

Entlastungspotenzial für GKV-Finanzen stärker ausschöpfen – keine neuen Belastungen für Beitragszahlende schaffen

Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

18. Juni 2026

Zusammenfassung

Der vorliegende Gesetzentwurf ist der erste überzeugende Versuch seit über 20 Jahren, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen. Zu begrüßen sind insbesondere die Annäherung an eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik und eine stärkere Konzentration auf Leistungen mit nachgewiesenem Nutzen und wirtschaftlicher Erbringung.

Vom Entlastungspotenzial, das die Finanzkommission Gesundheit aufgezeigt hat, bleibt allerdings allein im nächsten Jahr mehr als die Hälfte ungenutzt. Es ist zudem von ursprünglich 19,6 Mrd. € im Referentenentwurf weiter auf 16,3 Mrd. € im Gesetzentwurf geschrumpft. Die Chance, die viel zu hohen Beitragssätze zur Krankenversicherung endlich auch wieder zu senken, darf nicht vertan werden. Deshalb muss im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch deutlich nachgelegt werden.

Das gilt ganz besonders, weil die Ausgaben auch nach Gesetzentwurf weiter stärker steigen würden als Löhne und Gehälter. Die angekündigte Beitragssatzstabilität wird durch Mehrbelastungen der Arbeitgeber erkaufte. Die Beitragsbelastung der Arbeitgeber steigt als Folge der geplanten Mehrbelastungen im kommenden Jahr in gleichem Umfang wie bei einer Beitragssatzanhebung um 0,4 Prozentpunkte auf 18,1 %.

- Die außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wird die Arbeitgeber mindestens mit 1,3 Mrd. € zusätzlich belasten. Von ihr hatte die Finanzkommission Gesundheit ausdrücklich abgeraten, u. a. wegen der Nachteile für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung. Die Beiträge für Beschäftigte, die oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen, werden dadurch im Ergebnis im kommenden Jahr um 10 % teurer.
- Die geplante kräftige Anhebung der Beiträge für Minijobs um 15 % wird die Arbeitgeber um 1,9 Mrd. € zusätzlich belasten. Durch sie wird ein wichtiges Flexibilitätsinstrument im deutschen Arbeitsmarkt geschädigt. Zudem sollen auch Midijobs verteuert werden.

Die geplante Kürzung des Bundeszuschusses um 2 Mrd. € ist faktisch eine Beitragserhöhung zulasten der Arbeitgeber und Beschäftigten. Der Bundeshaushalt wird so ein weiteres Mal auf Kosten der Beitragszahlenden saniert. Darüber hinaus muss der Bund endlich seinen Verpflichtungen zur ausreichenden Finanzierung der Gesundheitsversorgung von Bürgergeldbeziehenden nachkommen. Die FinanzKommission Gesundheit hatte dies explizit empfohlen. Gerade vor dem Hintergrund, dass diese Empfehlung das größte Entlastungspotenzial für die Beitragszahlenden hätte, ist die Nichtumsetzung ärgerlich. Die jetzt vorgesehene Anhebung der Beiträge des Bundes für Bürgergeldbeziehende reicht bei Weitem nicht aus, um die Kosten der GKV für Bürgergeldbeziehende zu decken.

Die geplante Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten greift zu kurz. Sie sollte – abgesehen von Zeiten des Elterngeldbezugs – vollständig abgeschafft werden. Zumindest sollten die hierzu von der Kommission vorgelegten Vorschläge umgesetzt werden. Durch die nun vorgesehenen zusätzlichen Ausnahmen wird viel Entlastungspotenzial verschenkt und die Umsetzung bürokratisch aufwändiger. Verfehlt ist auch, dass bislang beitragsfrei mitversicherte Ehegatten – anders als von der Kommission empfohlen – keinen eigenen Beitrag zahlen sollen, sondern ihre beschäftigten Ehepartner einen höheren Beitrag von ihrem Gehalt zahlen müssen. Das bedeutet eine deutliche Abschwächung der sonst möglichen positiven Erwerbsanreize für die nicht erwerbstätigen Ehegatten und sogar weniger Erwerbsanreize für die erwerbstätigen Ehegatten, deren Gehalt beim geplanten Start der Neuregelung im Jahr 2028 mit demotivierend hohen Sozialbeiträgen von mehr als 47 % (!) belastet würde.

Im Einzelnen

Beitragsbemessungsgrenze nicht erhöhen

Eine außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist entschieden abzulehnen. Damit würden den Beitragszahlenden laut Gesetzentwurf zusätzliche Beitragslasten in Höhe von rund 2,5 Mrd. € alleine in der GKV auferlegt. Zusätzliche Beitragslasten in der Sozialen Pflegeversicherung – die gar nicht im Gesetzentwurf ausgewiesen sind – kämen dazu. Andere Berechnungen gehen sogar von einer jährlichen Mehrbelastung von mindestens 4,5 Mrd. € für die Beitragszahlenden durch die geplante Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze aus¹. Eine solche Mehrbelastung steht in klarem Widerspruch zu dem Ziel des Gesetzesvorhabens, die Beitragsbelastung zu begrenzen. Dies gilt umso mehr, als die FinanzKommission angesichts möglicher negativer Auswirkungen auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung ausdrücklich davon abgesehen hatte, eine höhere Beitragsbemessungsgrenze zu empfehlen.

Zugleich verkennt eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze die eigentlichen Ursachen der finanziellen Schiefelage der GKV. Die strukturellen Ausgabenprobleme des Systems – insbesondere ineffiziente Versorgungsstrukturen, fehlende Ausgabensteuerung sowie die unzureichende Finanzierung versicherungsfremder Leistungen – werden dadurch nicht angegangen. Es würden lediglich Mehreinnahmen generiert, ohne die langfristige Ausgabendynamik zu bremsen. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

¹ Stockhausen/Pimpertz (2026): Höhere Beitragsbemessungsgrenze: Beschäftigte und Unternehmen zahlen 4,5 Milliarden Euro mehr. IW-Nachricht vom 17. April 2026. <https://www.iwkoeln.de/presse/iw-nachrichten/maximilian-stockhausen-jochen-pimpertz-beschaeftigte-und-unternehmen-zahlen-45-milliarden-euro-mehr.html>. [Letzter Abruf: 17. April 2026].

würde vielmehr die lohnbezogene Finanzierung der GKV weiter ausdehnen und damit die Lohnzusatzkosten für die betroffenen Beschäftigten und ihre Arbeitgeber noch weiter erhöhen.

Auch von der überproportionalen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze sollte abgesehen werden. Damit wird die Wahlfreiheit der Versicherten reduziert und der Wettbewerb zwischen der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung eingeschränkt.

Beiträge bei Mini- und Midijobs nicht noch weiter erhöhen – voller Beitragssatz für Minijobbende ist aufgrund des fehlenden Krankengeldanspruchs überhöht

Die vorgeschlagene Anhebung des Beitragssatzes zur GKV bei Minijobs auf die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes zzgl. des durchschnittlichen Zusatzbeitrages sollte unterbleiben. Hierdurch würden keine Ausgaben der GKV gespart, sondern nur neue Mehreinnahmen geschaffen. Dabei zahlen die Arbeitgeber ohnehin insgesamt höhere Krankenversicherungsbeiträge als die Beschäftigten, weil sie für Beschäftigtengruppen wie Mini- und Midijobbende mehr oder sogar alle Beiträge zahlen. Laut Gesetzentwurf werden die Arbeitgeber dadurch mit 1,9 Mrd. € jährlich mehrbelastet.

Zudem ist der vorgeschlagene Beitragssatz zu hoch. Da Minijobbende keinen Anspruch auf Krankengeld haben, wäre der allgemeine Beitragssatz unangemessen hoch. Allenfalls wäre der ermäßigte Beitragssatz, der auch bei anderen Versicherten ohne Krankengeldanspruch gilt (§ 243 SGB V), angemessen.

Die vorgeschlagene Beitragsmehrbelastung würde die Kosten für Minijobs für Arbeitgeber deutlich verteuern (Anstieg der Beitragssätze für Minijobs um 15 % von 28,0 % auf 32,5 %). Branchen, die besonders auf den Einsatz von Minijobbern angewiesen sind, könnten die höheren Kosten oftmals gar nicht verkraften (vgl. zunehmende Betriebsaufgaben im Gastronomiebereich) oder müssten diese an die Kunden weitergeben, was z. B. im Bereich des Lebensmitteleinzelhandels zu sozial unerwünschten Wirkungen führen würde. Minijobs entsprechen in aller Regel den Wünschen der Beschäftigten und sorgen für Flexibilität am Arbeitsmarkt. Sie helfen gerade kleinen Unternehmen in besonderen Situationen, z. B. bei einer ungewöhnlichen Lage der Arbeitszeit, besonderen Kundenwünschen oder bei schwankendem Arbeitsanfall, Beschäftigung passgenau zu organisieren. Eine Umwandlung von Minijobs in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ist wegen ihres geringen zeitlichen Umfangs oftmals nicht möglich.

Zudem werden auch die Kosten der Arbeitgeber für die Midijobs erhöht. Arbeitgeber müssten für Midijobbende künftig Sozialversicherungsbeitragssätze von bis zu 32,1 % und damit über die Hälfte mehr als für sonstige sozialversicherungspflichtig Beschäftigte zahlen. Dabei gibt es keinen vernünftigen Grund, wieso Midijobs für Arbeitgeber teurer sein sollten als andere sozialversicherungspflichtige Beschäftigung. Statt einer weiteren Belastung der Arbeitgeber bei den Midijobs vorzusehen, müsste vielmehr wieder die paritätische Finanzierung der Sozialversicherungsbeiträge in diesem Entgeltbereich hergestellt werden.

Bundeszuschuss nicht kürzen

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Kürzung des Bundeszuschusses zur gesetzlichen Krankenversicherung um jeweils 2 Mrd. € in den Jahren 2027 bis 2030 muss unterbleiben. Sie konterkariert das Ziel der

Beitragsatzstabilisierung und läuft faktisch auf eine verdeckte Beitragserhöhung zulasten der Beschäftigten und Arbeitgeber hinaus. Anstatt die Finanzierungsprobleme der GKV durch ausgaben-senkende Maßnahmen zu lösen, werden sie durch die Absenkung des Bundeszuschusses auf die Beitragszahlenden verlagert, um den Bundeshaushalt zu sanieren.

Der Bundeszuschuss dient dem Ausgleich versicherungsfremder Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Umfang allerdings sehr viel höher liegt. Insofern wären sogar zusätzliche Bundesmittel erforderlich, um die Belastungen der GKV durch versicherungsfremde Leistungen zu kompensieren.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Erhöhung der Bundesleistungen für Bürgergeldbeziehende kann die gleichzeitige Kürzung des Bundeszuschusses bei weitem nicht kompensieren. Vielmehr würden die vom Bund an die GKV gezahlten Mittel in den nächsten Jahren insgesamt deutlich niedriger liegen als nach geltendem Recht.

Beiträge des Bundes für Bürgergeldbeziehende zeitnah kostendeckend gestalten

Es ist ein großes Versäumnis, dass die von der Kommission empfohlene Maßnahme mit der größten Finanzwirkung für die GKV, nämlich die vollständige Steuerfinanzierung angemessener Beiträge für Bürgergeldbeziehende, so nicht im Gesetzentwurf realisiert wurde. Die schrittweise Anhebung der Beiträge für Bürgergeldbeziehende reicht bei Weitem nicht aus, um die Kosten der GKV für Bürgergeldbeziehende zu decken. Damit werden im Ergebnis weiter die Beitragszahlenden mit den Kosten der Krankenversicherung von Bürgergeldbeziehenden belastet. Dabei ist die Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes von Bürgergeldbeziehenden eine versicherungsfremde Leistung, da es nicht Aufgabe der Beitragszahlenden der Krankenversicherung ist, die Krankheitskosten von Empfängern staatlicher Fürsorgeleistungen zu finanzieren. Wenn die jährliche Unterfinanzierung von 12 Mrd. € vollständig beendet werden würde, könnten die Beiträge zur GKV sofort um 0,5 Beitragssatzpunkte sinken.

Beitragsfreie Ehegattenversicherung auf Zeiten des Elterngeldbezugs beschränken und Bürokratiebelastung für Arbeitgeber ausschließen

Die im Gesetzentwurf vorgesehene teilweise Abschaffung der – international unüblichen – beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten ist grundsätzlich zu begrüßen. Hierdurch wird eine versicherungsfremde Leistung der Krankenversicherung zumindest reduziert.

Allerdings sollte die beitragsfreie Mitversicherung – außerhalb des Elterngeldbezugs – vollständig abgeschafft und wie von der Kommission empfohlen ein Beitrag auf Basis des Mindestbeitrags für freiwillig versicherte Selbstständige erhoben werden.

Die jetzt vorgeschlagene Ausgestaltung ist gleich in mehrfacher Weise misslungen: Durch die zahlreichen Ausnahmen und die Abschmelzung des ursprünglich vorgesehenen einkommensbezogenen Beitragszuschlags von 3,5 auf 2,5 % wird viel Entlastungspotenzial verschenkt, die möglichen positiven Erwerbsanreize auf nicht erwerbstätige Ehegatten werden kaum spürbar und die Arbeitgeber werden mit zusätzlichem Bürokratie- und Kostenaufwand belastet:

1. Zu viele Ausnahmen

Richtig wäre, die beitragsfreie Versicherung von Ehegatten auf die Zeit des Elterngeldbezugs (§ 224 SGB V) zu begrenzen. Für diese Zeit hat der Gesetzgeber mit dem Elterngeld eine Entgeltersatzleistung vorgesehen, die Eltern nach der Geburt ihres Kindes vorübergehend den Verzicht auf eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll. Insofern ist es konsequent, wenn nicht erwerbstätige Eltern in dieser Zeit keinen Krankenversicherungsbeitrag zahlen müssen.

Die darüber hinaus vorgesehenen Ausnahmen gehen zu weit:

- Ehegatten mit bis zu 7-jährigen Kindern oder zu pflegenden Angehörigen von der Beitragspflicht auszunehmen, bedeutet eine nicht gerechtfertigte Begünstigung von verheirateten Eltern bzw. Angehörigen von Pflegebedürftigen. Schließlich müssen unverheiratete, geschiedene oder verwitwete Eltern bzw. Angehörige von Pflegebedürftigen grundsätzlich auch einen Krankenkassenbeitrag leisten. Zudem würden mit einer entsprechend weitreichenden Ausnahme alle staatlichen Anstrengungen, geburtsbedingte Erwerbsunterbrechungen zeitlich zu begrenzen (z. B. durch den Ausbau der Kinderbetreuung oder die zeitliche Begrenzung des Elterngeldes auf grundsätzlich ein Jahr) konterkariert, wenn Nichterwerbstätigkeit bis zum vollendeten 7. Lebensjahr eines Kindes begünstigt würde. Falls dennoch die Begünstigung von Ehegatten mit bis zu 7-jährigen Kindern bzw. zu pflegenden Angehörigen gewollt ist, dann müsste hierfür jedenfalls eine Steuerfinanzierung vorgesehen werden, weil die Finanzierung von Krankenversicherungsschutz von Nichtmitgliedern keine Aufgabe der Mitglieder einer Krankenversicherung und ihrer Arbeitgeber ist.
- Nicht überzeugend ist auch die vorgesehene Beibehaltung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten nach Erreichen der Regelaltersgrenze. Der Hinweis, dass die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in diesem Alter häufig erschwert sei, rechtfertigt diese Privilegierung nicht. Denn dieselbe Situation gilt für viele andere Menschen nach Erreichen der Regelaltersgrenze, die gleichwohl ihre Krankenversicherungsbeiträge selbst tragen müssen. Eine beitragsfreie Mitversicherung allein wegen des Ehegattenstatus ist daher weder systemgerecht noch mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz überzeugend zu begründen. Vor dem Hintergrund, dass das Haushaltsnettoeinkommen von älteren Paaren im Durchschnitt bei rund 4.000 € im Monat liegt², lässt sich auch kaum behaupten, dass ein eigener Krankenversicherungsbeitrag von Ehegatten grundsätzlich unzumutbar wäre. Auch hier gilt: Falls dennoch eine Begünstigung von Ehegatten nach der Regelaltersgrenze gewollt ist, dann müsste hierfür eine Steuerfinanzierung vorgesehen werden, weil die Finanzierung von Krankenversicherungsschutz von Nichtmitgliedern keine Aufgabe der Mitglieder einer Krankenversicherung und ihrer Arbeitgeber ist.

² BMAS (2024): Alterssicherungsbericht 2024, S. 85. [BMAS \(2024\): Alterssicherungsbericht 2024, S. 85](#). [Letzter Abruf: 9. April 2026]. Gemäß dem Alterssicherungsbericht betrug im Jahr 2023 das Haushaltsnettoeinkommen von Paarhaushalten im Alter ab 65 Jahren 3.759 € im Monat. Unter Berücksichtigung der zwischenzeitlichen Renten- und Einkommenssteigerungen ist von einer Höhe von rund 4.000 € auszugehen.

2. Kaum spürbare Erwerbsanreize

Es wird die Chance vertan, durch die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung spürbare Erwerbsanreize für den nicht erwerbstätigen Ehegatten zu setzen. Denn anders als von der Kommission empfohlen, soll kein eigener Beitrag für den nicht erwerbstätigen Ehegatten geleistet werden, sondern der erwerbstätige Ehegatte durch einen höheren Lohnabzug belastet werden. Dabei zeigen alle Erfahrungen, dass das Preissignal durch lohnbezogene Krankenkassenbeiträge deutlich schwächer ist als durch Fixbeträge. Zudem erreicht das Preissignal durch den zusätzlichen Krankenkassenbeitrag den bislang beitragsfrei mitversicherten Ehegatten höchstens dann, wenn er oder sie die Entgeltbescheinigung des Partners auswertet. Erreicht wird dagegen der erwerbstätige Ehepartner, dessen Gehalt beim geplanten Start der Neuregung im Jahr 2028 mit Krankenversicherungsbeiträgen von über 20 % und von Sozialversicherungsbeiträgen in Höhe von mehr als 47 % (!) belastet würde. Dabei ist die Lohnsteuer noch nicht einmal berücksichtigt. Die negativen Erwerbsanreize durch höhere Sozialbeiträge für den erwerbstätigen Ehepartner könnten sogar die möglichen positiven Erwerbsanreize auf den nicht erwerbstätigen Ehepartner übersteigen. Besonders belastet würden betroffene Ehepartner, die bis zur Beitragsbemessungsgrenze Beiträge zahlen. Ihr Krankenversicherungsbeitrag würde im Vergleich zu heute von 1.029 € auf voraussichtlich 1.333 € monatlich steigen (+ 30 %).

3. Erhebliche zusätzliche Bürokratie für Arbeitgeber

Zudem würde die Erhebung des geplanten Zusatzbeitrags zwangsläufig neue Bürokratie und Kosten für die Arbeitgeber bedeuten, weil sie nach dem Gesetzentwurf – entgegen dem Kommissionsvorschlag – unentgeltlich mit dem Beitragseinzug für Dritte, nämlich für die Ehegatten ihrer Beschäftigten, beauftragt werden sollen. Dieser Aufwand könnte sich als erheblich herausstellen, weil Arbeitgeber hierfür Informationen zu den Ehegatten ihrer Beschäftigten benötigen, über die sie bislang nicht verfügen und aus Datenschutzgründen auch nicht verfügen dürfen. Zudem führen auch Konstellationen der Mehrfachbeschäftigung sowie des Bezugs von Entgeltersatzleistungen, von Renten- oder Versorgungsleistungen und von Leistungen nach SGB II bzw. SGB III zu Schwierigkeiten bei der Erhebung des geplanten Zusatzbeitrages.

Wenn trotz aller Nachteile der Ehegattenbeitrag als Abzug vom Lohn des Partners erhoben werden soll, sollten zur Vermeidung der genannten Probleme die Krankenkassen mit dem Einzug beauftragt werden. Sie müssen ohnehin bereits gemäß Sozialgesetzbuch das Vorliegen der Voraussetzungen der Familienversicherung prüfen. Dieser Pflicht folgend könnten sie auch den Einzug durchführen. Zur konkreten Durchführung könnten sie von den Arbeitgebern eine Entgeltbescheinigung (analog zu anderen Verfahren, wie z. B. bei der Krankengeldzahlung) oder die Monatsmeldung (Abgabegrund 58) vom Arbeitgeber anfordern, um auf dieser Basis den Beitrag zu berechnen und einzuziehen.

Sollte den Arbeitgebern trotz aller Nachteile dennoch der Einzug des Zusatzbeitrags aufgebürdet werden, muss zumindest in § 10 Abs. 6 SGB V eine Anhörung der BDA und des BMAS bei der Festlegung des einheitlichen Verfahrens und der einheitlichen Meldevordrucke durch den GKV-Spitzenverband in Analogie zu § 28a Abs. 3e SGB IV vorgesehen werden. Zudem bedarf es in diesem Fall auch einer klaren Regelung der Haftungsfragen bei rückwirkenden Korrekturen des fehlenden Anspruchs auf Familienversicherung und für Betriebsprüfungen nach § 28p SGB IV.

Ausgaben für Krankengeld deutlich stärker begrenzen

Die vorgesehenen Maßnahmen zum Krankengeld beschränken sich auf Missbrauchsbegrenzung und die Beseitigung von Fehlanreizen. Damit wird viel Einsparpotenzial verschenkt. Seit dem Jahr 2015 gab es im Bereich des Krankengeldes ein überproportionales Wachstum. Die aktuellen Prognosen gehen von einer Fortsetzung des jährlichen Wachstums für die nächsten Jahre aus. Eine Begrenzung der Leistungen ist auch zumutbar, denn Deutschland leistet sich derzeit im internationalen Vergleich mit die großzügigste Absicherung im Krankheitsfall, sowohl in Bezug auf die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall als auch auf das Krankengeld.

- **Höhe des Krankengelds reduzieren:** Die noch im Referentenentwurf vorgesehene Absenkung des Krankengeldzahlbetrages sollte wieder in das Gesetz aufgenommen werden, um systematische Fehlanreize zu verhindern. Deutschland bietet mit die großzügigste Absicherung im Krankheitsfall sowohl was die Dauer als auch die Höhe der Leistungen angeht. Eine Begrenzung der Leistungen wäre vor diesem Hintergrund zumutbar. Zudem zeigt die Analyse der FinanzKommission Gesundheit im Bereich des Krankengeldes seit 2025 ein überproportionales Wachstum, das sich gemäß der aktuellen Prognosen fortsetzen dürfte und beitragsatzsteigernd wirkt.
- **Krankengeld auf maximal 52 Wochen begrenzen:** Die maximale Bezugsdauer des Krankengeldes von bis zu 78 Wochen sollte auf maximal 52 Wochen begrenzt werden. Die Leistungsdauer für Krankengeld ist in Deutschland deutlich länger als in den übrigen europäischen Ländern. Dort beträgt die Dauer der Leistungen im Krankheitsfall oftmals 52 Wochen oder weniger. Eine Befristung auf 52 Wochen ist auch sachgerecht, weil im Falle einer über ein Jahr währenden Krankheit eine zumindest vorübergehend verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt. Die Absicherung dieses Risikos ist jedoch nicht Aufgabe der Krankenversicherung, sondern der Rentenversicherung (Erwerbsminderungsrente). Zudem besteht beim Bezug einer Erwerbsminderungsrente eine größere Chance, dass Betroffene zu einer Reha-Maßnahme bereit sind, weil sie in diesem Fall vom höheren Übergangsgeld profitieren.
- **Krankengeld generell bei Rentenbezug ausschließen:** Der Anspruch auf Krankengeld bei Bezug einer Teilrente sollte vollständig ausgeschlossen werden. Der Gesetzentwurf will den Krankengeldanspruch nur dann entfallen lassen, wenn eine Teilrente von mindestens zwei Dritteln der Vollrente bezogen wird. Diese Differenzierung überzeugt nicht. Teilrentner sind bei länger andauernder Krankheit bereits durch ihre Rentenleistung abgesichert. Reicht die Teilrente im Einzelfall nicht aus, besteht zudem jederzeit die Möglichkeit, kurzfristig in eine Vollrente zu wechseln. Ein zusätzlicher Anspruch auf Krankengeld ist deshalb nicht erforderlich. Hinzu kommt, dass beschäftigte Rentner wegen der weggefallenen Hinzuverdienstgrenzen nach der Genesung wieder uneingeschränkt zur Rente hinzuverdienen können, ohne dass eine Rentenkürzung droht.

Teilarbeitsunfähigkeit zurückstellen

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit sollte mit Blick auf die erheblichen damit verbundenen Auswirkungen auf die betriebliche Praxis zunächst auf ihre möglichen Auswirkungen überprüft und ausgetestet werden. Im positiven Fall könnte eine Teilarbeitsunfähigkeit dazu führen, dass Beschäftigte dadurch mit

reduzierter Arbeitszeit früher an den Arbeitsplatz zurückkehren und die Wiedereingliederungschancen erhöhen. Genauso möglich ist jedoch, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten verlängert werden, weil Beschäftigte künftig nicht gleich vollständig, sondern nur stundenweise wieder mit dem Arbeiten anfangen.

Fraglich ist zudem, inwieweit nicht voll arbeitsfähige Beschäftigte im Einzelfall in Betrieben beschäftigt werden können und dürfen. Hierbei stellen sich viele Fragen, auch mit Blick auf die Arbeitssicherheit. Diese lassen sich nicht im Rahmen eines Reformvorhabens, bei dem nur wenige Tage zur Beratung vorgesehen sind, klären. Hierfür bedarf es vielmehr einer vertieften Befassung. Im Vergleich zu den zahlreichen anderen Maßnahmen des Gesetzentwurfs, die zur Begrenzung der stark gestiegenen Krankengeldaufwendungen ergriffen werden können, ist die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit ohnehin nicht vorrangig.

Wichtig ist in jedem Fall, dass eine Arbeitsaufnahme bei Teilarbeitsfähigkeit nur mit Zustimmung des Arbeitgebers möglich ist, so wie es der Gesetzentwurf auch vorsieht. Denn nur der Arbeitgeber kann entscheiden, ob die zu erbringende Arbeit auch unter den gesundheitlichen Einschränkungen der betroffenen Beschäftigten in Teilzeit erbracht werden kann.

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit ist mit erheblichen grundsätzlichen und praktischen Fragen verbunden. Zentrale Fragen zur konkreten Ausgestaltung, insbesondere hinsichtlich Abrechnungssystematik, arbeitsrechtlicher Einordnung und sozialversicherungsrechtlicher Folgen, sind bislang nicht geklärt.

- Für die Arbeitgeber entstünde bei Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit ein zusätzlicher Prozess zur Erfassung und Verarbeitung differenzierter Arbeitsunfähigkeitsdaten. Notwendig würden umfangreiche Anpassungen der Abrechnungssoftware, der Zeitwirtschaftssysteme sowie ggf. der Meldewege. Voraussetzung für die Einführung wäre die verpflichtende und einheitliche Teilnahme aller Ärztinnen und Ärzte sowie weiteren Beteiligten am Verfahren der elektronischen Arbeitsunfähigkeit. Bereits heute bestehen parallele Verfahren, insbesondere durch nicht gesetzlich krankenversicherte Beschäftigte, sowie durch Störfälle im Verfahren der elektronischen Arbeitsunfähigkeit, die die Prozesse verkomplizieren.
- Unklar ist, wie die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in den Entgeltabrechnungs- und Zeitwirtschaftssystemen abgebildet werden kann. Gegebenenfalls müssten Mitarbeitende für den Zeitraum der Teilarbeitsunfähigkeit administrativ und manuell als Teilzeitbeschäftigte geführt werden, obwohl das Arbeitsverhältnis dem Grunde nach in Vollzeit fortbesteht. Dies steht im Widerspruch zu bestehenden, weitgehend digitalisierten und automatisierten HR-Prozessen, die typischerweise von klaren Statuszuordnungen (arbeitsfähig/arbeitsunfähig, Vollzeit/Teilzeit) ausgehen. Fraglich ist, wie eine solche Zwischenkategorie sachgerecht, fehlerfrei und rechtssicher in die bestehenden Systeme integriert werden kann, ohne erhebliche Systemanpassungen, manuelle Nacharbeiten und erhöhte Fehleranfälligkeit zu verursachen. Es wäre eine Umstellung der kompletten Abrechnungs- und Bescheinigungslogik erforderlich. Zusätzlich bräuchte es eine korrespondierende Anpassung des § 23c SGB IV ("nicht beitragspflichtige Einnahmen").
- Im Zuge der Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit müsste zudem der Datensatz der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) erweitert werden. Eine entsprechende Anpassung des § 109

SGB IV ist im vorliegenden Entwurf bislang nicht vorgesehen; wäre aber dann folgerichtig. In diesem Zusammenhang bestünde zugleich die Möglichkeit, die Einführung eines Push-Verfahrens sowie eine Erweiterung des Datensatzes um Angaben zur Form der Anamnese zu berücksichtigen.

- Für eine rechtssichere Umsetzung müssten entsprechende Grundsätze (eAU, EEL, AAG u.a.) durch den GKV-Spitzenverband festgelegt werden. Um sicherzustellen, dass diese auch praxistauglich sind, ist eine Anhörung der BDA und des BMAS analog zu § 28a ABS. 3e SGB IV vorzusehen. Aufgrund der vorgegebenen gesetzlichen Verfahrensweisen und einer notwendigen Umsetzung in das Basismodul aller Entgeltabrechnungsprogramme ist eine praktische Umsetzung ab 1. Januar 2027 unrealistisch.

Die für die Erweiterung des elektronischen Arbeitsunfähigkeitsverfahrens im Zuge der Einführung einer Teilkrankschreibung angesetzten 5 Mio. € Erfüllungsaufwand sind daher zu gering angesetzt. Die Schätzung bildet weder den Umfang der erforderlichen IT-Anpassungen in den Entgeltabrechnungs- und Personalverwaltungssystemen noch den zusätzlichen Personalaufwand für die Verarbeitung differenzierter Krankmeldungen sowie den erhöhten Informations- und Aufklärungsaufwand gegenüber den Beschäftigten angemessen ab. Der daraus resultierende laufende Mehraufwand für Arbeitgeber wird damit systematisch unterschätzt und sollte im Rahmen der Erfüllungsaufwandsermittlung realistisch nachjustiert werden.

Verwaltungs- und Werbeausgaben der Krankenkassen begrenzen – Unnötige Eingriffe in die Autonomie der Selbstverwaltung vermeiden

Es ist zu begrüßen, dass die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen begrenzt werden sollen. Sie sind zwar im Verhältnis zu den Leistungsausgaben niedrig, in ihrer absoluten Höhe mit 13,3 Mrd. € (2025) aber erheblich und es bestehen durchaus Effizienzpotenziale. Deshalb ist die Begrenzung des jährlichen Anstiegs der Verwaltungsausgaben auf die Grundlohnrate zu begrüßen. Richtig und wichtig ist allerdings, dass in der Begründung festgehalten wird, dass die Aufsichtsbehörden eine wirtschaftlich gerechtfertigte, vorübergehende Überschreitung des zulässigen Anstiegs der Verwaltungsausgaben tolerieren können. Denn eine vorübergehende Überschreitung kann z. B. bei IT-Investitionen notwendig sein. Gerade im Bereich der elektronischen Patientenakte und dem europäischen Gesundheitsdatenraum stehen große Projekte und Investitionen an. Wenn diese Investitionen gemeinschaftlich (z. B. über ARGEen oder den GKV-Spitzenverband) erfolgen, sollten auch die diesbezüglichen Beiträge der Einzelkassen zu diesen Institutionen von der Begrenzung ausgenommen werden können. Vorübergehende Überschreitungen der Verwaltungsausgabenobergrenze durch einzelne Krankenkassen sollten allerdings durch verminderte Verwaltungsausgaben in den Folgejahren kompensiert werden. Die vorgesehene Ausnahme von der Verwaltungskostenobergrenze für die Durchführung der Sozialwahlen sollte nicht nur für die Durchführung von Online-Wahlen gelten, weil alle mit den Sozialversicherungswahlen entstehenden Ausgaben außerordentlich sind und nur alle sechs Jahre anfallen.

Zu begrüßen ist auch die im Gesetzentwurf vorgesehene Halbierung der Werbeausgaben-Obergrenze der Krankenkassen. Zu Recht ist auch vorgesehen, dass bei Werbemaßnahmen der Krankenkassen die sachbezogene Information im Vordergrund stehen muss. Der Krankenkassenwettbewerb kann seine gewünschte Wirkung nur entfalten, wenn Informationen zur Qualität oder zum Preis einer Krankenkasse bekannt sind. Banden- oder Trikotwerbung erfüllen diesen Anspruch nicht und kosten nur unnötig

Beitragsfelder. Im Gegenteil wird der gewünschte Wettbewerb um Qualität und Preise sogar geschwächt, wenn der Wettbewerb um Mitglieder mit sachfremden Aspekten – wie z. B. der Popularität von Fußballclubs – geführt wird.

In ihrem zweiten Bericht, der Strukturreformen vorschlagen soll, sollte die Finanzkommission weitere Vorschläge zur Begrenzung von Verwaltungskosten vorlegen. Die Arbeitgeber haben Vorschläge für eine effiziente Organisation der Sozialversicherungsträger bereits vorgelegt³.

Unterbleiben sollte dagegen das Verbot von Vergütungserhöhungen für Vorstandsmitglieder und außertariflich bezahlte Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene der Krankenkassen und ihrer Verbände während eines Zeitraums von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung und die einheitliche Deckelung der Vergütungserhöhungen auf den Anstieg der Grundlohnrate (§§ 410, 411 SGB-V-E). Zum einen greift eine solche Vorgabe tief in die Autonomie und Rechte der sozialen Selbstverwaltung ein, wenn sie nicht mehr über die Vergütung ihrer Führungskräfte entscheiden kann. Sie widerspricht auch der im Koalitionsvertrag (S. 15) vereinbarten Stärkung der sozialen Selbstverwaltung. Zudem kann damit auch keine Ausgabenbegrenzung erreicht werden, weil evtl. geringere Vergütungen von Führungskräften den Krankenkassen zusätzlichen Spielraum zur Ausfüllung des neuen Verwaltungskostendeckels (§ 4 Abs. 5 SGB-V-E) geben würde.

Eigenverantwortung der Versicherten stärker ausbauen

Die vorgesehene Anhebung der Zuzahlungsbegrenzungen um 50 % (Mindestbetrag von 5 auf 7,50 €; Höchstbetrag von 10 auf 15 €) ist richtig. Die derzeit geltenden Zuzahlungen bzw. deren Mindest- (5 €) und Höchstbeträge (10 €) sind seit dem 1. Januar 2004 konstant und wurden seither der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung nicht angepasst. Damit haben sie erheblich real an Wirkung verloren. Die ebenfalls vorgesehene Anpassung und Dynamisierung der Zuzahlungen durch die Bindung an die Grundlohnrate ist daher sehr zu begrüßen, weil so eine Entwertung von Zuzahlungen künftig vermieden wird und die ursprüngliche Bedeutung der Zuzahlungen erhalten bleibt.

Die Eigenverantwortung der Versicherten sollte aber noch darüber hinaus ausgebaut werden. Versicherte sollten durch geeignete Regelungen zu einem wirtschaftlichen Verhalten, zu Kostenverantwortung und zu einem gesundheitsbewussten Verhalten motiviert werden. Folgende zusätzliche Maßnahmen sollten daher ergriffen werden:

- **Belastungsgrenze anheben:** Die heute geltende Belastungsgrenze für Selbstbeteiligungen sollte von 2 auf 3 % der jährlichen Bruttoeinnahmen angehoben werden. Eine solche Belastungsgrenze reicht aus, um eine Überforderung des Einzelnen zu verhindern und gewährleistet, dass auch im späteren Verlauf eines Jahres noch die gewünschte Steuerungswirkung der Zuzahlungsregelungen gegeben ist.
- **Kostentransparenz herstellen:** Damit die Versicherten die Leistungen bewusst in Anspruch nehmen und die abgerechneten ärztlichen Leistungen überprüfen können, müssen unterstützend auch

³ BDA (2025): Sozialversicherungsträger effizient organisieren und Soziale Selbstverwaltung stärken, <https://arbeitsgeber.de/themen/sozialpolitik-und-soziale-sicherung/soziale-selbstverwaltung/>. [Letzter Abruf: 6. April 2026].

Transparenz und Information der Versicherten erhöht werden. Deshalb sollten die Versicherten bei Leistungsanspruchnahme automatisch – und nicht nur auf Anfrage – eine Aufstellung aller Leistungen und Kosten in übersichtlicher Form (Patientenquittung nach § 305 SGB V) erhalten. Die Patientenquittung sollte automatisch in die elektronische Patientenakte eingestellt werden. Damit wäre auch kein zusätzlicher Bürokratieaufwand verbunden, denn alle hierfür notwendigen Informationen liegen in der Praxisverwaltungssoftware ohnehin vor. Zudem sollte jede Krankenkasse die Wahl haben, vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip umzustellen. Das würde die bewusste Leistungsanspruchnahme durch die Versicherten weiter fördern.

- **Kontaktgebühr bei Arztbesuchen einführen:** Arztbesuche sollten nicht länger als einzige Gruppe unter den Leistungserbringern von Selbstbeteiligungen ausgenommen bleiben. Dies gilt ganz besonders, weil Selbstbeteiligungen bei Arztbesuchen Anreize zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten, also Steuerungswirkung, entfalten können. Eine Kontaktgebühr bei jedem Arztkontakt/Ambulanzkontakt würde eine bessere Steuerungswirkung entfalten als die bis Ende 2012 erhobene Praxisgebühr von 10 €, die bei Arztbesuchen einmalig im Quartal anfiel. Ihre Abschaffung war ein Fehler. Sie hat die Krankenkassen und damit die Beitragszahlenden mit rund 2°Mrd. € zusätzlich belastet. Die Praxisgebühr hätte jedoch weiterentwickelt werden müssen, da sie in der alten Form nicht ihre optimale Steuerungswirkung entfalten konnte. Mit einer bei jedem Arztkontakt/Ambulanzkontakt erhobenen Kontaktgebühr ließe sich sowohl eine – moderate – Ausweitung der Selbstbeteiligung als auch eine gegenüber der Praxisgebühr verbesserte Steuerung erreichen. Die Zahl unnötiger Arztbesuche und „Ärzte-Hopping“ könnte reduziert und damit Wartezeiten verkürzt und Praxen entlastet werden. Die Finanzkommission Gesundheit hat – trotz einer grundsätzlich positiven Bewertung der Kontaktgebühr – vor dem Hintergrund der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems und einer umfassenden Reform der Notfallversorgung von einem Vorschlag zu einer Kontaktgebühr abgesehen, da sie es derzeit als verfrüht und nicht als sachgerecht ansieht, eine konkrete Empfehlung für oder gegen die Einführung einer Kontaktgebühr auszusprechen. Wenn deshalb im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens auf eine Einführung einer Kontaktgebühr verzichtet wird, dann gilt umso mehr, dass sowohl bei der Reform der Notfallversorgung als auch bei der Einführung eines Primärversorgungssystems wirksame Steuerungsmechanismen und finanzielle Anreize für eine wirtschaftliche Inanspruchnahme von Leistungen vorgesehen werden müssen. Die Vorschläge der Arbeitgeber für ein Primärversorgungsmodell und eine Reform der Notfallversorgung liegen vor⁴.

Keine Lenkungssteuern einführen

Von der angekündigten Einführung einer Abgabe auf zuckergesüßte Getränke sollte abgesehen werden. Die GKV hat – wie auch die Finanzkommission festgestellt hat – kein Einnahmen-, sondern ein Ausgabenproblem. Hinzu kommt, dass eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke selektiv und sachlich nicht überzeugend ist. Hoher Zuckerkonsum hat auch in vielen anderen Lebensmitteln gesundheitlich relevante Wirkungen, diese bleiben jedoch weiterhin steuerlich begünstigt. Der Präventionsanspruch wird dadurch unterlaufen. Zudem ist die empirische Basis, dass sich durch Steuern auf zuckergesüßte Getränke positive gesundheitliche Effekte erreichen ließen, äußerst dünn. Wirksamer als fiskalische Lenkungsinstrumente

⁴ BDA (2025): Vorschläge der Arbeitgeber für eine Gesundheitsreform 2026, S.6 f. https://arbeitsgeber.de/wp-content/uploads/bda-arbeitgeber-positionspapier-vorschlaege_der_arbeitgeber_fuer_eine_gesundheitsreform-2025_10_20.pdf. [Letzter Abruf: 9. April 2026].

sind Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung sowie präventive Ansätze, die nachhaltige Lebensstiländerungen fördern.

Zudem besteht die große Gefahr, dass entgegen der jetzigen Willensbekundung, die Einnahmen aus einer Abgabe auf zuckergesüßte Getränke nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zugutekommen, sondern am Ende der Sanierung des Staatshaushalts dienen, da eine zweckgebundene Erhebung nach dem Non-affektationsprinzip nicht möglich ist und etwaige Absichtserklärungen jederzeit geändert werden können.

Ausgaben im Arzneimittelbereich auch durch Absenkung der Mehrwertsteuer begrenzen

Im Zuge der angestrebten Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ist es konsequent, auch den Arzneimittelbereich einzubeziehen. Darüber hinaus sollte die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel (wie auch auf Heilmittel) auf den reduzierten Satz (7 %) abgesenkt werden. EU-weit erhebt Deutschland mit den höchsten Steuersatz auf Arzneimittel. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum (lebens-)notwendige Arzneimittel höher besteuert werden als z. B. Süßigkeiten oder Katzenfutter, für die der reduzierte Mehrwertsteuersatz gilt.

Ansprechpartner:

BDA | Die Arbeitgeber.

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Abteilung Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

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