

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

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz)

20. April 2026

Zusammenfassung

Der vorliegende Referentenentwurf ist der überzeugendste Versuch zur Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung seit über 20 Jahren. Die Reform bietet die Chance, den kräftigen Beitragssatzanstieg der letzten Jahre zumindest zu stoppen. Zu begrüßen sind insbesondere das grundsätzliche Bekenntnis zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik und zu einer Konzentration auf Leistungen mit nachgewiesenem Nutzen und wirtschaftlicher Erbringung.

Vom Entlastungspotenzial, das die Finanzkommission Gesundheit im Vorfeld aufgezeigt hat, bleibt allerdings allein im nächsten Jahr mehr als die Hälfte ungenutzt. Die Chance, die viel zu hohen Beitragssätze zur Krankenversicherung endlich auch wieder zu senken, darf aber nicht vertan werden. Deshalb muss im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch deutlich nachgelegt werden.

Kontraproduktiv sind die außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Anhebung der Beiträge für Mini- und Midijobs. Beide Maßnahmen konterkarieren das Ziel, die Lohnzusatzkosten nicht noch weiter ansteigen zu lassen. Die Finanzkommission Gesundheit hat mit überzeugenden Argumenten ausdrücklich davon abgesehen, eine höhere Beitragsbemessungsgrenze zu empfehlen. Zudem ist der vorgeschlagene allgemeine Beitragssatz für Minijobbende unangemessen hoch. Da Minijobbende keinen Krankengeldanspruch haben, wäre allenfalls der ermäßigte Beitragssatz, der auch bei anderen Versicherten ohne Krankengeldanspruch gilt, vertretbar.

Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten sollte – abgesehen von Zeiten des Elterngeldbezugs – vollständig abgeschafft werden. Zumindest sollten die hierzu von der Kommission vorgelegten Vorschläge umgesetzt werden. Durch die nun jedoch vorgesehenen zusätzlichen Ausnahmen wird viel Entlastungspotenzial verschenkt und die Umsetzung bürokratisch aufwändiger. Verfehlt ist auch, dass die Finanzierung der Krankenversicherung von Ehegatten – anders als von der Kommission empfohlen – nicht vom

Arbeitsverhältnis gelöst werden soll, sondern ein zusätzlicher lohnbezogener Beitrag erhoben werden soll. 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.

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 Beitragszahler hätte, ist die Nichtumsetzung unverständlich.

Im Einzelnen

Beitragsbemessungsgrenze nicht erhöhen

Eine außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist entschieden abzulehnen. Damit würden den Beitragszahlenden laut Referentenentwurf zusätzliche Beitragslasten in Höhe rund 2,4 Mrd. € alleine in der GKV auferlegt. Dies entspricht rechnerisch einer Beitragssatzsteigerung um 0,12 Beitragssatzpunkte. 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 Schieflage 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 würde vielmehr die lohnbezogene Finanzierung der GKV weiter ausdehnen und damit die Lohnzusatzkosten für die betroffenen Beschäftigten und ihre Arbeitgeber erneut erhöhen.

Abgabenbelastung bei Mini- und Midijobs nicht noch weiter erhöhen – Voller Beitragssatz für Mini-jobbende 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

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].

Ausgaben der GKV gespart, sondern nur neue Mehreinnahmen geschaffen. Dabei zahlen die Arbeitgeber ohnehin insgesamt höhere Krankenversicherungsbeiträge als die Beschäftigten, weil sie für Beschäftigten-
gruppen wie Mini- und Midijobbende mehr oder sogar alle Beiträge zahlen.

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 Abgaben für Minijobs von 31,17 % auf 35,67 %). Branchen, die besonders auf den Einsatz von Minijobbenden 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.

Durch die vorgesehene Anpassung der Formel zur Berechnung des Faktors F werden zudem auch die Kosten der Arbeitgeber für die Midijobs erhöht. Diese zusätzliche Belastung der Arbeitgeber ist noch nicht einmal im Referentenentwurf ausgewiesen. Arbeitgeber müssten für Midijobbende künftig Sozialversicherungsbeitragssätze von bis zu 33,67 % 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 Bereich hergestellt werden.

Sollte trotz aller Bedenken eine Anhebung erfolgen, müsste eine praktische Umsetzbarkeit gewährleistet werden, was nur mit ausreichend Vorlauf möglich ist. Das jetzt vorgesehene Inkrafttreten am Tag nach der Verkündung ist illusionär und müsste daher auf einen späteren Zeitpunkt verlegt werden. In der Regel erfolgen Updates der Abrechnungsprogramme nur zum 1. Januar und zum 1. Juli eines Jahres. Zudem würde das geplante Inkrafttreten (Tag nach der Verkündung) mit großer Sicherheit innerhalb eines Monats stattfinden, so dass für den gleichen Monat zwei unterschiedliche Rechtsstände zur berücksichtigen wären. Das kann jedoch kein Abrechnungsprogramm gewährleisten. Eine Neuregelung müsste daher zwingend zu einem Monatsbeginn erfolgen.

Beiträge des Bundes für Bürgergeldbeziehende kostendeckend gestalten

Es ist ein großes Versäumnis, dass die von der Kommission empfohlene Maßnahme mit der größten Finanzwirkung für die GKV, nämlich die Steuerfinanzierung angemessener Beiträge für Bürgergeldbeziehende, nicht in den Referentenentwurf mit aufgenommen wurde. Die bisher vom Bund an die GKV gezahlten Pauschalen für Bürgergeldbeziehende sind nicht kostendeckend, so dass im Ergebnis die

Beitragszahlenden mit den Kosten der Krankenversicherung von Bürgergeldbeziehenden belastet werden. Dabei ist die Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes von Bürgergeldbeziehenden eine versicherungsfremde Leistung, die ordnungspolitisch korrekt vollständig aus Steuermitteln finanziert werden muss. Wenn die jährliche Unterfinanzierung von 12 Mrd. € 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 Referentenentwurf vorgesehene weitgehende 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 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 es ermöglichen soll, nach der Geburt eines Kindes auf eine Erwerbstätigkeit zu verzichten. Insofern ist es auch 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.

- Ebenso wenig überzeugend ist die vorgesehene Beibehaltung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten nach der Regelaltersgrenze. Das Argument, dass für diese Personen die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung schwierig sein dürfte, überzeugt nicht. Dies gilt für viele andere Bürger nach Erreichen der Regelaltersgrenze auch, die aber dennoch einen Beitrag zur Krankenversicherung zahlen müssen. 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 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. 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 nur mittelbar, wenn er oder sie die Entgeltbescheinigung des Partners auswertet. Unmittelbar erreicht wird dagegen der erwerbstätige Ehepartner, dessen Gehalt beim geplanten Start der Neureglung im Jahr 2028 mit Sozialversicherungsbeiträgen in Höhe von mehr als 47 % (!) belastet würde. Dabei ist die Lohnsteuer noch nicht einmal berücksichtigt. Insofern könnten die negativen Erwerbsanreize durch höhere Sozialbeiträge für den erwerbstätigen Ehepartner sogar die möglichen positiven Erwerbsanreize auf den nicht erwerbstätigen Ehepartner übersteigen.

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 Referentenentwurf – 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 benötigen, über die sie bislang nicht verfügen. In keinem Fall darf den Arbeitgebern zugemutet werden, die benötigten Informationen über den Erwerbsstatus der Ehegatten ihrer Beschäftigten und deren Kinder- und Pflegebetreuungsengagement einzuholen. Diese Informationen müssten die Krankenkassen

² BMAS (2024): Alterssicherungsbericht 2024, S. 85. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rente/alterssicherungsbericht-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=3. [Letzter Abruf: 9. April 2026]. Gemäß des Alterssicherungsberichts betrug im Jahr 2023 das Haushaltsnettoeinkommen von Paarhaushalten im Alter ab 65 Jahren 3.759 € im Monat. Unter Berücksichtigung der zwischenzeitlichen Renten- und Einkommenssteigerungen dürften es derzeit rund 4.000 € sein.

bereitstellen. Sollte den Arbeitgebern trotz aller Bedenken 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.

Ausgaben für Krankengeld deutlich stärker begrenzen

Richtig ist, dass die hohen Ausgaben für das Krankengeld reduziert werden sollen, z. B. durch die Begrenzung der Krankengeldbezugsdauer, die Absenkung des Krankengeldzahlbetrages, die Neuregelung der Mitwirkungspflichten, ein Krankengeldfallmanagement, eine Anpassung des Krankengeldes auf die Höhe des Arbeitslosengeldes bei Ende der Beschäftigung. 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. Insbesondere bei der Änderung der Höhe des Krankengeldes bedarf es jedoch eines ausreichenden zeitlichen Vorlaufs, damit bestehende tarifliche oder betriebliche Zuschussregelungen zum Krankengeld rechtzeitig angepasst werden können. Der jetzt vorgesehene Zeitpunkt des Inkrafttretens (1. Januar 2027) ist hierfür knapp bemessen.

Allerdings gehen die Maßnahmen nicht weit genug und sollten wie folgt modifiziert werden:

- **Lohnfortzahlung im Krankheitsfall auf maximal 6 Wochen begrenzen:** Als Folgeregelung zur Begrenzung der Krankengeldbezugsdauer sollte auch analog der Bezug der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall auf maximal 6 Wochen pro Kalenderjahr begrenzt werden. Heute läuft auch bei der Lohnfortzahlung bei jeder Krankheit die 6-Wochenfrist neu. Dabei lässt sich auch hier nicht begründen, weshalb diejenigen, die wegen unterschiedlicher Krankheiten wiederholt krankgeschrieben wurden, länger Anspruch auf Lohnfortzahlung haben sollen als Beschäftigte, die wegen einer Erkrankung ebenso lang oder sogar länger krankgeschrieben wurden. Die Beschäftigten wären auch nach dem Auslaufen der sechswöchigen Lohnfortzahlung weiter abgesichert, nämlich über das Krankengeld. Durch die Begrenzung der Lohnfortzahlung auf 6 Wochen ergeben sich neben einer Begrenzung der hohen Lohnfortzahlungskosten für die Arbeitgeber auch positive Anreizeffekte für Arbeitgeber, Beschäftigte und Krankenkassen: Arbeitgeber und Beschäftigte erhalten den Anreiz, das betriebliche Wiedereingliederungsmanagement zu nutzen und die Krankenkassen den Anreiz bereits frühzeitig die Erkrankung ihrer Versicherten effizient zu managen.
- **Krankengeld auf maximal 52 Wochen begrenzen:** Die vorgesehene Begrenzung auf 78 Wochen geht nicht weit genug. 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:** Vollständig gestrichen werden sollte der Anspruch auf Krankengeld bei Bezug einer Teilrente. Der Referentenentwurf sieht vor, dass ein Anspruch auf Krankengeld nur bestehen soll, wenn eine Teilrente von weniger als zwei Dritteln der Vollrente bezogen wird. Bei der Beschäftigung von Rentenbeziehenden – vor und nach der Regelaltersgrenze – sollte hingegen generell kein Anspruch auf Krankengeld bestehen. Bislang gilt dies nur für Vollrentner. Künftig sollte die gleiche Regelung auch auf Teilrentner Anwendung finden, da sie ebenfalls bei einer länger anhaltenden Erkrankung über ihre Rente abgesichert sind und jederzeit problemlos und auch ganz kurzfristig in eine Vollrente wechseln können, wenn ihnen die Teilrente nicht ausreicht. Aufgrund der weggefallenen Hinzuverdienstgrenzen könnten sie dennoch nach der Genesung wieder unbegrenzt zur Rente hinzuverdienen, ohne eine Kürzung ihrer Rente befürchten zu müssen.

Teilkrankengeld zurückstellen

Die Einführung eines Teilkrankengeldes 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 ein Teilkrankengeld 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 (Arbeits-)Sicherheit. 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, die zur Begrenzung der stark gestiegenen Krankengeldaufwendungen ergriffen werden können, ist die Einführung eines Teilkrankengelds ohnehin nicht vorrangig.

Wichtig ist in jedem Fall, dass eine Arbeitsaufnahme bei Teilarbeitsfähigkeit der Zustimmung des Arbeitgebers bedarf, so wie es der Referentenentwurf 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.

Darüber hinaus bestehen zahlreiche offene Fragen zur praktischen Umsetzung in den Meldeverfahren, die zunächst geklärt sein müssen, bevor eine Einführung erfolgt. Für die Arbeitgeber entstände ein zusätzlicher Prozess zur Erfassung und Verarbeitung differenzierter Arbeitsunfähigkeitsdaten in den Entgeltabrechnungsprogrammen. 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. Eine Teil-Arbeitsunfähigkeit würde darüber hinaus umfangreiche Anpassungen der Abrechnungssoftware, der Zeitwirtschaftssysteme sowie ggf. der Meldewege erforderlich machen. Hinzu kommen notwendige Umstellungen interner betrieblicher Prozesse und ein erheblicher Informations- und Schulungsbedarf bei allen Beschäftigten.

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, aber ohne Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung

Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sind zwar im Verhältnis zu den Leistungsausgaben niedrig, in ihrer absoluten Höhe mit 13,3 Mrd. € (2025) aber erheblich und es bestehen durchaus Effizienzpotenziale. Daher ist die im Referentenentwurf vorgesehene Halbierung der Werbeausgaben-Obergrenze der Krankenkasse ein Schritt in die richtige Richtung. Mit dem Entwurf einer Krankenkassen-Werbemaßnahmen-Verordnung aus dem Jahr 2020 wurde bereits schon einmal ein entsprechender Vorstoß unternommen, der jedoch nicht weiterverfolgt wurde. Krankenkassen sollten Geld grundsätzlich nur für sachbezogene Werbung ausgeben, die wirklich den Wettbewerb steigert und nicht für „Bandenwerbung“ etc. Solche Werbung kostet nicht nur Beitragsgelder, sondern konterkariert auch den gewünschten Wettbewerb um Preise und Qualität. Auch die Begrenzung des jährlichen Anstiegs der Verwaltungsausgaben auf die Grundlohnrate ist zu begrüßen. In ihrem zweiten Bericht, der Strukturreformen vorschlagen soll, sollte die Finanzkommission weitere Vorschläge zur Begrenzung von Verwaltungskosten vorlegen. Die Arbeitgeber haben entsprechende 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 vereinbarten Stärkung der sozialen Selbstverwaltung (S. 15). Zudem kann damit auch keine Ausgabenbegrenzung erreicht werden, weil evtl. geringere Vergütungen von Führungskräften den

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

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 würde 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 Belastungsobergrenze 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 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. 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 dieser auf eine Einführung einer Kontaktgebühr verzichtet wird, dann gilt es 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.

Ausgaben im Arzneimittelbereich auch durch Absenkung der Mehrwertsteuer begrenzen

Im Zuge der angestrebten Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik ist es konsequent, auch den Arzneimittelbereich einzubeziehen. Die geplante Dynamisierung des Herstellerabschlags ist jedenfalls als kurzfristiges Element zur Ausgabenbegrenzung geeignet. 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.

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