetretene Sachverhalte so zu behandeln, als wären sie im zuständigen Mitgliedstaat eingetreten. Dazu stellt die vorgesehene Fristverkürzung eine unionsrechtswidrige, unverhältnismäßige Erschwerung der Ausübung von Rechten nach der Verordnung dar und verstößt damit gegen Art. 76 VO (EG) 883/2004.

Aus diesen Gründen lehnt der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften die geplanten unionsrechtswidrigen Regelungen ab.

Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V)

Der RegE übernimmt die bereits im RefE vorgesehene einmalige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro im Jahr 2027. Dadurch wird der Abstand zur Versicherungspflichtgrenze reduziert und die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung verbreitert. Die Maßnahme soll zu zusätzlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von rund 2,4 Milliarden Euro jährlich führen.

Bewertung

Die vorgesehene einmalige Anhebung kann vom DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften nur mitgetragen werden, wenn sie in ein schlüssiges Gesamtkonzept eingebettet ist, das konsequent auf die Einführung einer Bürgerversicherung hinausläuft. Dazu gehört insbesondere, die Beitragsbemessungsgrenze schrittweise und dauerhaft an die der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 159 SGB VI) anzugleichen sowie die Versicherungspflichtgrenze entsprechend anzuheben.

Zugleich muss der versicherte Personenkreis perspektivisch auf die gesamte Bevölkerung ausgeweitet werden. Ergänzend sind auch bislang nicht oder nur unzureichend herangezogene Einkommensarten – insbesondere aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalerträgen oberhalb angemessener Freibeträge – in die Finanzierung einzubeziehen.

Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen sowie Beteiligung des Bundes an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung von Bezieher*innen von Grundsicherung (§ 221 SGB V; § 232a SGB V)

Der RegE sieht vor, den jährlichen Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2027 um 2 Milliarden Euro zu reduzieren. Gleichzeitig soll die finanzielle Beteiligung des Bundes an den Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung für Bezieher*innen von Grundsicherung erhöht werden. Hierzu wird die Beitragsbemessungsgrundlage für diesen Personenkreis schrittweise angehoben, indem der Faktor zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen auf Basis der monatlichen Bezugsgröße in fünf Stufen erhöht wird.

Durch diese Anpassung steigt das vom Bund finanzierte Beitragsaufkommen für Grundsicherungsbeziehende in den Jahren 2027 und 2028 jeweils um rund 250 Millionen Euro. In den Jahren 2029, 2030 und 2031 erhöht sich die Bundesbeteiligung jeweils um weitere 500 Millionen Euro pro Jahr. Ab dem Jahr 2031 zahlt der Bund dadurch jährlich insgesamt 2 Milliarden Euro mehr für die Krankenversicherung von Grundsicherungsbeziehenden als noch im Jahr 2026.

Bewertung

Aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften sind die vorgesehenen Änderungen entschieden abzulehnen. Zwar soll die Beteiligung des Bundes an den Kosten der Krankenversicherung von Bezieher*innen von Grundsicherung schrittweise erhöht werden, gleichzeitig wird jedoch der jährliche Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds ab 2027 um 2 Milliarden Euro abgesenkt. Damit entzieht der Bund der gesetzlichen Krankenversicherung erhebliche Finanzmittel, obwohl deren finanzielle Lage bereits angespannt ist und die Beitragszahlenden seit Jahren einen wachsenden Anteil gesamtgesellschaftlicher Aufgaben mitfinanzieren.

Besonders kritisch ist, dass die geplante stärkere Beteiligung des Bundes an den Gesundheitskosten von Grundsicherungsbeziehenden nur in sehr kleinen Schritten erfolgt. Angesichts der tatsächlichen Gesundheitsausgaben für diesen Personenkreis, die auf rund 12 Milliarden Euro jährlich geschätzt werden, bleibt dies weit hinter dem erforderlichen Umfang zurück. Die seit Jahren bestehende Unterfinanzierung wird dadurch nicht behoben, sondern lediglich marginal reduziert.

Gleichzeitig werden die gesetzlichen Krankenkassen durch die Kürzung des Bundeszuschusses zusätzlich belastet. Im Jahr 2027 stehen den zusätzlichen Bundesmitteln von rund 250 Millionen Euro Kürzungen des Zuschusses in Höhe von 2 Milliarden Euro gegenüber. Unter dem Strich werden den Krankenkassen damit weitere 1,75 Milliarden Euro entzogen. Die vorgesehene Regelung verschlechtert die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung daher zunächst erheblich, anstatt sie zu stabilisieren.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften kritisieren zudem, dass der Bund seiner Verantwortung für die Finanzierung der Krankenversicherung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung weiterhin nicht ausreichend nachkommt. Die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben muss aus

Steuermitteln erfolgen und darf nicht dauerhaft auf die Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung abgewälzt werden. Dies ist zudem auch verfassungsrechtlich problematisch. Seit Jahren wird darauf hingewiesen, dass die unzureichende Bundesbeteiligung an den Gesundheitskosten von Bürgergeldbeziehenden Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit aufwirft. Das Bundesverfassungsgericht hat wiederholt betont, dass das Bürgergeld eine staatliche Fürsorgeleistung und damit eine allgemeine Staatsaufgabe ist – und solche Aufgaben sind vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren, nicht aus Beiträgen der Sozialversicherung. Die nun vorgesehene leichte Erhöhung der Bundesmittel erkennt diese Verantwortung zwar an, bleibt jedoch weit hinter dem tatsächlichen Finanzierungsbedarf zurück.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften erwarten daher von der Bundesregierung und insbesondere vom Bundesfinanzministerium einen tragfähigen und solidarischen Vorschlag zur Konsolidierung des Bundeshaushalts, der die Sozialversicherungen nicht weiter belastet. Notwendig ist eine auskömmliche Finanzierung versicherungsfremder Leistungen sowie eine deutlich stärkere Beteiligung des Bundes an den Gesundheitskosten von Grundsicherungsbeziehenden, um die Beitragszahlenden zu entlasten und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig zu sichern.

Streichen der Tarifrefinanzierung für Krankenhausbeschäftigte (§6 Abs. 3 KHEntgG) und Beschäftigte in weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens

Mit der vorgesehenen Regelung (Streichung S.5) soll die gegenwärtige Grundlage für die vollständige und unterjährige Refinanzierung von Tarifierhöhungen für Krankenhausbeschäftigte komplett wegfallen. In der Folge wäre die Tarifrefinanzierung nur noch bis zur Höhe der jährliche ermittelten Veränderungsrate für alle Krankenhausbeschäftigten zulässig. Für Beschäftigte von Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Einrichtungen der medizinischen Behandlungspflege sowie Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung soll künftig die Grundlohnrate die Obergrenze zur Refinanzierung von Tarifsteigerungen bilden.

Bewertung

Der DGB lehnt die vorgesehenen Änderungen, die unmittelbar zulasten der Krankenhausbeschäftigten gehen, entschieden ab. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde 2024 festgelegt, dass eine vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für alle Krankenhausbeschäftigten gilt, um die Rolle der Pflege in der stationären Versorgung im Allgemeinen, und der Unterdeckung der Personalschlüssel im Besonderen, wirksam zu begegnen. Zuvor galt, dass eine vollständige Tarifrefinanzierung nur für das Pflegepersonal im Krankenhaus zustande kommt, während Tarifierhöhungen für das nichtpflegerische Krankenhauspersonal nur zu 50 Prozent refinanziert wurden. Mit der beabsichtigten Streichung des S.5 würde dieser vormalige Status quo jedoch nicht wiederhergestellt. In Verbindung mit der in Nr. 25 - § 71 SGB

vorgesehenen Ausgabenbegrenzung durch Orientierung am Veränderungswert, für den die Grundlohnrate zudem in den Jahren 2027 bis 2029 noch um einen Prozentpunkt reduziert werden soll, wird eine Obergrenze in der Refinanzierung festgeschrieben, die es zuvor so nicht gab.

Für Krankenhausbeschäftigte bedeutet dies, dass Tarifsteigerungen von ihren jeweiligen Krankenhäusern künftig an anderer Stelle refinanziert werden müssten. Angesichts einer schwierigen wirtschaftlichen Situation vieler Krankenhäuser und der gegenwärtig durch die Krankenhausreform angestoßenen Transformationsprozesse würde eine Situation erzeugt, in der erforderliche Tarifierhöhungen krankenhauseseitig durch Maßnahmen wie Querfinanzierungen oder Einsparungen aufgefangen werden müssen. Dabei steht außer Frage, dass Steigerungen der tariflichen Löhne aller Krankenhausbeschäftigten durch gute Tarifabschlüsse zwingend erforderlich sind, um die Attraktivität der Berufsbilder zu steigern, Fachkräfte zu gewinnen und ein hohes Qualitätsniveau in der stationären Versorgung sicherzustellen. In Verbindung mit den berufsgruppenübergreifend hohen Arbeitsbelastungen im Krankenhaus ist die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen hierzu eine entscheidende Voraussetzung.

Für Beschäftigte von Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Einrichtungen der medizinischen Behandlungspflege sowie psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen soll künftig für Tarifsteigerungen nur noch eine Refinanzierung bis zur Grundlohnrate gelten. Damit würde für diese Berufsgruppen sowohl der erst durch das KHVVG 2024 erreichte volle Refinanzierungsstand rückabgewickelt als auch eine im Vergleich noch schlechtere Regelung gegenüber den Refinanzierungsbedingungen von Tarifsteigerungen für Krankenhausbeschäftigte umgesetzt. Trotz unterschiedlicher Finanzierungssysteme der einzelnen Versorgungsebenen lehnen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften es kategorisch ab, eine erforderliche Aufwertung der Beschäftigungsbedingungen durch Deckelung der Refinanzierung künftig einzuschränken.

Der DGB fordert in diesem Sinne, die geltenden Regelungen des § 6 Abs. 3 S. 5 KHEntgG nicht anzutasten und die vollständige Tarifrefinanzierung beizubehalten.

Änderungen der geltenden Regelungen des Pflegebudgets, (§ 6a KHEntgG)

Mit der Regelung ist vorgesehen, dass künftig keine Refinanzierung aller Pflegepersonalkosten im Krankenhaus mehr ermöglicht wird. Der Anstieg des Pflegebudgets soll stattdessen künftig begrenzt werden, indem ab 2027 das jährlich am jeweiligen Vorjahr als Ausgangsgrundlage zu orientierende Pflegebudget höchstens um den Veränderungswert nach § 9 Abs. 1b S. 2, 3 erhöht werden darf. Eine Überschreitung des Veränderungswertes soll zulässig sein, sofern die die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erforderlich macht. Differenzen zwischen tatsächlichen und vereinbarten Pflegepersonalkosten sind durch

Ausgleich von Minderkosten für das jeweilige Folgejahr sowie durch Nichtausgleich von Mehrkosten zu verrechnen. Für Pflegepersonal, das nicht in einem direkten Arbeitsverhältnis mit einem Krankenhaus steht, soll der Teil der Vergütung, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis hinausgeht, nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden. Nicht durch das Pflegebudget abgedeckt werden sollen Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen. Diese können gegenwärtig als pflegeentlastende Maßnahmen pauschal mit 2,5 % des Budgets berücksichtigt werden.

In Verbindung mit der in Nr. 25 - § 71 SGB V vorgesehenen Ausgabenbegrenzung durch Geltung der zu ermittelnden Veränderungsrate, auf die in den Jahren 2027 bis 2029 eine Reduzierung um einen Prozentpunkt erfolgt, ergibt sich für das Pflegebudget ein zusätzlicher Absenkungseffekt unterhalb der Grundlohnrate.

Bewertung

Der DGB lehnt die vorgesehene Begrenzung des Pflegebudgets strikt ab. Mit dieser Maßnahme würden die Beschäftigten in der Krankenhauspflege wieder regelhaft mit flächendeckender personeller Unterbesetzung und daraus resultierender Überlastung konfrontiert, da die Refinanzierung in der Krankenhauspflege erneut an finanziellen Zwängen statt an den Erfordernissen einer bedarfsgerechten Versorgung ausgerichtet wäre. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen im Jahr 2020 war ein dringend erforderlicher Schritt, um die Pflegebeschäftigten in Krankenhäusern vor den Auswirkungen kontinuierlicher Zwänge zur Kostenminimierung durch Personalabbau im Rahmen des dysfunktionalen DRG-Systems zu schützen.

Anders in den Ausführungen des RegE (S. 55) suggeriert, kann von einer erfolgreichen und damit abgeschlossenen Stärkung der Pflege anhand des Ist-Zustandes nicht ausgegangen werden. Durch die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) wurde zwar ein Rechtsrahmen geschaffen, der eine bedarfsgerechte Personalbemessung anhand der Pflegepersonalbemessungsregelung (PPR 2.0) in der Krankenhauspflege vorsieht. Allerdings ist der Gesetzgeber bisher eine verbindliche und sanktionsbewehrte Umsetzung der PPR 2.0 schuldig geblieben. Damit fehlt allerdings auch die Grundlage, um von einer am Bedarf orientierten Stärkung der Krankenhauspflege zu sprechen. Stattgefundenene Personalaufwüchse in der Krankenhauspflege, die durch das Pflegebudget refinanziert wurden, spiegeln vielmehr einen dringend benötigten Personal-Wiederaufbau in der Krankenhauspflege nach Jahren des fortgesetzten Personalabbaus wider. Dafür spricht, dass in Deutschland im Vergleich mit anderen Industrienationen laut OECD noch 2019 deutlich weniger Pflegepersonal in Krankenhäusern als Vollzeitäquivalente pro 1000 Einwohner vorhanden waren.[Diesen Fortschritten nun durch Einführung einer Begrenzung des Pflegebudgets wieder den Boden zu entziehen, würde darüber hinaus bedeuten, dass neben einer Abwertung der Krankenhauspflege auch all jenen Berufsbildern in

Krankenhäusern, die bisher nicht durch das Pflegebudget refinanziert werden und somit beständig dem Druck des DRG-Systems zu Kostenminimierung und Personalabbau ausgesetzt sind, die dringend erforderliche Perspektive einer Ausgliederung aus dem Fallpauschalensystem genommen wird.

Mit der im RegE in Nr. 25 - § 71 SGB V vorgesehenen Koppelung der Ausgaben an die Einnahmen der GKV würde das Pflegebudget zunächst nicht auf dem Niveau der GKV-Einnahmen gedeckelt. Durch die für die Jahre 2027 bis 2029 vorgesehene zusätzliche Reduzierung der Veränderungsrate um einen Prozentpunkt würde effektiv eine engere Begrenzung des Pflegebudgets vorgenommen, als es die reine Einnahmesituation der GKV vorgibt. Die Auswirkung dieser künstlich verstärkten Pflegebudgetabsenkung würden mit besonderem Gewicht zulasten des Pflegepersonals gehen. Sie wird insofern entschieden abgelehnt.

Der DGB fordert angesichts der drohenden Schlechterstellung der geltenden Refinanzierungsregeln in der Krankenhauspflege, das Pflegebudget in seiner jetzigen Regelung nicht anzutasten. Eine Begrenzung des Pflegebudgets durch den Veränderungswert entzieht dem Erfordernis einer Refinanzierung des Pflegepersonals bis hin zur Erfüllung einer bedarfsgerechten Personalbemessung die Grundlage, entwertet dadurch errungene Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen der Krankenhauspflege und gefährdet die stationäre Versorgungsqualität durch Rückverlagerung des Kostensenkungsdrucks auf die Personalkosten im Pflegebereich. Analog zum Pflegebudget ist sukzessive die Ausgliederung der Personalkosten für alle nichtpflegerischen Berufsgruppen und Tätigkeitsbilder im Krankenhausbereich und deren kostendeckende Refinanzierung gesetzlich umzusetzen, um den bestehenden Druck zu Kostensenkungen und Personalabbau in diese Berufe zu beseitigen und die Qualität in der stationären Versorgung zu verbessern.

Der DGB lehnt die Streichung pflegeentlastender Maßnahmen in ihrer jetzigen Form ab. Mit der Pauschalierung und Reduzierung dieses Instrumentes von 4,5 auf 2,5 Prozent durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wurden bereits Einsparmaßnahmen realisiert.

Einnahmen erhöhen - ohne Mehrbelastung für Beschäftigte

Der DGB hat tragfähige Lösungen für die Stabilisierung der Finanzierung des Gesundheitswesens entwickelt, die sowohl die GKV als auch den gesellschaftlichen Zusammenhalt stärken. Es geht um Gerechtigkeit, Solidarität und die Stärkung des Sozialstaats als Fundament unserer Demokratie.

Die Beschäftigten haben in den vergangenen Jahren bereits überproportional zur Finanzierung des Gesundheitswesens beigetragen. Die Schmerzgrenze ist längst erreicht: In Zeiten hoher Inflation und steigender Lebenshaltungskosten darf es nicht sein, dass die arbeitenden Menschen am Monatsende noch weniger Geld zur Verfügung haben, der Bund und große private Vermögen aber bei der Finanzierung außen vor bleiben. Dabei gibt es deutlich sinnvollere und gerechtere, Lösungen als die Versicherten zu belasten.

Der Bund muss selbst bezahlen, was er bestellt – und zwar vollständig.

Für die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben bedient sich der Bund an den Geldern der Versicherten – in Milliardenhöhe. Allein bei den Versicherungsbeiträgen für Grundsicherungsbeziehende gewährt er sich selbst einen Rabatt von rund 60 Prozent. Das kostet die Versicherten jährlich etwa zwölf Milliarden Euro – ein klarer Bruch mit dem Grundprinzip, dass Sozialbeiträge ausschließlich für Versicherungsleistungen bestimmt sind. Insgesamt belaufen sich die Kosten für gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die aus Beitragsmitteln finanziert werden, auf nahezu 58 Milliarden Euro pro Jahr. Hieran beteiligt sich der Bund jährlich mit 14,5 Mrd. Euro. Das ist vollkommen unzureichend – zumal der Betrag auch seit 2016 nicht an die Teuerungsrate angepasst wurde. Darum braucht es dringend eine deutliche Erhöhung und Dynamisierung des Bundeszuschusses für gesamtgesellschaftliche Leistungen.

Die Bundesländer müssen ihre Krankenhausinvestitionen selbst tragen.

Laut Grundgesetz und Krankenhausfinanzierungsgesetz sind die Bundesländer dazu verpflichtet, alle Investitionen der Krankenhäuser in ihrem Land zu finanzieren. Dazu gehören zum Beispiel Investitionen in Gebäude, Medizintechnik, Digitalisierung und Klimaschutz. Die Betriebskosten dagegen, die durch die Behandlung der Patienten entstehen, müssen von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Allerdings haben die Länder seit 30 Jahren nicht genug in ihre Krankenhäuser investiert. Dadurch hat sich ein massiver Investitionsstau aufgebaut, der dazu führt, dass nur knapp 50 Prozent des jährlichen Investitionsbedarfs finanziert wird. Vielfach wurden Mittel der GKV zur Überbrückung herangezogen. Die Bundesländer müssen endlich die Investitionen in die deutschen Krankenhäuser vollständig tragen!

Jetzt schon Weichen für die Bürgerversicherung stellen.

Die beste Absicherung erreicht man im größtmöglichen Kollektiv. Langfristig braucht Deutschland daher ein solidarisches und gerechtes System der Krankenversicherung in Form einer Bürgerversicherung, in die alle einzahlen. Auf dem Weg dorthin können bereits jetzt erste Schritte erfolgen:

- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung,
- deutliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze,
- Heranziehen von großen Vermögen und deren Erträgen über Vermögens- Kapitalertrags- und Erbschaftssteuern zur Co-Finanzierung sowie
- Erleichterung der pauschalen Beihilfe und GKV-Mitgliedschaft für Beamtinnen und Beamte.

So kann man heute schon die Weichen dafür stellen, dass das Gesundheitssystem von morgen breiter, gerechter und vor allem tragfähiger finanziert ist.

Effizient wirtschaften – ohne an den Leistungen zu sparen

Dass die GKV Kosten senken muss, steht außer Frage – die Antworten der Bundesregierung dazu sind jedoch inakzeptabel, weil sie Ungleichheiten verschärfen und das Solidarprinzip aushöhlen. Der Zugang zu ärztlicher und therapeutischer Unterstützung muss sich allein am medizinischen Bedarf orientieren – nicht am Geldbeutel. Die vollständige Absicherung bleibt für den DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften eine zentrale Frage von Gerechtigkeit und sozialem Zusammenhalt. Darum hat der DGB-Vorschläge erarbeitet, die die Ausgaben senken, ohne die Qualität der Versorgung zu gefährden.

- **Arzneimittelbepreisung reformieren.**

Die Arzneimittelausgaben sind in den letzten Jahren stark angestiegen: 2023 lagen sie mit 54 Milliarden Euro rund 74 Prozent höher als zehn Jahre zuvor – das BIP wuchs im selben Zeitraum nur um 40 Prozent. Die Mechanismen zur Arzneimittelpreisbildung wirken nicht mehr ausreichend – mit Blick auf die stetige Weiterentwicklung innovativer Arzneimittel und die sichere Versorgung mit Generikaprodukten. Es braucht eine Reform der Arzneimittelbepreisung, die Investitionen in Forschung – und damit Arbeitsplätze in Deutschland – sowie echten Zusatznutzen für Patientinnen und Patienten honoriert, aber die Kostenentwicklung dämpft.

Das AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) war von vornherein als „lernendes System“ angelegt. Im Grundsatz hat es sich bewährt und zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen geführt. Eine Weiterentwicklung ist jedoch unabdingbar. Insbesondere die Nutzenbewertung muss hier für alle Arzneimittel systematisch aktualisiert werden.

Zudem müssen wir auch vermehrt den Fokus auf Generika legen, denn sie stellen rund 80 Prozent der Arzneimittel dar und verursachen für die Krankenkassen nur knapp 7 Prozent der Arzneimittelausgaben. Durch die bisherige Devise „der Günstigste erhält den Zuschlag der Kassen“ haben wir mittlerweile ein ernstzunehmendes Versorgungsproblem mit Generikaprodukten.

Soziale, ökologische und industriepolitische Kriterien sind neben dem AMNOG-System auch bei der zukünftige Preis- und Erstattungsgestaltung für Festbeträge, Rabattverträge und Ausschreibungen der Schlüssel. Pharmazeutische Produkte, die in Deutschland/ Standorten der europäischen Union unter dem Siegel Gute Arbeit erforscht, entwickelt sowie produziert werden und damit ein Pfeiler für die Versorgungssicherheit sind, müssen mit faireren Bedingungen bei der Preis- und Erstattungsgestaltung versehen werden.

Besonders für Generikaprodukte ist dieser Ansatz entscheidend. Wir müssen zeigen, dass wir aus der Corona-Pandemie gelernt haben und uns auf geopolitisch unsichere Zeiten vorbereiten. Das ist ein industriepolitischer Ansatz und ein erster Schritt zu mehr Versorgungssicherheit.

- **Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf 7 Prozent senken.**

Die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel beträgt in Deutschland 19 Prozent – wie bei Luxusgütern. Auf Waren des täglichen Bedarfs werden dagegen nur 7 Prozent erhoben. In fast allen anderen EU-Staaten gilt für Gesundheitsgüter der niedrigere Satz. Der DGB fordert daher, die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf 7 Prozent zu senken – und Hersteller, Großhandel und Apotheken zu verpflichten, die Ersparnis an die GKV und die Versicherten weiterzugeben.

- **Ärztliche Leistungen nach Qualität vergüten – nicht nach Quantität.**

Deutschland leistet sich eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt – mit dem drittgrößten Budget im OECD-Vergleich. Doch die Ergebnisse sind ernüchternd: Die Lebenserwartung liegt unter dem OECD-Durchschnitt, wir haben eine hohe Mortalität und mäßige Versorgungsqualität. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben den gesetzlichen Auftrag, die flächendeckende ambulante Versorgung sicherzustellen. Dennoch fehlen in ländlichen Regionen Haus- und Fachärzte, während in Ballungsräumen Überversorgung herrscht. Die KVen reagieren oft zu langsam oder blockieren Reformen, die ihre Macht beschneiden könnten.

Ärztliche Leistungen in Deutschland sind sehr teuer, weil das Honorarsystem auf Mengenanreizen basiert, ohne echte Qualitätssteuerung: Ärzte werden nach Fallzahlen bezahlt, nicht nach Behandlungsergebnissen. Mehr Geld in dieses System zu pumpen, ohne die Strukturen zu verändern, führt nicht zu besserer Versorgung, sondern nur zu höheren Kosten. Es braucht daher dringend überprüfbare Qualitätskriterien, deren Einhaltung Voraussetzung für die ärztliche Vergütung ist.

Die KVen müssen zudem ihrer Verantwortung gerecht werden und für eine vernünftige, funktionierende Steuerung sorgen, die sich am Bedarf der Menschen orientiert – nicht an den Besitzständen. Nur so schaffen und sichern wir eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und solidarische Versorgung, die ihr Geld wert ist.

- **Versorgung an Patienten orientieren statt an überkommenen Systemlogiken.**

Ambulante und stationäre Bereiche haben getrennte Strukturen, Zuständigkeiten und Budgets: Für die ambulante Versorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zuständig, für die stationäre die Länder und die Krankenkassen. Niedergelassene Ärzte werden über die KVen nach EBM-Punkten bezahlt. Das Geld stammt aus einem getrennten ambulanten Gesamtbudget. Krankenhäuser wiederum rechnen direkt mit den Krankenkassen über Fallpauschalen (DRGs) ab. Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung führt zu Doppelstrukturen, Ineffizienzen und unnötigen Kosten.

Was es stattdessen braucht, ist eine integrierte, patientenorientierte Versorgung, die sich am tatsächlichen medizinischen Bedarf orientiert – nicht an Abrechnungslogiken. Ambulante und stationäre Angebote müssen regional gemeinsam geplant und finanziert werden. So lassen sich unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden und Behandlungsverläufe im Sinne von Disease-Management-Programmen besser koordinieren. Das verbessert nicht nur die Versorgung, sondern auch die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten: Einheitliche Strukturen und engere Kooperationen können den Fachkräftemangel abfedern und die Attraktivität der Gesundheitsberufe steigern.

- **Non-Profit-Prinzip durchsetzen: Rendite-Abflüsse stoppen**

Private-Equity-Gesellschaften und Investoren kaufen derzeit fortlaufend Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser und Apotheken auf. Aktuelle Studien zeigen: Diese Praxen rechnen 10 Prozent mehr Leistungen pro Patienten ab als Praxen, die nicht von privatwirtschaftlichen Investoren betrieben werden. Der Nutzen für die Patienten ist nicht erkennbar. Diese offenkundig allein auf Rendite ausgerichteten Geschäftsmodelle treiben die Kosten im Gesundheitswesen hoch, ohne dass es den Versicherten auch nur ein Stück besser geht. Wenn Gesundheitseinrichtungen dagegen gemeinwohlorientiert arbeiten – etwa unter Trägerschaft von öffentlicher Hand, Sozialversicherungen oder gemeinnützigen Organisationen – bleibt dieses Geld im System. Der DGB geht von einem mittleren zweistelligen Milliardenbetrag aus, um den die Ausgabenseite hier jährlich verringert werden könnte.

- **Digitalisierung und Bürokratieabbau**

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen bietet erhebliche Effizienz- und Einsparpotenziale. Elektronische Patientenakten (ePA), automatisierte Prozesse und die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen können Abläufe beschleunigen und Kosten senken. Nach Berechnungen von Deloitte (2025) könnten so jährlich Einsparungen in Höhe von 8 bis 13 Mrd. Euro realisiert werden – vorausgesetzt, die notwendigen Investitionen werden konsequent umgesetzt und digitale Anwendungen flächendeckend genutzt.

Die zentralen Effizienzhebel sind:

- **Automatisierte Abrechnungsprozesse**, die Fehlerquoten senken und den Prüfaufwand reduzieren.
- **Die ePA**, die durch bessere Verfügbarkeit relevanter Gesundheitsdaten Doppeluntersuchungen vermeidet und Behandlungsprozesse koordiniert.
- **Digitale Versorgungsformate wie Videosprechstunden**, die – bei gezieltem Einsatz anstelle physischer Termine – Wege- und Wartezeiten reduzieren und Ressourcen effizienter nutzen.

Damit diese Potenziale tatsächlich gehoben werden, braucht es verbindliche Rahmenbedingungen:

- Einen verpflichtenden Einsatz der ePA für alle Leistungserbringer*innen mit klaren Fristen und wirksamen Durchsetzungsmechanismen.
- Gezielte Investitionen in die Telematikinfrastruktur als Grundlage für eine sektorenübergreifende Echtzeit-Vernetzung.

Nur wenn Effizienzpotenziale und verbindliche Umsetzung zusammen gedacht werden, können die erwarteten Einsparungen in der Praxis realisiert werden.

- **Vermeidung von Behandlungsfehlern und konsequente Prävention**

Neben Digitalisierung bestehen erhebliche zusätzliche Einsparpotenziale durch Qualitätsverbesserungen, Prävention und Patientensicherheit. Diese betreffen insbesondere die Vermeidung vermeidbarer Schäden und die Stärkung präventiver Strukturen im Versorgungssystem.

- **Vermeidung von Behandlungsfehlern:** Hier schlummern Einsparpotenziale von 10–15 Mrd. € jährlich durch eine verbesserte Patientensicherheit und reduzierte Fehlbehandlungen.
- **Bekämpfung von Krankenhausinfektionen:** Geschätzt rund 3,5 Mrd. € jährlich lassen sich durch konsequente Hygienestandards und Infektionsprävention im stationären Bereich einsparen.
- **Stärkung von Krisenprävention und Früherkennung:** 2–4 Mrd. € jährliche Einsparungen lassen sich durch frühzeitige Interventionen und eine präventiv ausgerichtete Versorgung umsetzen.

Insgesamt ergeben sich daraus zusätzliche strukturelle Einsparpotenziale von 22,5–30,5 Mrd. € jährlich, die durch systematische Qualitäts- und Präventionsstrategien gehoben werden können ohne Versicherte zu belasten.

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (Drucksache 21/5753)

Entlastung statt Belastung für Beitragszahlende und Betriebe – Krankenkassenbeiträge jetzt senken

Der Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen setzt wichtige Akzente zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Positiv hervorzuheben ist insbesondere die stärkere Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen sowie die Rücknahme der geplanten Kürzung des Bundeszuschusses. Damit werden zentrale Forderungen nach einer stärkeren Beteiligung des Staates an gesamtgesellschaftlichen Aufgaben aufgegriffen.

Gleichzeitig verweist der Antrag auf die Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit, deren Gesamtpaket eine deutliche Ausgaben- und Struktursteuerung im Gesundheitssystem vorsieht. Diese Logik eröffnet einen Reformrahmen, der auch Maßnahmen umfasst, die zu höheren Eigenbeteiligungen, indirekten Leistungsbegrenzungen oder Belastungen der Versicherten führen können. Eine solche Ausrichtung ist aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften klar kritisch zu bewerten, da sie die solidarische Grundstruktur der GKV unter Druck setzt.

Der DGB betont daher: Eine nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finanzen darf nicht über Leistungskürzungen, höhere Eigenbeteiligungen oder Verschlechterungen für Beschäftigte und Versicherte erfolgen. Entscheidend ist vielmehr eine strukturell tragfähige und solidarisch finanzierte Weiterentwicklung der GKV, die die Einnahmeseite stärkt und gesamtgesellschaftliche Aufgaben konsequent aus Steuermitteln finanziert.

Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 21/5487)

Krankenversicherte entlasten, nicht belasten

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften unterstützen ausdrücklich das Ziel, die gesetzliche Krankenversicherung so weiterzuentwickeln, dass Versicherte nicht zusätzlich belastet werden. Leistungen wie Krankengeld, beitragsfreie Mitversicherung, Zuzahlungsregelungen oder der Zahnersatz dürfen nicht weiter eingeschränkt werden. Gerade Menschen mit niedrigen und mittleren Einkommen brauchen Entlastung und Verlässlichkeit, nicht neue Hürden oder finanzielle Risiken. Ebenso unterstützen wir das Anliegen, keine Kürzungen bei Leistungserbringenden vorzunehmen, wenn dadurch die Qualität der Versorgung für Patient*innen beeinträchtigt würde. Eine stabile, gut ausgestattete Versorgung ist ein zentraler Bestandteil solidarischer Gesundheitsstrukturen.

Auch das Ziel, die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung gerechter zu gestalten und hohe Einkommen stärker in die solidarische Finanzierung einzubeziehen, teilen wir. Allerdings sprechen wir uns nicht für eine pauschale Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze auf 15.000 Euro aus. Der DGB setzt sich stattdessen dafür ein, die Grenzen



schrittweise und dauerhaft an die der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 159 SGB VI) anzugleichen und die Versicherungspflichtgrenze entsprechend zu erhöhen. Eine solche Angleichung schafft ein konsistentes, gerechtes und praktikables System, das die solidarische Finanzierung stärkt.