VERBAND DEUTSCHER ZAHNTECHNIKER INNUNGEN
VDZI
Bundesinnungsverband

VDZI · Anton-Wilhelm-Amo-Str. 20/21 · 10117 Berlin

An die Damen und Herren Obermeister
sowie Geschäftsstellen der Mitgliedsinnungen
des Verbandes Deutscher
Zahntechniker-Innungen

VDZI-Obermeister-Rundschreiben Nr. 014-2026

Unser Zeichen: Kr/Ja AZ: 7-52, 5-10 Datum: 30. März 2026

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten das aktuelle Obermeister-Rundschreiben mit folgendem Inhalt:

- **Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit**

Mit freundlichen Grüßen

VERBAND DEUTSCHER ZAHNTECHNIKER-INNUNGEN

Dominik Kruchen
Präsident

Kim Nikolaj Japing
Geschäftsführer

Umfang des Rundschreibens mit **Anlagen**: **486** Seiten

VDZI
Anton-Wilhelm-Amo-Str. 20/21
10117 Berlin

Telefon 030 8471087-0
Telefax 030 8471087-29
E-Mail info@vdzi.de
Web www.vdzi.de

Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit informieren wir über die Empfehlungen der Finanzkommission, insbesondere über die Reformempfehlungen 22 und 23. Sie finden den Abschnitt zu zahnmedizinischen Versorgungen ab Seite 174 und die beiden Empfehlungen auf den Seiten 181 und 184.

Reformempfehlung Nr. 22: Rücknahme der Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz

Hintergrund
Mit dem TSVG wurden die Festzuschüsse für Zahnersatz ab 2020 mit dem Ziel der finanziellen Entlastung der Patientinnen und Patienten erhöht. Die Zeitreihen zum Zahnersatz zeigen eine insgesamt rückläufige Inanspruchnahme, auch infolge einer erfolgreichen Prävention.

Reformempfehlung
Rücknahme der Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz.

Finanzwirkung
ca. 0,59 Mrd. EUR in 2027

Kategorie
B

Begrenzung von potentieller Über- und Fehlversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung

Hintergrund
In der kieferorthopädischen Versorgung bestehen strukturelle und qualitative Defizite, auch weil Steuerung und Qualitätssicherung nicht hinreichend wissenschaftlich gesichert sind.

Reformempfehlung
Die Kommission empfiehlt ein Bündel von fünf Maßnahmen, das durch eine Kombination aus Pauschalvergütung und evidenzbasierter Leistungserbringung die Versorgungsqualität stärkt sowie die Leistungsmenge wirksam steuert.

Finanzwirkung
ca. 0,11 Mrd. EUR in 2027

Kategorie
A*

Der VDZI erkennt an, dass die dynamische Ausgabenentwicklung im GKV-System eine Herausforderung für die Gesellschaft wie für den Wirtschaftsstandort Deutschland ist. Hierbei steht das GKV-System nicht allein im Kontext der Sozialversicherungssysteme, andere Zweige sind ebenfalls betroffen.

Der VDZI kritisiert die Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit in Bezug auf die Absenkung der Festzuschüsse. Je geringer der Festzuschuss, desto mehr Versicherte könnten von Versorgungen bzw. einer höheren Qualität Abstand nehmen aufgrund von gestiegenen Eigenanteilen und darüberhinausgehenden Mehrkosten. Aufgrund der Bedeutung der Zahngesundheit für eine gesunde und teilhabende Lebensführung ist diese Reformempfehlung daher zu kritisieren.

Die Empfehlung steht in **Kategorie B**:

> *Einsparungen oder Einnahmen, die mit **unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen** auf die Qualität der Versorgung, Zugang oder Verteilungsgerechtigkeit einhergehen.*

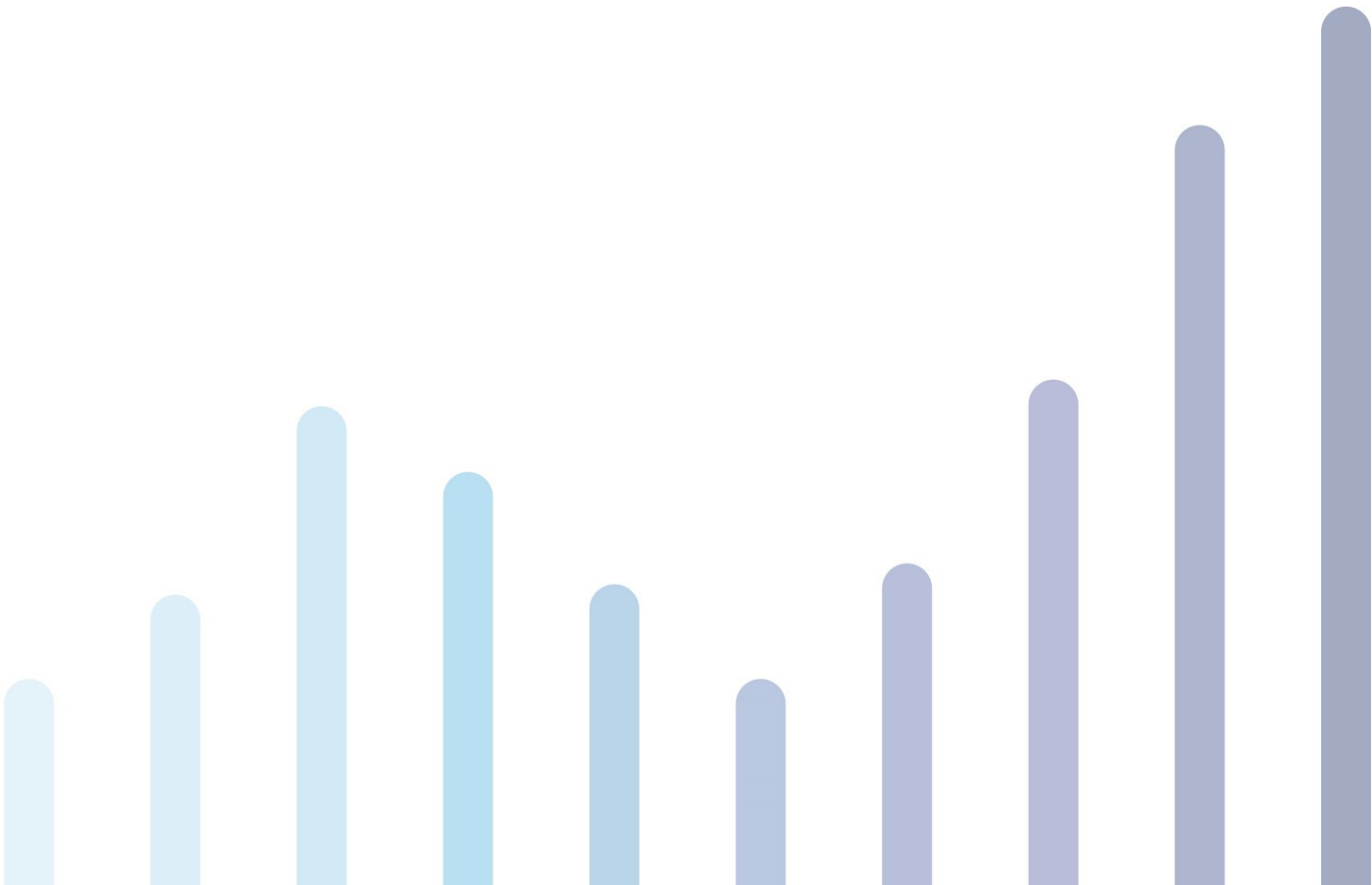
Die Kommission erkennt damit grundsätzlich die vom VDZI dargelegten Auswirkungen an. Diese Argumente werden vom VDZI weiterhin vorgebracht, wie er dies beispielsweise zuletzt in der **Leipziger Erklärung zur Bedeutung der Zahnersatzversorgung für die Mundgesundheit in Deutschland** getan hat.

Nun muss der gesundheitspolitische Diskurs weiterhin begleitet werden, um die Priorisierung der Politik auf die Leistungsbereiche und Empfehlungen mit hohem Sparpotenzial zu lenken. Sollten dennoch die Empfehlungen jedoch umgesetzt werden, so bewertet der VDZI dies zwar als einen negativen Eingriff in das Leistungsrecht für Zahnersatzversorgung, jedoch nicht als existenzgefährdende Maßnahme für das Zahntechniker-Handwerk.

FinanzKommission
Gesundheit

Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit

Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027



Impressum

Herausgeber:

FinanzKommission Gesundheit

Geschäftsstelle der FinanzKommission Gesundheit

im Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin

www.finanzkommission-gesundheit.de

Stand: 30.03.2026

Inhaltsverzeichnis

Management Summary 12
Übersicht über alle 66 Empfehlungen 18
Empfehlungen der Kategorie A* 18
Empfehlungen der Kategorie A 19
Empfehlungen der Kategorie B 23
Tabellenverzeichnis 24
Abbildungsverzeichnis 25
Gesetzesverzeichnis 28
Abkürzungsverzeichnis 32
1 Vorwort und Einleitung 39
2 Arbeitsauftrag und Vorgehensweise 43
2.1 Arbeitsauftrag 43
2.2 Vorgehensweise 45
3 Beteiligung der Stakeholder 47
3.1 Das schriftliche Beteiligungsverfahren 47
3.2 Fach- und Expertengespräche 49
4 Mittelfristige Finanzprognose 50
4.1 Analyse der Finanzlage der GKV 50
4.1.1 Ausgabenentwicklung 50
4.1.2 Einnahmenentwicklung 53
4.1.3 Gesamtentwicklung 54
4.2 Finanzprognose bis 2030 56
4.2.1 Ausgaben der Krankenkassen 56
4.2.2 Einnahmen des Gesundheitsfonds und Zuweisungen an die Krankenkassen 59
4.2.3 Prognoseergebnisse für die Entwicklung der Zusatzbeitragssätze 61
5 Verfassungsrechtliche und ethische Rahmenbedingungen 66
5.1 Rechtliche Rahmenbedingungen der Reform 66
5.1.1 Einführung 66

5.1.2 Zur Gesetzgebungskompetenz ... 67
5.1.3 Zur materiellen Verfassungsmäßigkeit ... 67
5.1.4 Die Rechtsstellung der Krankenkassen ... 67
5.1.5 Die Rechtsstellung der Versicherten ... 69
5.1.6 Die Rechtsstellung der Leistungserbringer ... 71
5.1.7 Die Rechtsstellung der privaten Krankenversicherer ... 72
5.2 Die ethischen Rahmenbedingungen der Reform ... 73
5.2.1 Strategien bei Mittelknappheit ... 73
5.2.2 Die Rolle der Ethik in der Kommissionsarbeit ... 74
5.2.3 Grundlegende ethische Anforderungen an ein gerechtes Gesundheitssystem ... 75
5.2.4 Verfahrensethische Anforderungen an die Kommissionsarbeit, den politischen Entscheidungsprozess und die Umsetzung der Maßnahmen ... 78
5.2.5 Ethische Spannungslinien unter Bedingungen finanzieller Knappheit ... 78
5.2.6 Strukturierung des Optionsraums ... 79
5.2.7 Die Rolle der Wissenschaft im politischen Entscheidungsprozess ... 79
6 Ausgaben der GKV - Kostentreiberanalysen und Reformempfehlungen ... 81
6.1 Übergreifende Reformempfehlungen ... 81
6.1.1 Reformempfehlung Nr. 1: Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik – Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege ... 81
6.1.2 Reformempfehlung Nr. 2: Erhöhung der Zuzahlungsbegrenzungen auf ein realwertiges Niveau ... 100
6.2 Kostentreiberanalysen: Hinweise zur Komponentenzerlegung ... 108
6.3 Ambulante ärztliche Versorgung ... 109
6.3.1 Kostentreiberanalyse - ambulante Versorgung ... 109
6.3.2 Reformempfehlung Nr. 3: Streichung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen ... 115
6.3.3 Reformempfehlung Nr. 4: Vollständige Bereinigung der MGV für Leistungen in TSVG-Konstellationen ... 118
6.3.4 Reformempfehlung Nr. 5: Korrektur des Referenzwerts bei der Entbudgetierung von Kinder- und Jugendärzten ... 120

6.3.5 Reformempfehlung Nr. 6: Rücknahme der Gesetzesänderung zu den KV-spezifischen Veränderungsraten in der MGV 123

6.3.6 Reformempfehlung Nr. 7: Aussetzen und Überprüfungsauftrag zur Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs 126

6.3.7 Reformempfehlung Nr. 8: Streichung der Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung 130

6.3.8 Reformempfehlung Nr. 9: Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der EGV 132

6.3.9 Reformempfehlung Nr. 10: Rückführung der Psychotherapie in die MGV 136

6.3.10 Reformempfehlung Nr. 11: Streichung der Zuschläge zur Kurzzeittherapie 140

6.3.11 Reformempfehlung Nr. 12: Entfall des Konsiliarberichts vor psychotherapeutischen Leistungen bei bestehender Voruntersuchung 143

6.3.12 Reformempfehlung Nr. 13: Beendigung der vollständigen Finanzierung von Erprobungsstudien 145

6.3.13 Reformempfehlung Nr. 14: Rücknahme der Vergütung für die Aktualisierung und Erstbefüllung der ePA ab 2027 148

6.3.14 Reformempfehlung Nr. 15: Rücknahme der Hygienezuschläge 151

6.3.15 Reformempfehlung Nr. 16: Evidenzbasierte Anpassung der Laboruntersuchungen im Gesundheits-Check-up 153

6.3.16 Reformempfehlung Nr. 17: Verbot der Selbstzuweisung laborärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung 156

6.3.17 Reformempfehlung Nr. 18: Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-OPs 159

6.3.18 Reformempfehlung Nr. 19: Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM 162

6.3.19 Reformempfehlung Nr. 20: Streichung der Erstattung von homöopathischen Leistungen 165

6.3.20 Reformempfehlung Nr. 21: Rücknahme der Vergütung für eine Organspendeberatung 168

6.3.21 Diskussion zur Einführung einer Kontaktgebühr 170

6.4 Zahnärztliche Versorgung und Zahnersatz 174

6.4.1 Kostentreiberanalyse - zahnärztliche Versorgung 174

6.4.2 Reformempfehlung Nr. 22: Rücknahme der Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz 181

6.4.3 Reformempfehlung Nr. 23: Begrenzung von potentieller Über- und Fehlversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung 184

6.5 Heilmittel 190

6.5.1 Kostentreiberanalyse – Heilmittel 190

6.5.2 Reformempfehlung Nr. 24: Einjähriges Preismoratorium 196

6.5.3 Reformempfehlung Nr. 25: Abschaffung der gesonderten, verordnungsbezogenen Pauschalen je Blankoverordnung 201

6.6 Stationäre Versorgung 205

6.6.1 Kostentreiberanalyse – stationäre Versorgung 205

6.6.2 Reformempfehlung Nr. 26: Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung 214

6.6.3 Reformempfehlung Nr. 27: Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten 218

6.6.4 Reformempfehlung Nr. 28: Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen 225

6.6.5 Reformempfehlung Nr. 29: Streichung der Prüfquoten 229

6.6.6 Reformempfehlung Nr. 30: Erweiterung der Fallzusammenführung 234

6.6.7 Reformempfehlung Nr. 31: Maßnahmenpaket zum Umgang mit NUBs im Krankenhaus 239

6.6.8 Reformempfehlung Nr. 32: Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen 243

6.6.9 Reformempfehlung Nr. 33: Automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes 250

6.6.10 Reformempfehlung Nr. 34: Maßnahmen zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich 255

6.6.11 Reformempfehlung Nr. 35: Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang 259

6.6.12 Reformempfehlung Nr. 36: Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen 263

6.7 Arzneimittel 267

6.7.1 Kostentreiberanalyse – Arzneimittelversorgung 267

6.7.2 Reformempfehlung Nr. 37: Einführung eines dynamisierten Herstellerabschlags 276

6.7.3 Reformempfehlung Nr. 38: Nachschärfung der Preis-Mengen Regelung 281

6.7.4 Reformempfehlung Nr. 39: Selektivverträge für therapeutisch gleichwertige Arzneimittel unter Patent ... 284
6.7.5 Reformempfehlung Nr. 40: Abschaffung des Orphan Drug Privilegs ... 287
6.7.6 Reformempfehlung Nr. 41: Wiedereinführung von apothekenbezogenen Ausschreibungen für Zytostatika ... 291
6.7.7 Reformempfehlung Nr. 42: Streichung der Erstattung von Cannabisblüten ... 294
6.7.8 Reformempfehlung Nr. 43: Preismoratorium und Streichung der Erstattung ohne Nutzennachweis für Verbandmittel ... 297
6.7.9 Reformempfehlung Nr. 44: Regulierung der Preisfindung für Schutzimpfungen ... 300
6.7.10 Reformempfehlung Nr. 45: Rückführung nicht verausgabter Gelder für pharmazeutische Dienstleistungen aus dem Nacht- und Notdienstfonds ... 306
6.7.11 Reformempfehlung Nr. 46: Stufenweise Anhebung des Apothekenfixums ... 308
6.7.12 Diskussion zur Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel ... 311
6.8 Hilfsmittel ... 313
6.8.1 Kostentreiberanalyse – Hilfsmittelversorgung ... 313
6.8.2 Reformempfehlung Nr. 47: Wiedereinführung von Ausschreibungen für Hilfsmittel und Festbeträge ... 319
6.8.3 Reformempfehlung Nr. 48: Streichung der initialen Preisfreiheit und Erprobungsregelung, Einführung von Zuzahlungen ... 325
6.9 Krankengeld ... 330
6.9.1 Kostentreiberanalyse – Krankengeld ... 330
6.9.2 Reformempfehlung Nr. 49: Teilkrankengeld ... 335
6.9.3 Reformempfehlung Nr. 50: Absenkung des Krankengeld-Zahlbetrages ... 339
6.9.4 Reformempfehlung Nr. 51: Festlegung der maximalen Bezugsdauer auf 78 Wochen ... 342
6.9.5 Reformempfehlung Nr. 52: Änderung der Regelung des Krankengeldes für Selbstständige ... 345
6.9.6 Reformempfehlung Nr. 53: Neuregelung der Mitwirkungspflichten beim Krankengeld ... 348
6.9.7 Reformempfehlung Nr. 54: Krankengeldfallmanagement ... 352
6.9.8 Reformempfehlung Nr. 55: Anpassung des Anspruchs auf Krankengeld bei Teilrente ... 354

6.9.9 Reformempfehlung Nr. 56: Harmonisierung der Regelungen zum Arbeitslosengeld und dem Krankengeld 356
6.10 Medizinische Behandlungspflege, Vorsorge und Rehabilitationsleistungen 358
6.10.1 Kostentreiberanalyse – Behandlungspflege, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen..... 358
6.10.2 Reformempfehlung Nr. 57: Streichung der vollen Tarifrefinanzierung in der medizinischen Behandlungspflege und Vorsorge/Rehabilitation..... 370
6.11 Fahrkosten.....374
6.11.1 Kostentreiberanalyse – Fahrkosten..... 374
6.12 Innovationsfonds 380
6.12.1 Reformempfehlung Nr. 58: Reduzierte Finanzierung des Innovationsfonds..... 380
6.13 Krankenkassen 384
6.13.1 Kostentreiberanalyse – Verwaltungsausgaben der Krankenkassen 384
6.13.2 Reformempfehlung Nr. 59: Halbierung der Werbeausgaben-Obergrenze auf 0,075 % 387
6.13.3 Diskussion zu weiteren Reformoptionen 390
7 Einnahmen der GKV - Analyse der Herausforderungen und Reformempfehlungen... 392
7.1 Analyse der Herausforderungen.....392
7.1.1 Einnahmen der GKV..... 392
7.2 Reformempfehlungen zur Einnahmenseite 398
7.2.1 Reformempfehlung Nr. 60: Abschaffung beitragsfreie Ehegattenversicherung.... 398
7.2.2 Mögliche Auswirkungen einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze 404
7.2.3 Reformempfehlung Nr. 61: Anpassung des Beitragssatzes für gewerbliche Arbeitgeber geringfügig Beschäftigter..... 412
7.2.4 Reformempfehlung Nr. 62: Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden in der GKV..... 414
7.2.5 Reformempfehlung Nr. 63: Dynamisierung des Bundeszuschusses..... 419
8 Einführung von Konsumsteuern zur Stärkung der Prävention.....421
8.1 Einleitung.....421
8.2 Reformempfehlungen zur Stärkung der Prävention 422
8.2.1 Reformempfehlung Nr. 64: Erhöhung der Tabaksteuer..... 422

8.2.2 Reformempfehlung Nr. 65: Höherbesteuerung von Alkohol 429

8.2.3 Reformempfehlung Nr. 66: Einführung einer gestaffelten Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke 434

A. Anhang 439

a) Details zu den erwarteten jährlichen Steuereinnahmen der Empfehlung Nummer 64 439

b) Details zu den erwarteten jährlichen Steuereinnahmen der Empfehlung Nummer 65 441

c) Empfehlung Nummer 66: Übersicht zur Implementierung und zur Internationalen Evidenz zur Wirksamkeit von Abgaben auf zuckergesüßte Getränke 443

i) Implementierung von Abgaben auf zuckergesüßte Getränke: 443

ii) Evidenz zur Wirksamkeit von Abgaben auf zuckergesüßte Getränke 443

iii) Empirische internationale Evidenz 444

iv) Empirische Evidenz aus Großbritannien 445

v) Details zu den erwarteten jährlichen Steuereinnahmen der Empfehlung 446

vi) Details zu den erwarteten jährlichen Kosteneinsparungen der Empfehlung 447

Literaturverzeichnis 448

Management Summary

1. Die FinanzKommission Gesundheit (FKG) hat den **Arbeitsauftrag**, Reformempfehlungen zu Einnahmen und Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erarbeiten, mit denen die GKV-Beitragssätze bereits ab dem Jahr 2027 stabilisiert und zugleich ein hohes Qualitäts- und Leistungsniveau gesichert werden kann. Ein besonderer Fokus sollte dabei auf die Begrenzung der Ausgabendynamik gelegt werden.
2. Der hiermit vorgelegte erste Bericht umfasst kurzfristig bereits ab dem Jahr 2027 wirksame Reformempfehlungen zur Stabilisierung der Krankenkassenbeitragssätze. Ein zweiter Bericht folgt zum Ende des Jahres 2026 mit weiteren Empfehlungen für mittel- und langfristig wirksame Strukturreformen.
3. Die **Prognose der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung bis 2030** zeigt, dass die Ausgaben deutlich schneller als die Einnahmen steigen. Um eine Beitragssatzstabilität auf der gegenwärtigen Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes von 2,9 % zu erreichen, muss schon 2027 eine Deckungslücke in Höhe von 15,3 Mrd. € geschlossen werden (siehe Infografik 1).

Infografik 1: Folgen für die GKV ohne Reform zur Stabilisierung der GKV-Finanzen

Quelle: Eigene Berechnungen

4. Wie die Infografik 1 weiter erkennen lässt, steigt die Deckungslücke in den Folgejahren dynamisch an: auf 21,5 Mrd. € in 2028, 31,9 Mrd. € in 2029 und 40,4 Mrd. € in 2030. In der Infografik 1 ist darüber hinaus dargestellt (rechte Seite), dass daraus für ein durchschnittliches Mitglied in der GKV 2027 eine Mehrbelastung durch steigende Beiträge in Höhe von 260 € im Jahr 2027 resultiert, entsprechend 2028 von 360 €, 2029 von 540 € und 2030 von 680 €, die jeweils zur Hälfte durch das versicherte Mitglied und seinen Arbeitgeber zu finanzieren wären. Die maximale Mehrbelastung für Arbeitnehmer an der Beitragsbemessungsgrenze und ihre Arbeitgeber würde 2030 1.440 € betragen. Ohne Reformen würde der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz schon im Jahr 2027 3,7 % erreichen und in den Folgejahren über 3,9 % in 2028 und 4,4 % in 2029 auf 4,7 % im Jahr 2030 ansteigen.
5. Mit Hilfe von **Kostentreiberanalysen auf der Ausgabenseite** beziehungsweise **Analysen der Herausforderungen auf der Einnahmenseite** wurden die wesentlichen Ursachen für die Entwicklung der Ausgaben und der Einnahmen identifiziert. Dabei wurde auf der Ausgabenseite auch zwischen Mengen-, Preis- und Struktureffekten unterschieden. Die hohe Ausgabendynamik in den meisten Leistungsbereichen resultiert vor allem aus der Schwächung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, die zu einem dynamischen Anstieg der Vergütungen oberhalb der Einnahmenentwicklung geführt hat. Damit ist die Preiskomponente der wesentliche Faktor für die bisherige Ausgabendynamik. Auf der Einnahmenseite war die Entwicklung seit den 2010er Jahren (außer 2020/2021 aufgrund der COVID-19-Pandemie) sehr positiv mit jährlichen Steigerungen der beitragspflichtigen Einnahmen von 4 % und mehr. Die stagnierende Entwicklung des Arbeitsmarktes und damit der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung stellt allerdings eine wesentliche Herausforderung dar.
6. Zur Vorbereitung der Erarbeitung konkreter Reformempfehlungen und zur Beteiligung der Sozialpartner, Praktiker, Leistungserbringer und Organisationen der Selbstverwaltung hat die Kommission ein **zweistufiges Beteiligungsverfahren** initiiert, in welchem den Stakeholdern im Gesundheitswesen die Möglichkeit gegeben wurde, ihre Reformideen im Rahmen eines schriftlichen Beteiligungsverfahrens in die Arbeit der Kommission einzubringen. Hierbei erhielt die Kommission über 1.700 Vorschläge, die insbesondere Vergütungsregelungen und Preisentwicklungen im Gesundheitswesen, Effizienzhebungen in einzelnen Leistungsbereichen, die Stärkung einer evidenzbasierten Medizin, Digitalisierung und Bürokratieabbau, Patientensteuerung und Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten, die Stärkung der Prävention, versicherungsfremde Leistungen und hier insbesondere die Beiträge für Bürgergeldbeziehende, die Stärkung der Einnahmenseite sowie Beitragsgerechtigkeit und Beitragsrecht betrafen. Zusätzlich führte die Kommission am 8. und 9. Januar 2026 ganztägige Fach- und Expertengespräche mit verschiedenen Stakeholdern. So trug das Beteiligungsverfahren dazu bei, die praktischen Erfahrungen aus Versorgung, Verwaltung und Sozialpartnerschaft frühzeitig in die Arbeit der Kommission einzubeziehen. Die Ergebnisse des Beteiligungsverfahrens bildeten eine wesentliche Grundlage für die weitere Ausarbeitung der Empfehlungen.

7. Die Arbeit der Kommission ist eingebettet in einen **verfassungsrechtlichen und ethischen Rahmen**, der sowohl staatliche Schutzpflichten markiert als auch ethische Orientierung für den Umgang mit Zielkonflikten unter Bedingungen begrenzter Ressourcen bietet. Das Gesundheitssystem ist eine zentrale gesellschaftliche Institution, in der sich grundlegende Vorstellungen von Solidarität, Gerechtigkeit, Verantwortung und Menschenwürde konkretisieren. Zugleich trägt der Gesetzgeber Verantwortung für die finanzielle Funktionsfähigkeit der GKV als Voraussetzung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung für gegenwärtige und künftige Generationen.
8. Die insgesamt 66 Empfehlungen mit eine Gesamtfinanzwirkung in Höhe von 42,3 Mrd. € für das Jahr 2027 und 63,9 Mrd. € im Jahr 2030, wurden auf Basis ihrer Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung beziehungsweise Steuerungseffekte, Zugang oder Verteilungsgerechtigkeit den folgenden Kategorien zugeordnet:

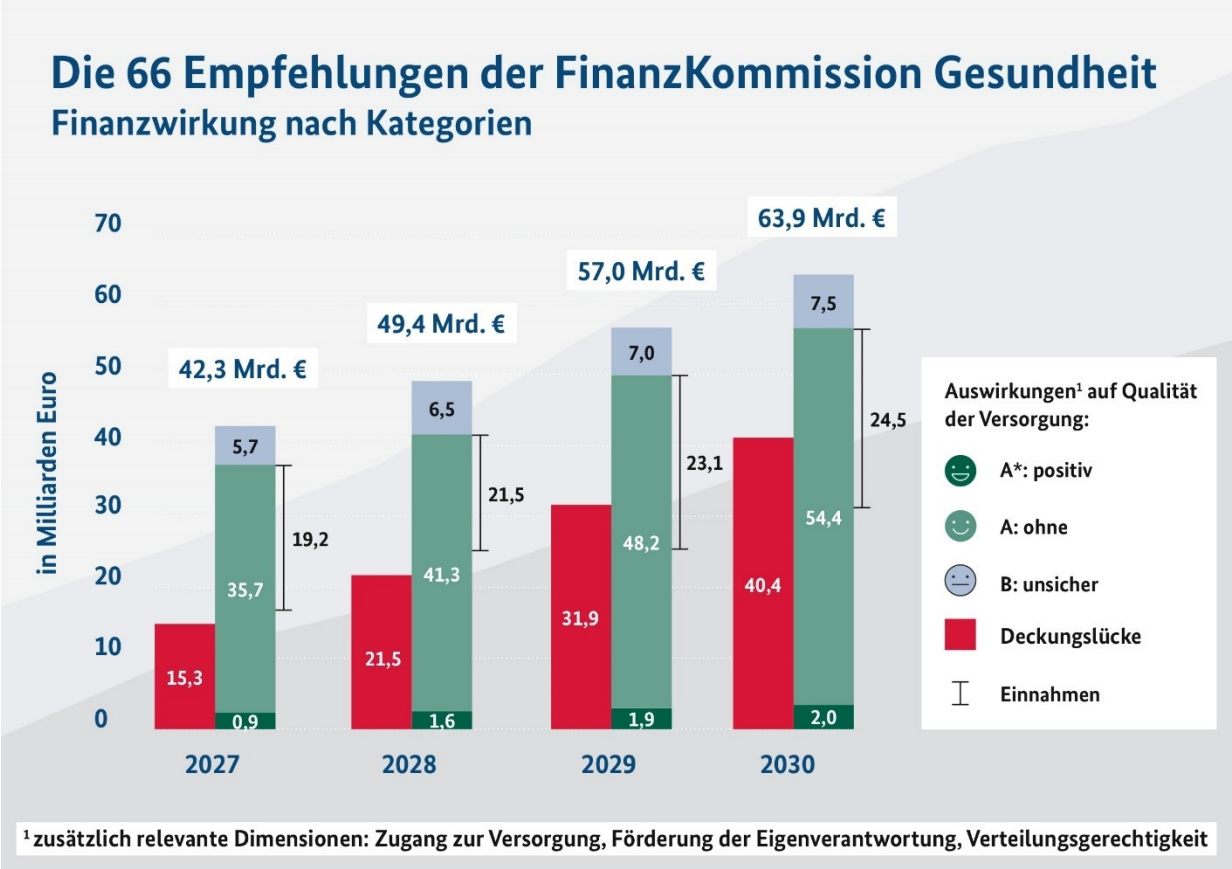
   A*: Einsparungen oder Einnahmen **mit positiven Auswirkungen** auf die Qualität der Versorgung beziehungsweise Förderung der Eigenverantwortung bei mindestens gleichbleibendem Zugang und mindestens gleichbleibender Verteilungsgerechtigkeit.

   A: Einsparungen oder Einnahmen **ohne erwartbare Auswirkungen** auf die Qualität der Versorgung beziehungsweise Steuerungseffekte, Zugang oder Verteilungsgerechtigkeit.

   B: Einsparungen oder Einnahmen, die mit **unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen** auf die Qualität der Versorgung, Zugang oder Verteilungsgerechtigkeit einhergehen.

   Besondere Priorität in der Umsetzung genießen Reformmaßnahmen der Kategorie „**A***“, die neben der Entlastung der GKV-Finanzen auch eine Verbesserung der Versorgung ermöglichen.
9. Eine Übersicht über die Anzahl der Empfehlungen und ihre jeweilige Finanzwirkung je Kategorie zeigt die Infografik 2:

Infografik 2: Finanzwirkung der Reformempfehlungen der FinanzKommission Gesundheit nach Kategorie



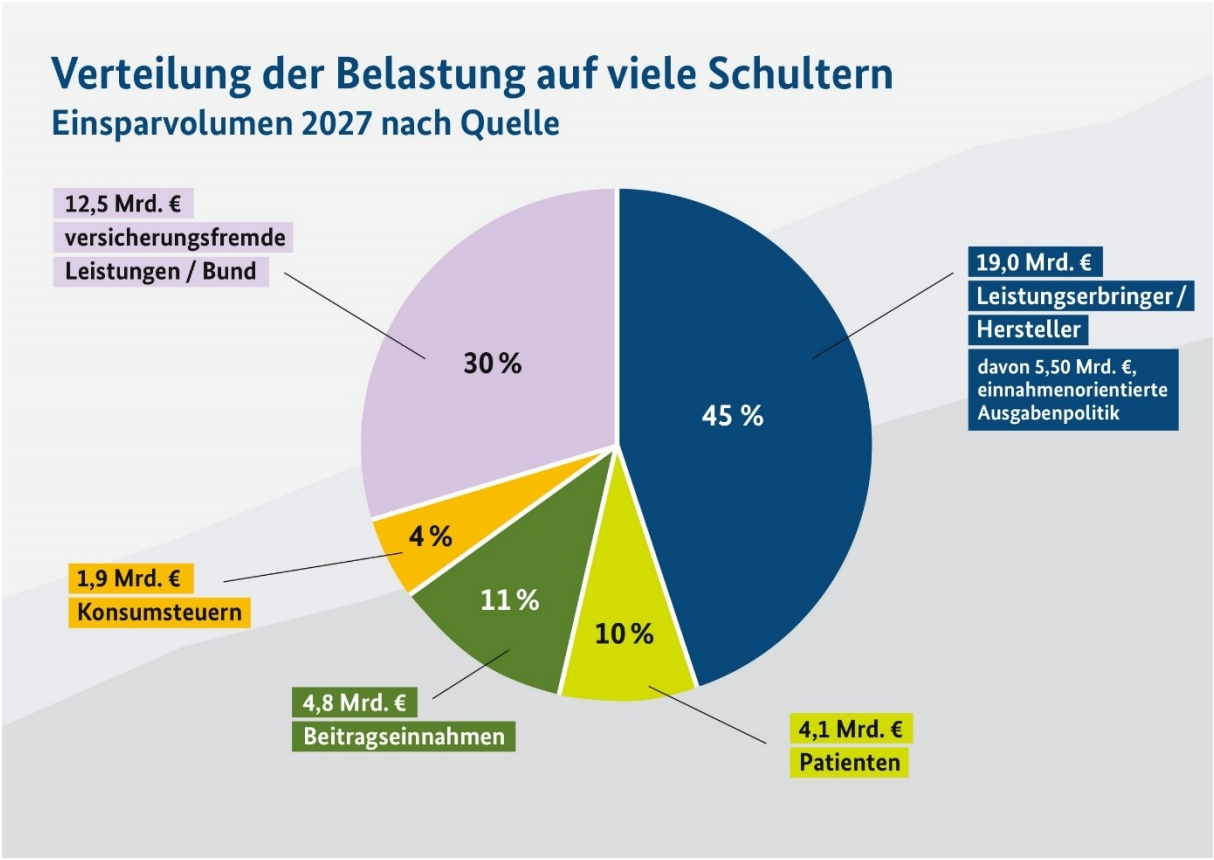
Quelle: Eigene Berechnungen

In der Infografik 2 wird deutlich, dass mit den 6 Reformempfehlung der Kategorie A*, die zusammen eine Finanzwirkung von circa 0,9 Mrd. € erzielen könnten, durch den Abbau von unnötigen, zum Teil sogar schädlichen Leistungen (Über- und Fehlversorgung) sogar potentiell **positive Auswirkungen** auf die Qualität der Versorgung erreicht werden können. So empfiehlt die Kommission in dieser Kategorie unter anderem die schrittweise Einführung eines obligatorischen Zweitmeinungsverfahrens für mengensensible Eingriffe (Reformempfehlung Nummer 32). In der Kategorie A empfiehlt die Kommission beispielsweise die Streichung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen (Reformempfehlung Nummer 3). Eine Empfehlung der Kategorie B ist zum Beispiel die Beendigung der Vollfinanzierung von Erprobungsstudien durch die GKV (Reformempfehlung Nummer 13).

10. Um das Ziel der GKV-Finanzstabilisierung zu erreichen, wurden **alle Bereiche des Gesundheitswesens adressiert**. Die Reformempfehlungen der FKG richten sich an alle Leistungserbringerbereiche, an die Hersteller von pharmazeutischen Produkten und Medizinprodukten, an die Krankenkassen, die beitragszahlenden Mitglieder, die Versicherten sowie Konsumenten und Produzenten gesundheitsschädlicher Produkte sowie den Steuerzahler.

Infografik 3 zeigt das jeweilige Einsparvolumen der Empfehlungen nach Herkunft beziehungsweise Quelle der Mittel.

Infografik 3: Darstellung der prognostizierten Finanzwirkung nach Quelle



Quelle: Eigene Berechnungen

Die Infografik 3 stellt dar, dass der Fokus der Empfehlungen auf einer Begrenzung der Ausgaben liegt: allein 19 Mrd. € (45%) könnten auf Seiten der Leistungserbringer und Hersteller im Jahr 2027 eingespart werden. Weitere 4,1 Mrd. € (10%) könnten über eine maßvolle Anpassung von Selbstbeteiligungen durch Patienten an die Inflation sowie moderate Leistungsanpassungen erbracht werden. Die Einnahmen könnten mit 4,8 Mrd. € (11%) zusätzlichen Beiträgen erweitert werden. Verbrauch- beziehungsweise Lenkungssteuern würden 1,9 Mrd. € (4%) beitragen. 12,5 Mrd. € (30%) könnten durch die Erstattung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund generiert werden.

11. Die Kommission empfiehlt nachdrücklich, den Grundsatz der **evidenzbasierten Medizin** konsequent und über alle Leistungsbereiche der GKV hinweg zu stärken. Leistungen ohne nachgewiesenen Nutzen sollen grundsätzlich nicht aus Mitteln der solidarischen Krankenversicherung erstattet werden. Dies soll auch für Satzungs- und Ermessensleistungen gelten (vgl. Reformempfehlung Nummer 20: Ausschluss von Homöopathie als Satzungsleistung).

12. Die grundsätzlich angestrebte **Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ist eine wesentliche Empfehlung** zur nachhaltigen Begrenzung der Dynamik in allen Ausgabenbereichen. Damit wird erreicht, dass die Vergütungsanstiege im Gesundheitswesen die Kostenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich oder die Entwicklung der GKV-Einnahmen nicht überschreiten. Vergütungsanstiege für die Leistungserbringer bleiben weiterhin möglich. Somit wird der **Grundsatz der Beitragssatzstabilität wieder gestärkt** und bildet wieder ein zentrales Finanzierungselement in der GKV. Ohne eine stärkere Bindung der Ausgaben an die Einnahmenentwicklung wird es nicht möglich sein, die finanzielle Tragfähigkeit der GKV dauerhaft zu sichern und Beitragssatzanstiege zu verhindern. Für Leistungsbereiche mit bisher vorgesehener vollständiger oder anteiliger Tarifrefinanzierung wird eine parallele Streichung der Tarifrefinanzierung empfohlen, da andernfalls die Finanzwirkung dieser Empfehlung abgeschwächt würde (vgl. Reformempfehlung Nummer 1: Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege).
13. Auch Patienten müssen ihren Beitrag leisten. In diesem Bereich empfiehlt die Kommission beispielsweise, dass die Zuzahlungsregelungen, die seit 2004 weitgehend unverändert sind, entsprechend der zwischenzeitlichen Entwertung durch Inflation angepasst werden.
14. Ein Fokus der Arbeit der Kommission liegt auch auf der **Stärkung der Prävention**. Die Kommission empfiehlt, die Konsumsteuern auf Tabak und Alkohol zu erhöhen sowie eine gestaffelte Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke einzuführen und die Steuermehreinnahmen der GKV zuzuführen (vgl. Reformempfehlungen Nummer 64, 65 und 66 zu Prävention und Konsumsteuern).
15. Die Stabilisierung der GKV-Einnahmen sollte vor allem über Maßnahmen zur Stärkung des Arbeitsmarkts und eine höhere Beschäftigung erfolgen, zu der die GKV nur eingeschränkt Impulse geben kann. Hierzu beitragen können aber die Empfehlungen der Kommission zur beitragsfreien Ehegattenversicherung und den Beiträgen für geringfügig Beschäftigte.
16. Die Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen, insbesondere die Gesundheitsversorgung der Bürgergeldbeziehenden sollten adäquat aus Steuermitteln erfolgen.
17. Das Finanzvolumen der von der FKG empfohlenen Maßnahmen in Höhe von insgesamt 42,3 Mrd. Euro für das Jahr 2027 beziehungsweise 63,9 Mrd. € für das Jahr 2030 übersteigt die prognostizierte Deckungslücke bei Weitem. **Die Politik hat damit einen großen Ermessensspielraum** und kann entscheiden, welche Empfehlungen umgesetzt werden sollen.

Übersicht über alle 66 Empfehlungen

Empfehlungen der Kategorie A*

Nr.	Maßnahme	Bereich	Finanzwirkung 2027	Finanzwirkung 2030
23	Begrenzung von potentieller Über- und Fehlversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung	Zahnärzte und Zahnersatz	0,1 Mrd. €	0,2 Mrd. €
31	Maßnahmenpaket zum Umgang mit NUBs im Krankenhaus	stationäre Versorgung	0,1 Mrd. €	0,1 Mrd. €
32	Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen	stationäre Versorgung	0,2 Mrd. €	1,2 Mrd. €
33	Automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes	stationäre Versorgung	0,5 Mrd. €	0,3 Mrd. €
42	Streichung der Erstattung von Cannabisblüten	ambulante Versorgung	0,1 Mrd. €	0,2 Mrd. €
54	Krankengeldfallmanagement	Krankengeld	n. q.	n. q.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Empfehlungen der Kategorie A

Nr.	Maßnahme	Bereich	Finanzwirkung 2027	Finanzwirkung 2030
1	Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege	Übergreifend	5,5 Mrd. €	16,6 Mrd. €
3	Streichung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen	ambulante Versorgung	1,3 Mrd. €	1,8 Mrd. €
4	Vollständige Bereinigung der MGV für Leistungen in TSVG-Konstellationen	ambulante Versorgung	(0,7 Mrd. €)	(1,0 Mrd. €)
5	Korrektur des Referenzwerts bei der Entbudgetierung von Kinder- und Jugendärzten	ambulante Versorgung	0,2 Mrd. €	0,2 Mrd. €
6	Rücknahme der Gesetzesänderung zu den KV-spezifischen Veränderungsraten in der MGV	ambulante Versorgung	0,0 Mrd. €	0,2 Mrd. €
7	Aussetzen und Überprüfungsauftrag zur Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	ambulante Versorgung	0,2 Mrd. €	0,3 Mrd. €
9	Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der EGV	ambulante Versorgung	0,6 Mrd. €	2,1 Mrd. €
12	Entfall des Konsiliarberichts vor psychotherapeutischen Leistungen bei bestehender Voruntersuchung	ambulante Versorgung	0,0 Mrd. €	0,0 Mrd. €
14	Rücknahme der Vergütung für die Aktualisierung und Erstbefüllung der ePA ab 2027	ambulante Versorgung	0,6 Mrd. €	0,6 Mrd. €
15	Rücknahme der Hygienezuschläge	ambulante Versorgung	0,1 Mrd. €	0,1 Mrd. €
16	Evidenzbasierte Anpassung der Laboruntersuchungen im Gesundheits-Check-up	ambulante Versorgung	0,0 Mrd. €	0,0 Mrd. €
17	Verbot der Selbstzuweisung laborärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung	ambulante Versorgung	0,0 Mrd. €	0,0 Mrd. €
18	Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-Ops	ambulante Versorgung	0,1 Mrd. €	0,2 Mrd. €

Nr.	Maßnahme	Bereich	Finanzwirkung 2027	Finanzwirkung 2030
19	Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM	ambulante Versorgung	0,1 Mrd. €	0,2 Mrd. €
20	Streichung der Erstattung von homöopathischen Leistungen	ambulante Versorgung	0,0 Mrd. €	0,0 Mrd. €
21	Rücknahme der Vergütung für eine Organspendeberatung	ambulante Versorgung	0,1 Mrd. €	0,1 Mrd. €
24	Einjähriges Preismoratorium	Heilmittel	0,7 Mrd. €	0,0 Mrd. €
25	Abschaffung der gesonderten, verordnungsbezogenen Pauschalen je Blankoverordnung	Heilmittel	0,2 Mrd. €	0,2 Mrd. €
26	Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung	stationäre Versorgung	(0,5 Mrd. €)	(1,1 Mrd. €)
27	Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten	stationäre Versorgung	(0,6 Mrd. €)	(3,0 Mrd. €)
28	Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen	stationäre Versorgung	0,7 Mrd. €	0,9 Mrd. €
29	Streichung der Prüfquoten	stationäre Versorgung	1,4 Mrd. €	1,0 Mrd. €
30	Erweiterung der Fallzusammenführung	stationäre Versorgung	2,1 Mrd. €	1,0 Mrd. €
34	Maßnahmen zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich	stationäre Versorgung	0,4 Mrd. €	0,5 Mrd. €
35	Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang	stationäre Versorgung	0,0 Mrd. €	0,7 Mrd. €
36	Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen	stationäre Versorgung	0,4 Mrd. €	0,7 Mrd. €
37	Einführung eines dynamisierten Herstellerabschlags	Arzneimittel	(2,3 Mrd. €)	(5,2 Mrd. €)
38	Nachschärfung der Preis-Mengen-Regelung	Arzneimittel	0,0 Mrd. €	0,9 Mrd. €
39	Selektivverträge für therapeutisch gleichwertige Arzneimittel unter Patent	Arzneimittel	0,0 Mrd. €	0,6 Mrd. €

Nr.	Maßnahme	Bereich	Finanzwirkung 2027	Finanzwirkung 2030
41	Wiedereinführung von apothekenbezogenen Ausschreibungen	Arzneimittel	0,2 Mrd. €	0,3 Mrd. €
43	Preismoratorium und Streichung der Erstattung ohne Nutzennachweis für Verbandmittel	Arzneimittel	0,3 Mrd. €	0,3 Mrd. €
45	Rückführung nicht verausgabter Gelder für pharmazeutische Dienstleistungen aus dem Nacht- und Notdienstfonds	Arzneimittel	0,6 Mrd. €	0,0 Mrd. €
46	Stufenweise Anhebung des Apothekenfixums	Arzneimittel	0,6 Mrd. €	0,1 Mrd. €
49	Teilkrankengeld	Krankengeld	0,1 Mrd. €	0,3 Mrd. €
52	Änderung der Regelung des Krankengeldes für Selbstständige	Krankengeld	n. q.	n. q.
53	Neuregelung der Mitwirkungspflichten beim Krankengeld	Krankengeld	0,1 Mrd. €	0,1 Mrd. €
55	Anpassung des Anspruchs auf Krankengeld bei Teilrente	Krankengeld	0,0 Mrd. €	0,0 Mrd. €
56	Harmonisierung der Regelungen zum Arbeitslosengeld und dem Krankengeld	Krankengeld	n. q.	n. q.
57	Streichung der vollen Tarifrefinanzierung in der medizinischen Behandlungspflege und Vorsorge/Rehabilitation	Medizinische Behandlungspflege, Vorsorge/Reha	(0,4 Mrd. €)	(0,9 Mrd. €)
60	Abschaffung beitragsfreie Ehegattenversicherung	Einnahmen	3,5 Mrd. €	3,1 Mrd. €
61	Anpassung des Beitragssatzes für gewerbliche Arbeitgeber geringfügig Beschäftigter	Einnahmen	1,3 Mrd. €	1,3 Mrd. €
62	Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden in der GKV	Einnahmen	12,0 Mrd. €	12,0 Mrd. €
63	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Einnahmen	0,5 Mrd. €	2,6 Mrd. €
64	Erhöhung der Tabaksteuer	Prävention und Konsumsteuer	1,2 Mrd. €	3,8 Mrd. €
65	Erhöhung der Alkoholsteuer auf Spirituosen	Prävention und Konsumsteuer	0,6 Mrd. €	1,2 Mrd. €

Nr.	Maßnahme	Bereich	Finanzwirkung 2027	Finanzwirkung 2030
66	Einführung einer gestaffelten Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke	Prävention und Konsumsteuer	0,1 Mrd. €	0,5 Mrd. €

Quelle: Eigene Berechnungen. Angaben in Klammern sind in der Finanzwirkung anderer Empfehlungen bereits enthalten.

Empfehlungen der Kategorie B

Nr.	Maßnahme	Bereich	Finanzwirkung 2027	Finanzwirkung 2030
2	Erhöhung der Zuzahlungsbegrenzungen auf ein realwertiges Niveau	Übergreifend	1,9 Mrd. €	2,2 Mrd. €
8	Streichung der Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung	ambulante Versorgung	0,8 Mrd. €	0,9 Mrd. €
10	Rückführung der Psychotherapie in die MGV	ambulante Versorgung	0,1 Mrd. €	0,5 Mrd. €
11	Streichung der Zuschläge zur Kurzzeittherapie	ambulante Versorgung	0,1 Mrd. €	0,1 Mrd. €
13	Beendigung der vollständigen Finanzierung von Erprobungsstudien	ambulante Versorgung	0,0 Mrd. €	0,0 Mrd. €
22	Rücknahme der Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz	Zahnärzte und Zahnersatz	0,6 Mrd. €	0,6 Mrd. €
40	Abschaffung des Orphan Drug Privilegs	Arzneimittel	0,0 Mrd. €	0,0 Mrd. €
44	Ausweitung der Regulierungsmöglichkeiten für die Preise von Schutzimpfungen	Arzneimittel	0,4 Mrd. €	1,1 Mrd. €
47	Wiedereinführung von Ausschreibungen für Hilfsmittel	Hilfsmittel	0,2 Mrd. €	0,4 Mrd. €
48	Streichung der initialen Preisfreiheit und Erprobungsregelung, Einführung von Zuzahlungen	Hilfsmittel	0,0 Mrd. €	0,0 Mrd. €
50	Absenkung des Krankengeld-Zahlbetrages	Krankengeld	1,3 Mrd. €	1,5 Mrd. €
51	Festlegung der maximalen Bezugsdauer auf 78 Wochen	Krankengeld	0,1 Mrd. €	0,1 Mrd. €
58	Reduzierte Finanzierung des Innovationsfonds	Innovationsfonds	0,1 Mrd. €	0,1 Mrd. €
59	Halbierung der Werbeausgaben-Obergrenze auf 0,075 %	Verwaltungskosten	0,1 Mrd. €	0,1 Mrd. €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.2.3.1: Übersicht der zentralen Ergebnisse der GKV-Mittelfristprognose (ohne LKK)..... 61

Tabelle 6.1.1.1: Übersicht zur Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) in den jährlichen Vergütungsvereinbarungen beziehungsweise Preisen ausgewählter Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung 84

Tabelle 6.1.1.2: Übersicht zur geschätzten Finanzwirkung der Reformempfehlung in Mrd. € für die Jahre 2027 und 2030 je Leistungsbereich 92

Tabelle 6.1.2.1: Zuzahlungsregelungen..... 101

Tabelle 6.4.2.1: Anteil der Festzuschüsse zum Zahnersatz vor und nach Anhebung durch das TSVG 182

Tabelle 6.8.1.1: Entwicklung der Anteile der Hilfsmittelgruppen im Zeitverlauf..... 317

Tabelle 6.10.1.1: Ausgaben, Versicherte und Kosten je versicherte Person in 2024..... 362

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4.1.1.1: Entwicklung der Gesamtausgaben 2015 – 2025 50
Abbildung 4.1.1.2: Entwicklung der Veränderungsraten der GKV-Ausgaben nach Leistungsbereichen 52
Abbildung 4.1.2.1: Entwicklung der Beitragseinnahmen aus beitragspflichtigen Einnahmen und ihre Veränderungsrate gegenüber dem Vorjahr 54
Abbildung 4.1.3.1: Entwicklung Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE), der GKV-Ausgaben und des Zusatzbeitragssatzes seit 2015 55
Abbildung 4.2.1.1: Entwicklung der GKV-Gesamtausgaben und der jährlichen Veränderungsraten (ab 2026 Prognosen) 57
Abbildung 4.2.2.1: Entwicklung der Beitragseinnahmen aus bpE und der jährlichen Veränderungsraten (ab 2025 Prognosen) 60
Abbildung 4.2.3.1: Absolute Zuwächse von Zuweisungen, Ausgaben und Deckungslücken gegenüber 2026 in Milliarden Euro bei gleichbleibendem Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,9 % 62
Abbildung 4.2.3.2: Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und Ausgaben zum Vorjahr (ab 2026 Prognosen) sowie des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (ab 2027 Prognosen) im mittleren Szenario 63
Abbildung 4.2.3.3: Bandbreite für die Entwicklung des durchschnittlichen ZBS bis 2030 64
Abbildung 6.1.1.1: Indexierte Darstellung der Gesamtentwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) und der Ausgaben in der GKV von 2010 bis 2025 83
Abbildung 6.1.2.1: Entwicklung der Zuzahlungen und GKV-Gesamtausgaben von 2015 bis 2025 ... 103
Abbildung 6.1.2.2 Anteil der Zuzahlungen an den GKV-Ausgaben und Anteil der Zuzahlungsbefreiten an allen GVK-Versicherten von 2015 bis 2025 104
Abbildung 6.3.1.1: Ausgabenentwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung von 2015 bis 2025 . 112
Abbildung 6.3.1.2: Veränderungsraten der Preis-, Mengen und Strukturkomponente in der vertragsärztlichen Versorgung von 2015 bis 2025 113
Abbildung 6.3.1.3: Ausgabenentwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung von 2015 bis 2025 nach Vergütungssystem 114
Abbildung 6.3.8.1 Indexierte Ausgabenentwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung nach EGV und MGV von 2015 bis 2025 133
Abbildung 6.4.1.1: Ausgabenentwicklung für Zahnärzte ohne Zahnersatz von 2015 bis 2025 176
Abbildung 6.4.1.2: Veränderungsraten der Preis-, Mengen und Strukturkomponente für Zahnärzte ohne Zahnersatz von 2015 bis 2025 177
Abbildung 6.4.1.3: Ausgabenentwicklung für Zahnersatz von 2015 bis 2025 179

Abbildung 6.4.1.4: Veränderungsraten der Preis-, Mengen und Strukturkomponente im Bereich Zahnersatz von 2015 bis 2025 180
Abbildung 6.5.1.1: Ausgabenentwicklung im Heilmittelbereich von 2015 bis 2025 192
Abbildung 6.5.1.2: Entwicklung der Nettoausgaben (in Mio. €) und der Nettoausgaben je Behandlungseinheit zwischen 2017 und 2024 193
Abbildung 6.5.1.3: Komponentenzerlegung im Heilmittelbereich (2017-2024) 194
Abbildung 6.6.1.1: Ausgabenentwicklung in der Krankenhausversorgung (2015-2025) 207
Abbildung 6.6.1.2: Komponentenzerlegung im vollstationären aDRG-Bereich (2021-2025) 209
Abbildung 6.6.1.3: Komponentenzerlegung im vollstationären PEPP-Bereich (2021-2025) 211
Abbildung 6.6.1.4: Komponentenzerlegung im vollstationären, somatischen Pflegebereich (2021-2025) 212
Abbildung 6.7.1.1: : Ausgabenentwicklung im Bereich der Arzneimittel in der GKV seit 2010 268
Abbildung 6.7.1.2: GKV-Arzneimittelumsatz nach Marktsegmenten 269
Abbildung 6.7.1.3: Anteil AM mit und ohne Nutzenbewertung an Verordnung und Umsatz 270
Abbildung 6.7.1.4: Entwicklung des Gesamtumsatzes für die Orphan-Drugs seit 2015 271
Abbildung 6.7.1.5: Schutzimpfungen - Umsatz und Veränderungsrate 272
Abbildung 6.7.1.6: Entwicklung der Rabatte seit 2015 273
Abbildung 6.7.1.7: Komponentenzerlegung Verbandmittel 274
Abbildung 6.7.2.1: Prognostizierte Ausgabenentwicklung im Vergleich der Reformempfehlungen . 279
Abbildung 6.8.1.1: Ausgabenentwicklung im Bereich der Hilfsmittelversorgung in der GKV seit 2015 313
Abbildung 6.8.1.2: Entwicklung der Preis- und Mengenkomponente im Bereich der Hilfsmittelversorgung in der GKV 315
Abbildung 6.8.1.3: Anteile Hilfsmittelgruppen (entsprechend Kontenarten) an den gesamten Hilfsmittelausgaben der GKV in 2024 316
Abbildung 6.9.1.1: Entwicklung der Leistungsausgaben für Krankengeld von 2015 bis 2025 330
Abbildung 6.9.1.2: Kostentreiberanalyse Krankengeld 332
Abbildung 6.10.1.1: Ausgabenentwicklung für medizinische Behandlungspflege seit 2015 359
Abbildung 6.10.1.2: Ausgabenentwicklung (absolut und als Veränderungsrate) getrennt nach Behandlungspflege und Intensivpflege 361
Abbildung 6.10.1.3: Entwicklung der Leistungstage für Versicherte mit medizinischer Behandlungspflege seit 2015 362
Abbildung 6.10.1.4: Verteilung der Ausgaben im Leistungsbereich „Vorsorge und Rehabilitation“ für 2024 365

Abbildung 6.10.1.5: Ausgabenentwicklung seit 2015 für Vorsorge- und Rehamaßnahmen 366
Abbildung 6.10.1.6: Veränderung der Ausgaben sowie von Preis-, Mengen- und Strukturkomponente, ... 367
Abbildung 6.10.1.7: Vergleich der ambulanten und stationären Fälle und Kosten je Tag in 2024 368
Abbildung 6.10.1.8: Tage mit stationärer Rehabilitation nach Erkrankungen 369
Abbildung 6.11.1.1: Ausgabenentwicklung für Fahrkosten von 2015 bis 2025 375
Abbildung 6.11.1.2: Ausgabenentwicklung im Bereich Fahrkosten 376
Abbildung 6.11.1.3: Preis- und Mengenkomponente der Fahrkosten (Veränderungsrate gegenüber dem Vorjahr) 377
Abbildung 6.13.1.1: Verwaltungsausgaben der Krankenkassen, netto, von 2015 bis 2025 384
Abbildung 7.1.1.1: Entwicklung der Einnahmen des Gesundheitsfonds und der beitragspflichtigen Einnahmen 393
Abbildung 7.1.1.2: : Entwicklung der Einzelkomponenten 395
Abbildung 7.1.1.3: Entwicklung des Bundeszuschusses, der ergänzenden Bundeszuschüsse und Darlehen 396
Abbildung 7.2.1.1: Anteil der Mitglieder mit beitragsfreien Ehegatten ohne Kinder < 6 Jahre auf Basis der EVS 2018 402
Abbildung 7.2.2.1: Netto-Mehreinnahmen nach Szenario für Anzahl abwandernder Mitglieder, Anzahl mitversicherter Familienangehöriger und Lohnüberwälzung für 2027 407
Abbildung 7.2.2.2: Einkommensverteilung Arbeitnehmer in Deutschland 411

Gesetzesverzeichnis

I. Gesetze

AMNOG	Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I Nr. 67, S. 2262)
AMVSG	Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG) vom 4. Mai 2017 (BGBl. I Nr. 25, S. 1050)
DVG	Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I Nr. 49, S. 2562)
GKV-FinG	Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I Nr. 68, S. 2309)
GKV-FinStG	Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes) vom 07.11.2022 (BGBl. I Nr. 42, S. 1990)
GKV-GRG	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999 (BGBL. I Nr. 59, S. 2626)
GKV-IPReG	Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I Nr. 48 S. 2220)
GKV-VStG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vom 16.07.2015 (BGBl. I Nr. 30, S. 1211)
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I Nr. 11, S. 378)
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) vom 14.11.2003 (BGBl. I Nr. 55, S. 2190)
GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz) vom 20.12.1988 (BGBl. I Nr. 62, S. 2477)
GVWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I Nr. 44, S. 2754)

KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 13a des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist.
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist.
KHRG	Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz) vom 17.03.2009 (BGBl. I Nr. 15, S. 534)
KHVVG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz) vom 11.12.2024 (BGBl. I Nr. 400)
PpSG	Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I Nr. 45, S. 2394)
PsychEntgG	Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz) vom 21.07.2012 (BGBl. I Nr. 35, S. 1613)
PsychThG	Psychotherapeutengesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604), das durch Artikel 17 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist.
PsychThGAusbRefG	Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15.11.2019 (BGBl. I Nr. 40, S. 1604)
PUEG	Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155)
SGB II	Zweites Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 363) geändert worden ist
SGB III	Drittes Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung (SGB III) (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist.

SGB IV	Viertes Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. Januar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 14) geändert worden ist.
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 3. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 28) geändert worden ist.
SGB V ÄndG 2023	Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland - und zur Änderung weiterer Gesetze vom 15.05.2023 (BGBl. I Nr. 123)
SGB VI	Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 62 Absatz 4 des Gesetzes vom 4. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 33) geändert worden ist.
SGB VIII	Achtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 3. April 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 107) geändert worden ist.
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX) vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 16. Januar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 14) geändert worden ist
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist.
TPG	Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 8b des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist.
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019 (BGBl. I Nr. 18, S. 646)
UStG	Umsatzsteuergesetz (UStG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Februar 2005 (BGBl. I S. 386), das zuletzt durch Artikel 62 Absatz 7 des Gesetzes vom 4. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 33) geändert worden ist.

WoGG	Wohngeldgesetz (WoGG) vom 24. September 2008 (BGBl. I S. 1856), das zuletzt durch Artikel 62 Absatz 6 des Gesetzes vom 4. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 33) geändert worden ist.

II. Verordnungen

AM-NutzenV	Verordnung über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a SGB V (Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung – AM-NutzenV) vom 28. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2324), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 4. März 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 75) geändert worden ist.
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist.
BPflV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BPflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 13b des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist.

III. Richtlinien und relevante Vereinbarungen

FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2025 (Fallpauschalenvereinbarung 2025 – FPV) vom 26.09.2024 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln, gemeinsam und einheitlich und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin.
PPP-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL)
ZM-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren (ZM-RL)

Abkürzungsverzeichnis

A

Abk.	Abkürzung
a.F.	alte Fassung
aDRG	ausgegliederte Diagnosis Related Groups
AG	Arbeitgeber
ÄL	Ärztlicher Leistungsanteil
ALG	Arbeitslosengeld
AMG	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AM-NutzenV	Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AMVSG	Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse.
ASV	Ambulant-spezialfachärztliche Versorgung
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit

B

BA	Bewertungsausschuss
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BDA	Bund deutscher Arbeitnehmerverbände
BEEP	Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege
BEMA	Einheitlicher Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BfR	Bundesamt für Risikobewertung
BGBl	Bundesgesetzblatt
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
BMV-Z	Bundesmantelvertrag–Zahnärzte
bpE	beitragspflichtigen Einnahmen
BPflV	Bundespflegesatzverordnung
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BQS-Institut	BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH
BRH	Bundesrechnungshof

BSG	Bundessozialgericht
BTGH	Bundesteilhabegesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht

C

CBD	Cannabidiol
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CM	Casemix
CMI	Casemix-Index
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COVID-19	coronavirus disease 2019
CSU	Christlich-Soziale Union in Bayern

D

DDD	daily-defined-dose
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DiGA(s)	Digitale Gesundheitsanwendung(en)
DiGAV	Digitiale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung
DigiG	Digital-Gesetz
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DM	Daymix
DMI	Daymix-Index
DRG(s)	Diagnosis Related Groups
DVG	Digitale-Versorgungs-Gesetz

E

EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
EGV	Extrabudgetäre Gesamtvergütung
EMA	European Medicines Agency
EMCS	Excise Movement and Control System
ePA	Elektronische Patientenakte
EU	Europäische Union
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
E-Zigaretten	Elektronische Zigaretten

F

FB3	Formblatt 3

FKG	FinanzKommission Gesundheit
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser

G

GaFöG	Ganztagsförderungsgesetz
GAmSi	GKV-Arzneimittel-Schnellinformation für Deutschland nach § 84 Absatz 5 SGB V
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	GKV-Finanzierungsgesetz
GKV-FinStG	GKV-Finanzstabilisierungsgesetz
GKV-IPReG	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GPVG	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
GU	Gesundheitsuntersuchung
GVSG	Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz

H

HebRefG	Hebammenreformgesetz
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HHVG	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz
HIS-Daten	GKV-Heilmittel-Schnellinformation
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
HSA	Hochschulambulanzen
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung

I

i. V. m.	In Verbindung mit

ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
IFA	Informationsstelle für Arzneispezialitäten
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IPReG	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IT	Information-Technology

J

JAEG	Jahresarbeitsentgeltgrenze

K

KB9	Beitragsschuldenstatistik in der GKV
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFE-RL	Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen
KG	Krankengeld
KG2	Statistik über die Leistungsfälle und -tage in der GKV
KG3	Statistik über die Abrechnungsfälle der GKV für vertragsärztliche- und vertragszahnärztliche Behandlungen, für Integrierte Versorgung und Maßnahmen zur Früherkennung und Verhütung von Krankheiten
KG6	Statistik der Leistungsmengen im Krankenhaus
KHAG	Krankenhausreformanpassungsgesetz
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHK	Koronare Herzerkrankung
KHPflEG	Krankenhauspflegeentlastungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KI	Künstliche Intelligenz
KIG	Kieferorthopädische Indikationsgruppen
KJ1	Endgültige Rechnungsergebnisse in der gesetzlichen Krankenversicherung
KM1	Monatliche Statistik über die Mitglieder, mitversicherte Angehörige und den Krankenstand in der GKV
KoaV	Koalitionsvertrag
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KV45	Vorläufige Rechnungsergebnisse in der gesetzlichen Krankenversicherung

KVP	Kleinverkaufspreis
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung

L

LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LSG	Landessozialgericht

M

MD	Medizinischer Dienst (Bund)
MDC	Major Diagnostic Category
MDK-Reformgesetz	Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
MRI	Max Rubner Institut
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum

N

n. F.	neue Fassung
n. q.	Nicht quantifizierbar
NNF	Nacht- und Notdienstfonds
NotSanG	Notfallsanitätergesetz
Nr.	Nummer
NUB(s)	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
NVA	Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

O

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OOP	out-of-pocket payments
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OPW	Orientierungspunktwert
OTC	over-the-counter

P

PAR-Richtlinie	Parodontitis-Richtlinie
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PEPP	Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik

PFG	Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung
PflStudStG	Pflegestudiumstärkungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PNG	Pflege-Neu-Ausrichtungsgesetz
PPP-RL	Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PpUG	Pflegepersonaluntergrenzen
PrüfvV	Prüfverfahrensvereinbarung
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PsychEntgG	Psych-Entgeltgesetz
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
pU	Pharmazeutischer Unternehmer
PUEG	Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz
PZN	Pharmazentralnummer

R

RCT	Randomisierte klinische Studie

S

SDIL	Soft-Drink-Industry-Levy
SGB	Sozialgesetzbuch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SSST	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
STIKO	Ständige Impfkommission
StrlSchV	Strahlenschutzverordnung

T

TAMG	Tierarzneimittelgesetz
THC	Tetrahydrocannabinol
TK	Techniker Krankenkasse
TL	Technischer Leistungsanteil
TPG	Transplantationsgesetz
TSS	Termin-Service-Stelle
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz

U

UN	United Nations

UPD	Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland
UStG	Umsatzsteuergesetz

V

VDB	Vertragsdatenbank
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA
vfa	Verband der forschenden Pharma-Unternehmen e.V.
Vj	Vorjahr
VOASG	Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz
VR	Veränderungsrate

W

WHO	World Health Organisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen
WoGG	Wohngeldgesetz

Z

ZBS	Zusatzbeitragssatz
Zm-RL	Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren
zVT	Zweckmäßige Vergleichstherapie

1 Vorwort und Einleitung

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist seit ihrer Gründung im Jahr 1883 eine der wichtigsten Säulen im deutschen Sozialversicherungssystem und hat sich von einer Arbeiterversicherung zu einer umfassenden Absicherung im Krankheitsfall für knapp 90 % der Bevölkerung entwickelt. Sie ist geprägt vom Solidaritätsprinzip: Beiträge werden grundsätzlich nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erhoben, während der Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung unabhängig von individuellem Krankheitsrisiko gewährleistet wird. Die Beitragsbemessung unterscheidet sich damit von der privaten Krankenversicherung (PKV), deren Prämien in der Regel das persönliche Krankheitsrisiko berücksichtigen. Damit verbindet die gesetzliche Krankenversicherung sozialen Ausgleich mit dem Anspruch auf eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Die erhobenen Beitragssätze der derzeit 93 Krankenkassen in Deutschland variieren zwischen knapp 17 % und etwa 19 % der beitragspflichtigen Einnahmen (insbesondere Löhne, Gehälter und Renten). Der durchschnittliche, nach Versichertenzahl gewichtete Beitragssatz beträgt derzeit etwa 17,7 %, wobei dieser Wert in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen ist; noch 2019 betrug er 15,5 %. Im Jahr 2025 war der Anstieg mit 0,8 Beitragssatzpunkten besonders hoch, wobei im gleichen Jahr auch die Beiträge zur Sozialen Pflegeversicherung um 0,2 Beitragssatzpunkte erhöht wurden. Auch für die Gesetzliche Rentenversicherung werden für die nächsten Jahre aufgrund des demographischen Wandels erhebliche Beitragssatzanstiege prognostiziert. Die gesamte Sozialabgabenquote könnte so schon in wenigen Jahren die Grenze von 50 % der beitragspflichtigen Einnahmen erreichen.

Betroffen von dieser Entwicklung ist im Wesentlichen Einkommen aus unselbständiger Arbeit, sowohl auf Arbeitnehmer- wie auf Arbeitgeberseite, denn die Krankenkassenbeiträge und damit auch deren Erhöhungen werden formal paritätisch von den Mitgliedern wie auch den Betrieben, bei denen sie beschäftigt sind, finanziert. Als Konsequenz steht Beschäftigten prozentual immer weniger von ihrem Bruttolohn zur freien Verfügung, und der Anreiz, eine Beschäftigung aufzunehmen oder auszuweiten, dürfte sinken. Für die Unternehmen verteuert sich der Faktor Arbeit entsprechend, was den Anreiz erhöht, Beschäftigung in das Ausland zu verlagern oder durch Automatisierung von Herstellungsprozessen zu ersetzen. Es entsteht somit ein Dilemma: Schwaches gesamtwirtschaftliches Wachstum begrenzt die Einkommenszuwächse; in umlagefinanzierten Systemen, wie der GKV, führt ein bei gleichzeitig steigenden Ausgaben stagnierendes Lohnwachstum zu höheren Beitragssätzen. Diese erhöhen wiederum die Lohnnebenkosten und können dadurch das wirtschaftliche Wachstum weiter dämpfen. Daraus ergibt sich ein Spannungsverhältnis zwischen drei zentralen Zielen: der Sicherung eines hohen Versorgungsniveaus, der solidarischen Finanzierung der Leistungen und der wirtschaftlichen Tragfähigkeit des Systems. Reformüberlegungen müssen somit stets abwägen, wie diese Ziele langfristig miteinander in Einklang gebracht werden können.

Daher ist die Ausgabenentwicklung in der GKV systematisch daraufhin zu überprüfen, ob und in welchem Umfang sich Ausgaben ohne Einbußen bei der Versorgungsqualität senken oder zumindest

stabilisieren lassen. Aufgrund der Beschäftigungszuwächse und der positiven Entwicklung des Einkommensniveaus und resultierender steigender Beitragseinnahmen schien dies über eine Reihe von Jahren bis 2019 nicht nötig. Im Gegenteil wurden in dieser Zeit einige Gesetze beschlossen, die zu langfristig wirksamen Ausgabensteigerungen je nach Sektor teils deutlich oberhalb des Anstiegs der Einnahmen geführt haben. Darüber hinaus sind auch strukturelle Reformen, die potentiell die Effizienz der gesundheitlichen Versorgung verbessern könnten, angestoßen worden; diese konnten bislang aber noch nicht in vollem Maße wirksam werden. Dazu gehören unter anderen Maßnahmen zu einer umfassenden digitalen Transformation der Versorgung, eine Intensivierung der Ambulantisierung bislang noch vornehmlich stationär erbrachter Leistungen, eine verbesserte Koordination und Steuerung der Patientenwege, vor allem im Notfall und in der Primärversorgung, grundlegende Änderungen der Angebotsstruktur insbesondere im stationären Bereich und generell eine stärkere Teamorientierung unter Einschluss verschiedener Professionen im Gesundheitswesen.

Vor diesem Hintergrund wurde im aktuellen Koalitionsvertrag aus dem Jahre 2025 vereinbart, eine wissenschaftliche Kommission unter Beteiligung von Expertinnen und Experten sowie Sozialpartnern einzurichten, die konkrete Maßnahmen für strukturelle Anpassungen vorschlagen soll, um „die seit Jahren steigende Ausgabendynamik zu stoppen und die strukturelle Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen zu schließen“. Auf diese Weise sollen die GKV-Beiträge langfristig stabilisiert und ein hohes Qualitäts- und Leistungsniveau gesichert werden.

Um einen weiteren Beitragssatzanstieg schon im Jahr 2027 zu vermeiden, ist gemäß des Arbeitsauftrages an die FinanzKommission Gesundheit (FKG) zunächst ein Katalog von kurzfristig wirksamen Maßnahmen vorzulegen, mit dem potentiell die zu erwartende Deckungslücke geschlossen werden kann. In einem weiteren Bericht, der zum Jahresende 2026 vorgelegt werden wird, sollen die angesprochenen strukturell und langfristig wirksamen Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze und des Leistungsniveaus dargelegt werden.

Die FKG hat sich im September 2025 konstituiert und ist in einen intensiven Austausch mit den Sozialpartnern, Krankenkassen, Verbänden der Leistungserbringer sowie von Patientinnen und Patienten getreten, um die zahlreichen eingereichten Reform- und Einsparvorschläge zu diskutieren, anschließend durchzurechnen und anhand eines Kriterienkataloges zu bewerten. Die Kriterien der FinanzKommission Gesundheit, die in diesem Bericht an anderer Stelle noch genauer beschrieben werden, bezogen sich dabei insbesondere auf die Umsetzbarkeit der Maßnahmen, die Auswirkungen auf Zugang und Qualität in der Patientenversorgung sowie auf mögliche Verteilungswirkungen und die Unsicherheit der zugrunde liegenden Annahmen und damit des berechneten Sparpotenzials

Mit dem hier vorliegenden ersten Bericht über mögliche kurzfristig wirksame Finanzmaßnahmen werden insgesamt 66 Einzelempfehlungen vorgestellt, von denen sechs so eingeschätzt werden, dass sie nicht nur für Einspareffekte in Höhe von insgesamt 0,9 Mrd. € im Jahr 2027 stehen, sondern zum Teil auch zu Verbesserungen in der Versorgung führen werden, weil sie Über- oder Fehlversorgung abbauen helfen. Bei den weiteren 60 Empfehlungen sind entweder keine Auswirkungen zu erwarten;

oder die Auswirkungen schwerer vollständig abschätzbar oder potentiell mit negativen Effekten auf die Versorgung oder Verteilungsgerechtigkeit behaftet. Die genannten Einsparungen sollen dazu beitragen, den durchschnittlichen Beitragssatz zu stabilisieren und so das Leistungsniveau und die Versorgungsqualität im GKV-System dauerhaft zu sichern.

Entsprechend des Arbeitsauftrags an die FinanzKommission Gesundheit wurde zunächst eine Prognose der mittelfristig erwarteten Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen der GKV erstellt, unter der Annahme, dass weder kurzfristige Ausgabensenkungen noch strukturelle Reformen umgesetzt werden. Aus dieser ergibt sich allein für das Jahr 2027 ein Defizit der Krankenkassen von insgesamt ca. 15,3 Mrd. €, was rechnerisch einem weiteren Anstieg des durchschnittlichen Beitragsatzes auf 3,65 Prozentpunkte entsprechen würde. Die Finanzierungslücke würde sich gemäß dieser Status-Quo-Prognose bis 2030 auf 40,4 Mrd. € vergrößern (+1,8 Beitragssatzpunkte verglichen mit 2026). Für einen Arbeitnehmer mit durchschnittlichem Einkommen und seinen Arbeitgeber, die den Zusatzbeitrag zu je 50% aufbringen müssen, bedeutet dies eine Mehrbelastung von insgesamt 260 € im Jahr 2027, die bis 2030 auf 680 € ansteigen würde. Für Arbeitnehmer mit einem Einkommen an oder oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, etwa freiwillig in der GKV Versicherte und ihre Arbeitgeber, würde der jährliche Beitrag bis 2030 um bis zu 1.435 € steigen.

Diese kurz- bis mittelfristige Prognose stellte für die Arbeit der FinanzKommission Gesundheit das Ausgangsszenario für das Volumen notwendiger Einsparungen beziehungsweise Veränderungen auf der Einnahmenseite dar. Gemäß Auftrag an die FinanzKommission sollte dabei ein „besonderer Fokus auf die Ausgabenseite" gerichtet sein und „ein hohes Niveau der Leistungen gesichert werden". Zudem sollte bei der Erarbeitung der Empfehlungen ein so hohes finanzielles Volumen erreicht werden, dass „dem Gesetzgeber Handlungsspielraum hinsichtlich der konkreten Auswahl aus den Reformvorschlägen verbleibt" (Bundesministerium für Gesundheit 2025b, S. 2). Die in diesem ersten Bericht der FinanzKommission Gesundheit vorgelegten Empfehlungen umfassen daher Maßnahmen, die alle Bereiche im Gesundheitswesen abdecken und insgesamt ein Volumen von 42,3 Mrd. € für das Jahr 2027 aufweisen. Bei jeder Empfehlung sind mögliche Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und die Grundlagen der Berechnungen für die jeweiligen finanziellen Wirkungen transparent dargelegt. Alle Maßnahmen wurden auf ihre Verfassungsmäßigkeit und gegebenenfalls weitere rechtliche Aspekte, wie zum Beispiel die Wechselwirkung mit anderen Rechtsnormen, hin überprüft. Darüber hinaus wurden jeweils Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit sowie weiterer ethischer Maßstäbe umfassend berücksichtigt und abgewogen.

Die dargelegten Empfehlungen machen deutlich, dass im deutschen Gesundheitssystem ein erhebliches Potential besteht, ohne Einschränkungen der Qualität der Versorgung, teilweise sogar mit Chancen auf Qualitätsverbesserungen, kurzfristig Ausgaben zu senken. Wo Unsicherheiten hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf Zugang oder Versorgungsqualität bestehen, werden diese transparent dargestellt. Die Abwägung zwischen finanziellen Effekten und möglichen Versorgungsfolgen obliegt letztlich dem Gesetzgeber.

Für die langfristige Stabilität der GKV-Finanzen – und damit auch für das künftige Qualitätsniveau der Versorgung – sind jedoch vor allem die genannten strukturellen, nachhaltig wirkenden Reformen des Gesundheitssystems entscheidend, zu denen die FinanzKommission Gesundheit Ende 2026 einen zweiten Bericht vorlegen wird.

Die Kommissionsmitglieder danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle der Kommission für ihr außergewöhnliches Engagement und die sachkundige Unterstützung bei der sehr kurzfristigen Erstellung dieses Berichts. Unser Dank gilt auch den Familien der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle für ihr Verständnis und ihre Unterstützung während der intensiven Arbeitsphase. Zudem dankt die FinanzKommission Gesundheit dem Team des Referats 225 „Ökonomische Grundsatzfragen und finanzielle Angelegenheiten der GKV“ im Bundesgesundheitsministerium, das insbesondere bei der Finanzprognose, den Kostentreiberanalysen und den Abschätzungen der Finanzwirkung einzelner Maßnahmen sehr wertvolle Unterstützung geleistet hat.

Die FinanzKommission Gesundheit hat sich in dem vorliegenden Bericht um gendersensible Formulierungen bemüht. Sofern aus Gründen der besseren Lesbarkeit die grammatikalisch „männliche“ Form verwandt wurde, sind doch immer Menschen jeglicher Geschlechtsidentität gemeint.

Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt die FinanzKommission Gesundheit die Verantwortung.

Berlin, im März 2026

Dagmar Felix Ferdinand Gerlach Wolfgang Greiner

Michael Laxy Jonas Schreyögg Leonie Sundmacher Gregor Thüsing

Verena Vogt Eva Winkler Amelie Wuppermann

2 Arbeitsauftrag und Vorgehensweise

2.1 Arbeitsauftrag

Die Arbeit der FKG beruht auf dem Arbeitsauftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, der das Ziel und grundlegend zu beachtende Rahmenbedingungen, nicht aber die Ergebnisse der Kommissionsarbeit definiert (Bundesministerium für Gesundheit 2025b). Konkret ist als Ziel die Erarbeitung von Reformmaßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finanzen bereits ab dem Jahr 2027 in einem zweistufigen Verfahren vorgesehen. Ende März 2026 ist ein erster Bericht vorzulegen, der kurzfristig wirksame Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze bereits ab dem Jahr 2027 enthält. Bis Dezember 2026 sollen in einem zweiten Bericht mittel- und langfristig wirksame Strukturreformen für die GKV aufgezeigt werden, die einen zeitlich längeren Vorlauf in der Erarbeitung und in ihrer Umsetzung benötigen.

Grundsätzlich gibt der Arbeitsauftrag für beide Berichte vor, sowohl die Einnahmen als auch die Ausgaben zu betrachten. Der Fokus ist dabei auf die Ausgabenseite zu legen. Für den ersten Bericht konkretisiert der Arbeitsauftrag insbesondere drei Anforderungen:

1. Die Erstellung einer Prognose der Finanzentwicklung für die GKV bis 2030 unter Berücksichtigung der Finanzwirkungen der im Koalitionsvertrag geplanten Vorhaben. Die Finanzierungslücken beziehungsweise notwendigen Konsolidierungsbeträge für stabile Beitragssätze sind konkret zu quantifizieren.
2. Die Identifikation maßgeblicher Kostentreiber in den einzelnen Leistungsbereichen sowie Ineffizienzen auf der Ausgabenseite und Analyse der Herausforderungen und Probleme auf der Einnahmenseite. Diese sollen unter anderem auch die Anreizsysteme und Vergütungsmechanismen umfassen.
3. Die Erarbeitung konkreter und kurzfristig finanzwirksamer Maßnahmen zur Erreichung einer strukturellen Beitragssatzstabilität ab 2027. Die Finanzwirkung dieser Maßnahmen ist ebenfalls abzuschätzen.

Konkret vorgegeben ist, dass die Reformempfehlungen kurzfristig gesetzlich umsetzbar sind und in ihrem finanziellen Volumen so modelliert werden können, dass dem Gesetzgeber Handlungsspielraum hinsichtlich der konkreten Auswahl aus den Reformvorschlägen verbleibt . Um dies sicherzustellen, sollte das finanzielle Volumen der Maßnahmen so bemessen sein, dass es dem zweifachen Betrag der Deckungslücke entspricht. Die vorgeschlagenen Maßnahmen sollen das gesamte Spektrum der zur strukturellen Deckungslücke beitragenden Bereiche adressieren. Gleichzeitig sollen sie so ausgestaltet sein, dass ein hohes Niveau an Leistungen gesichert wird und die Auswirkungen der Vorschläge auf Zugang und Qualität der Versorgung beachtet werden (Bundesministerium für Gesundheit 2025b). Die Dualität des bestehenden Krankenversicherungssystems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung soll durch die Vorschläge im Grundsatz respektiert werden. Zudem gibt der Arbeitsauftrag verschiedene Leitfragen

zu den von der Kommission zu prüfenden Aspekten in beiden Berichten vor. Es wurde zudem gewünscht, dass die Sektoren des Gesundheitswesens einen Beitrag zur Kostendämpfung entsprechend ihrem Anteil an den Gesamtausgaben, unter Berücksichtigung der kostentreibenden Wirkung bestimmter Bereiche, erbringen.

Die Vorschläge der Praktiker, Stakeholder und maßgeblichen Organisationen im Gesundheitswesen, sowie der Sozialpartner sind laut Arbeitsauftrag über Anhörungen und Stellungnahmeverfahren in die Arbeit der Kommission frühzeitig einzubeziehen.

Um die Arbeit der FKG zu unterstützen, wurde eine Geschäftsstelle im BMG eingerichtet.

2.2 Vorgehensweise

In ihrer konstituierenden Sitzung am 25. September 2025 haben die zehn berufenen Mitglieder der FKG thematische Arbeitsgruppen gebildet, die parallel arbeitend kurzfristig finanzwirksame Vorschläge zur Ausgabenbegrenzung oder Verbesserung der Einnahmensituation identifiziert haben (Bundesministerium für Gesundheit 2025c, 2025d). Gemäß Arbeitsauftrag wurde zunächst im Rahmen einer Finanzprognose bis 2030 der Umfang der strukturellen Deckungslücke in den GKV-Finanzen berechnet, die damit zugleich den Mindestumfang der zu erarbeitenden Reformmaßnahmen bestimmte.

Im Rahmen von Kostentreiberanalysen auf der Ausgabenseite beziehungsweise Analysen der Herausforderungen auf der Einnahmenseite wurden die wesentlichen Ursachen für die Entwicklung der Ausgaben und der Einnahmen identifiziert.

Zur Vorbereitung der Erarbeitung von konkreten Reformempfehlungen und zur Beteiligung der Sozialpartner, Praktiker, Leistungserbringer und Organisationen der Selbstverwaltung hat die Kommission ein zweistufiges Beteiligungsverfahren initiiert: In der ersten Stufe wurde den Stakeholdern im Gesundheitswesen die Möglichkeit gegeben, ihre Reformideen im Rahmen eines schriftlichen Beteiligungsverfahrens in die Arbeit der Kommission einzubringen. Zu diesem Zweck wurden rund 400 Akteure schriftlich eingeladen, von denen sich rund 200 aktiv beteiligt haben. Insgesamt gingen über 1.700 Vorschläge ein, die in einer separaten Anlage zu diesem Bericht dokumentiert sind. In der zweiten Stufe wurden von der Kommission am 8. und 9. Januar 2026 interaktive Anhörungen wichtiger Akteure in vier inhaltlichen Blöcken („ambulanter Sektor", „stationärer Sektor", „Arzneimittel" sowie „Einnahmen, Krankengeld, Prävention") durchgeführt.

Die Kommission hat die eingereichten Vorschläge und die in den Anhörungen gewonnenen Erkenntnisse kriteriengestützt geprüft und entsprechend der Ergebnisse der Prüfung zur Erarbeitung von Reformempfehlungen aufgegriffen.

Die von der Kommission in diesem Bericht empfohlenen Reformen wurden nach den nachstehend erläuterten Kriterien bewertet. Diese betreffen sowohl die finanzielle Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der Maßnahmen als auch ihre möglichen Auswirkungen auf Versorgung und Verteilung innerhalb des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems:

- Auswirkungen auf Zugang zur Versorgung und Qualität der Versorgung,
- Finanzwirksamkeit und die Unsicherheit der zugrunde liegenden Annahmen für deren Berechnung,
- Umsetzbarkeit (zeitlicher Horizont und organisatorische Aspekte),
- Verteilungs- und Belastungseffekte.

Auf Basis dieser Bewertungen wurden die Empfehlungen in die folgenden Kategorien eingestuft:

- A* Einsparungen oder Einnahmen **mit positiven Auswirkungen** auf die Qualität der Versorgung beziehungsweise Förderung der Eigenverantwortung bei mindestens gleichbleibendem Zugang und mindestens gleichbleibender Verteilungsgerechtigkeit,
- A Einsparungen oder Einnahmen **ohne erwartbare Auswirkungen** auf die Qualität der Versorgung beziehungsweise Steuerungseffekte, Zugang oder Verteilungsgerechtigkeit,
- B Einsparungen oder Einnahmen, die **mit unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen** auf die Qualität der Versorgung, Zugang oder Verteilungsgerechtigkeit einhergehen.

Darüber hinaus wurden einige ausgewählte Vorschläge, die in der öffentlichen Debatte besonders intensiv thematisiert wurden, aber mit einer hohen Unsicherheit bezüglich der Finanzwirkung oder möglicher Folgewirkungen auf die Versorgung oder Verteilungsgerechtigkeit verbunden sind, diskutiert, ohne dass eine Empfehlung zugunsten dieser Vorschläge ausgesprochen wurde. Die mit den entsprechenden Maßnahmen einhergehenden, potentiellen Finanzwirkungen sowie damit verbundene Vor- und Nachteile mit Blick auf Versorgungsqualität und Verteilungsgerechtigkeit werden als Beitrag der FKG zur öffentlichen Reformdebatte dargestellt.

Besondere Priorität in der Umsetzung genießen all jene Reformmaßnahmen der **Kategorie A***, die neben der Entlastung der GKV-Finanzen auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität ermöglichen.

3 Beteiligung der Stakeholder

Die Arbeit der FKG war von Beginn an darauf ausgerichtet, Reformüberlegungen nicht nur aus einer geschlossenen Perspektive zu entwickeln, sondern systematisch auch die Erfahrungen und Einschätzungen der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Die Einbindung von Sozialpartnern als Vertreter der Versicherteninteressen, Praktikern, Leistungserbringern sowie der Organisationen der Selbstverwaltung ist daher ein wichtiger Bestandteil des Arbeitsauftrags an die FKG. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD hebt in diesem Zusammenhang ausdrücklich die besondere Rolle der Sozialpartner hervor. Vor diesem Hintergrund wurden die Sozialpartner frühzeitig und wiederholt in die Arbeit der FKG einbezogen.

Auf Einladung der FKG nahmen Vertreterinnen und Vertreter des DGB für die Arbeitnehmerseite und der BDA für die Arbeitgeberseite an einem gemeinsamen Austausch während der 2. Sitzung am 17. Oktober 2025 sowie an allen Fach- und Expertengesprächen am 8. und 9. Januar 2026 teil und brachten ihre Einschätzungen zu möglichen Handlungsoptionen ein. Über die Einbindung von Expertise hinaus trägt ein solches Beteiligungsverfahren auch normativen Anforderungen Rechnung. Entscheidungen über die Finanzierung und Organisation eines solidarisch getragenen Gesundheitssystems berühren zentrale Fragen von Verteilungsgerechtigkeit, Verantwortung und Zumutbarkeit für unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen. Die FKG hat damit bewusst an die in der Bundesrepublik Deutschland bewährte Tradition der Sozialpartnerschaft angeknüpft und die Beratungen auf eine breite gesellschaftliche Grundlage gestellt.

Die Kommission hat die Beteiligung der Stakeholder in einem zweistufigen Verfahren umgesetzt. Ziel war es, frühzeitig konkrete Reformvorschläge von den Stakeholdern zu erhalten und diese gegebenenfalls gemeinsam zu erörtern, um somit die Perspektive der Stakeholder in die Kommissionsarbeit einfließen zu lassen.

Die Kommission dankt den beteiligten Organisationen sowie Expertinnen und Experten für die zahlreichen eingebrachten Vorschläge im schriftlichen Stellungnahmeverfahren sowie für die konstruktiven und fachlich fundierten Diskussionen im Rahmen der Fach- und Expertengespräche.

3.1 Das schriftliche Beteiligungsverfahren

Zur strukturierten Einbindung der relevanten Akteure des Gesundheitswesens wurde im November 2025 ein standardisierter Online-Fragebogen entwickelt. In der Zeit vom 11. November 2025 bis Anfang Dezember 2025 erhielten rund 400 Stakeholder auf Bundesebene Gelegenheit, der Kommission konkrete Reformvorschläge zu übermitteln.

Der Fragebogen war bewusst offen angelegt. Neben Vorschlägen im eigenen Zuständigkeitsbereich konnten die Beteiligten auch Vorschläge zu anderen Leistungs- und Regelungsbereichen sowie weitergehende Einschätzungen, etwa auf Grundlage internationaler Erfahrungen, einbringen. Eingeladen waren insbesondere alle gesetzlichen Krankenkassen und ihre Bundesverbände, Verbände

der Leistungserbringer, medizinische Fachgesellschaften, Sozialverbände, Sozialpartner sowie weitere Akteure der Gesundheitsversorgung auf Bundesebene.

Das Verfahren stieß auf eine breite Resonanz. Einzelne Verbände baten proaktiv um die Möglichkeit zur Teilnahme am Verfahren. Rund 200 Organisationen beteiligten sich aktiv; insgesamt gingen mehr als 1.700 Maßnahmenvorschläge ein. Die Vorschläge wurden systematisch nach Leistungsbereichen und Themenclustern ausgewertet. Inhaltlich konzentrierten sich die Rückmeldungen insbesondere auf Fragen der Vergütung und Preisentwicklung im Gesundheitswesen, Effizienzsteigerungen in einzelnen Leistungsbereichen, die Stärkung evidenzbasierter Versorgung, digitale Transformation und Bürokratieabbau, Maßnahmen der Patientensteuerung und Prävention sowie auf Aspekte der Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung, einschließlich versicherungsfremder Leistungen und des Beitragsrechts (siehe Anlage, die unter www.finanzkommission-gesundheit.de bereitgestellt wird).

3.2 Fach- und Expertengespräche

Aufbauend auf den schriftlichen Rückmeldungen führte die FKG am 8. und 9. Januar 2026 strukturierte Anhörungen in Form von Fach- und Expertengesprächen durch. Ziel war es, die schriftlich eingegangenen Vorschläge zu vertiefen, unterschiedliche Positionen einzuordnen und Reformansätze im direkten Austausch zu erörtern. An den Gesprächen nahmen unter anderem Vertreterinnen und Vertreter der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherung, Verbände der Leistungserbringer, Pharma-, Hilfsmittel- und Medizinprodukteverbände, Sozialpartner, Sozialverbände sowie der fachlich betroffenen Bundesressorts und der Koalitionsfraktionen teil.

Die Gespräche wurden von den Beteiligten engagiert und konstruktiv geführt. Zahlreiche im schriftlichen Verfahren eingereichte Vorschläge konnten präzisiert, miteinander in Beziehung gesetzt und in ihren praktischen Auswirkungen besser eingeordnet werden. Insgesamt diente die Beteiligung nicht allein der Anhörung von Positionen. Vielmehr trug sie dazu bei, die Reformüberlegungen der Kommission frühzeitig mit praktischen Erfahrungen aus Versorgung, Verwaltung und Sozialpartnerschaft abzugleichen und bot die Möglichkeit zum konstruktiven Diskurs. Die Ergebnisse des Beteiligungsverfahrens wurden sorgfältig erfasst, in die Beratungen der FKG einbezogen und bildeten eine wesentliche Grundlage für die weitere Ausarbeitung der Empfehlungen.

4 Mittelfristige Finanzprognose

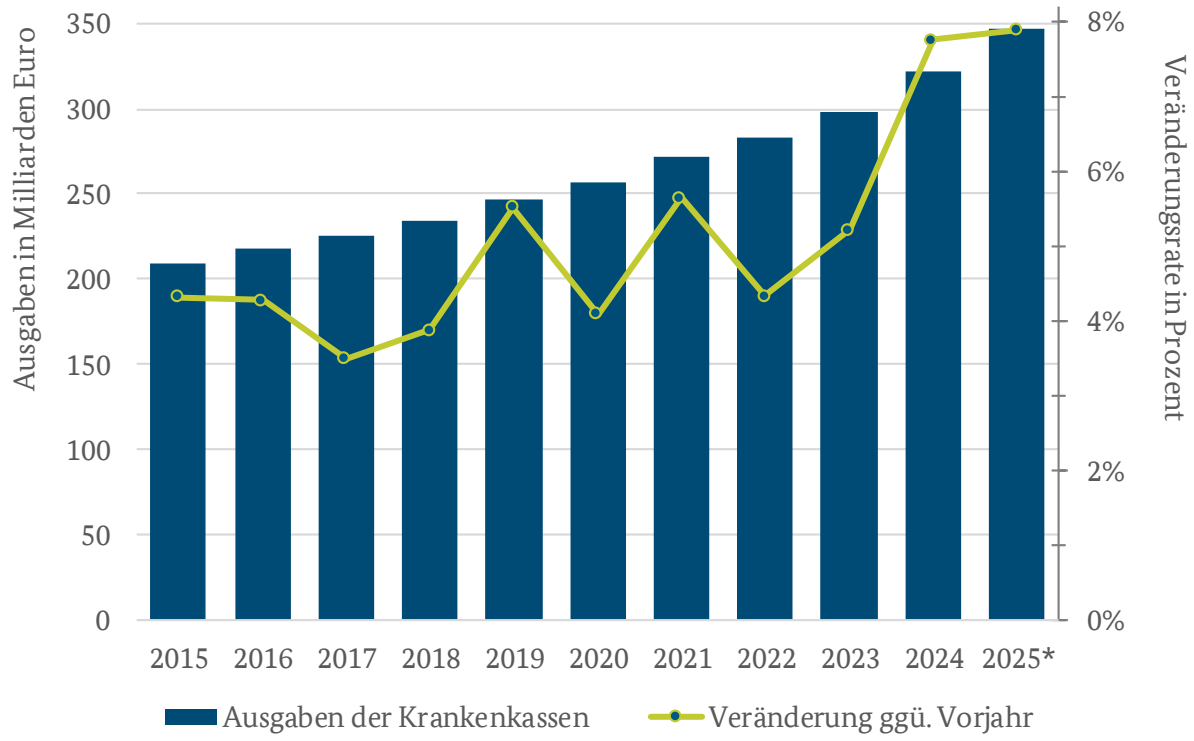
4.1 Analyse der Finanzlage der GKV

Nach einer Dekade (2011 bis 2020) mit weitgehender Beitragssatzstabilität sind die Zusatzbeitragssätze in der GKV in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Zunächst hat die Wirtschaftskrise in den Corona-Jahren 2020 und 2021 die beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) gedämpft. Dann hat sich die Dynamik auf der Ausgabenseite seit 2024 erheblich beschleunigt.

4.1.1 Ausgabenentwicklung

Der Anstieg der GKV-Ausgaben hat sich in den letzten Jahren stark beschleunigt. Waren in den 2010er Jahren vor allem Sondereffekte für Zuwachsraten oberhalb von 5 % in einzelnen Jahren verantwortlich (2013: Abschaffung der Praxisgebühr, 2014: Auslaufen des erhöhten Herstellerrabatts für Arzneimittel), ist seit 2019 eine deutlich höhere Grunddynamik erkennbar. Im Jahr 2024 beschleunigte sich die Ausgabendynamik enorm. Die Ausgabenzuwächse[1] in den Jahren 2024 (+7,8 %) und 2025 (+7,9 %) sind die höchsten in den letzten drei Dekaden gemessenen Anstiege (vgl. Abbildung 4.1.1.1).

Abbildung 4.1.1.1: Entwicklung der Gesamtausgaben 2015 – 2025



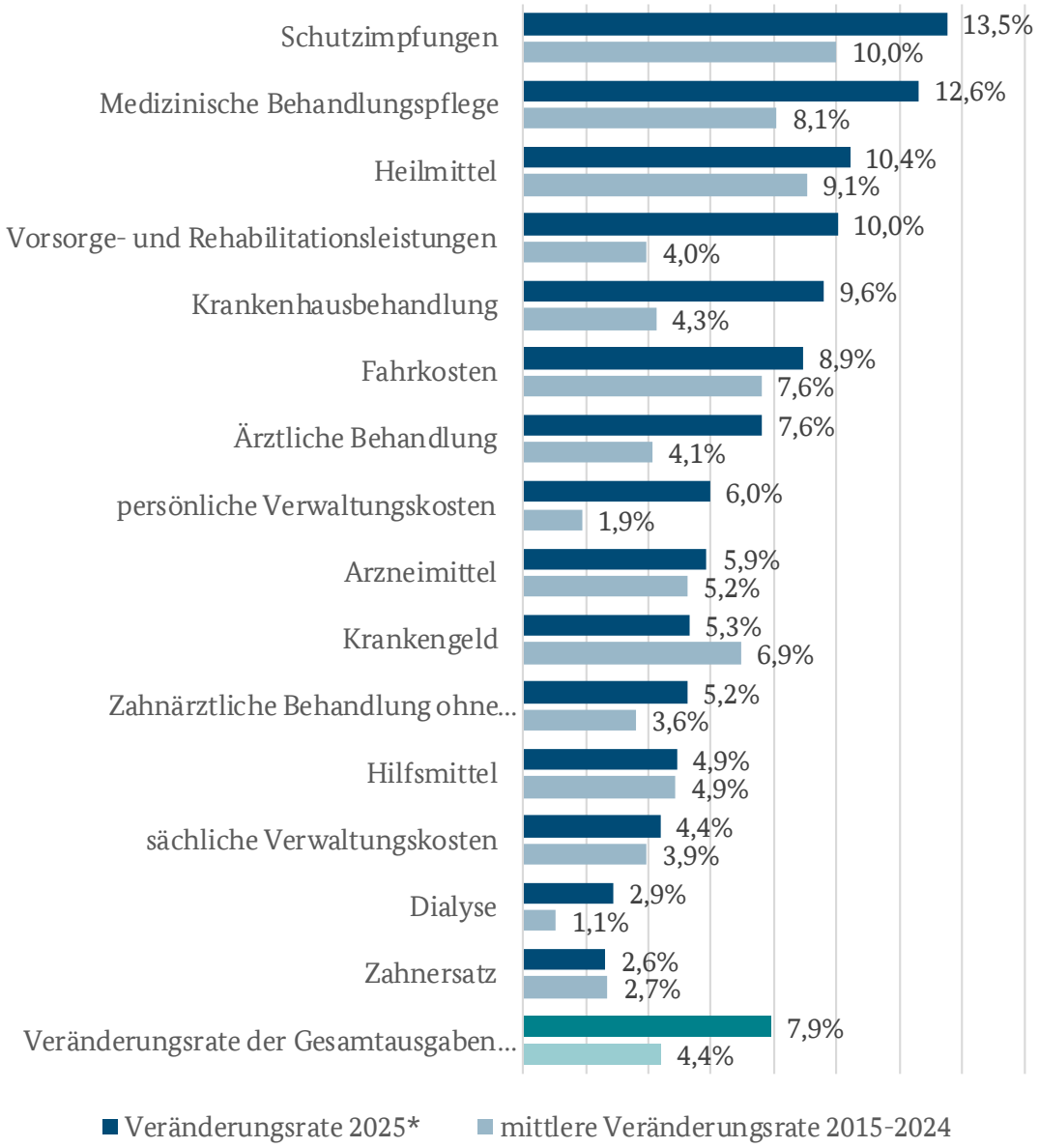
*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal 2025*

[1] Im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähige Ausgaben, ohne Landwirtschaftliche Krankenkasse.

Die hohen Ausgabenanstiege sind in fast allen Leistungsbereichen zu erkennen (vgl. Abbildung 4.1.1.2). Bemerkenswert ist die hohe Dynamik im größten Leistungsbereich Krankenhaus, dessen Ausgaben in 2025 gegenüber 2024 um 9,6 % zugenommen haben. Dieser Anstieg ist mehr als doppelt so hoch wie der durchschnittliche Anstieg im Zeitraum 2015 bis 2024. Aber auch im Bereich der ärztlichen Behandlung liegt die Veränderungsrate im Jahr 2025 deutlich oberhalb der Entwicklung der vergangenen Jahre. Zweistellige Zuwachsraten werden in den Ausgabenbereichen, die hinsichtlich der absoluten Ausgaben im mittleren Bereich liegen, erreicht. Hierzu zählen die medizinische Behandlungspflege, der Heilmittelbereich sowie die Leistungen für Vorsorge und Rehabilitation. In diesen Bereichen war die Dynamik auch in den vergangenen Jahren bereits hoch. Am stärksten sind die Leistungsausgaben für Schutzimpfungen gestiegen.

Lediglich die Zuwächse der Ausgaben für Hilfsmittel, die sächlichen Verwaltungskosten der Krankenkassen, die Ausgaben im Bereich Dialyse und für zahnärztliche Behandlung sowie Zahnersatz liegen aktuell und auch bereits in den letzten 10 Jahren unter 5 %.

Abbildung 4.1.1.2: Entwicklung der Veränderungsraten der GKV-Ausgaben nach Leistungsbereichen



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal 2025*

Ursächlich für die anhaltend starke Ausgabendynamik sind einerseits die Folgen der in der GKV größtenteils erst zeitverzögert wirkenden hohen Inflation im Zuge der Energiepreiskrise in den Jahren 2022 und 2023. Entscheidend ist aber auch, dass ausgabendämpfende gesetzliche Regelungen und Wirtschaftlichkeitsanreize in den letzten zwei Dekaden vom Gesetzgeber sukzessive reduziert wurden (vgl. Abschnitt 6.1.1). Die Ausgabenzuwächse konkret in 2025 sind zudem auch von gesetzlichen Neuregelungen in 2024 und 2025 wie beispielsweise der vollständigen Entbudgetierung der Kinder-, Jugend- und (seit Oktober 2025) auch der Hausärzte, der Erstbefüllungsvergütung für die elektronische Patientenakte sowie der vollständigen Tarifrefinanzierung im Krankenhaus (eingeführt mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)) geprägt. Zudem wurden in den letzten Jahren in vielen Sektoren zahlreiche Vergütungszuschläge außerhalb der

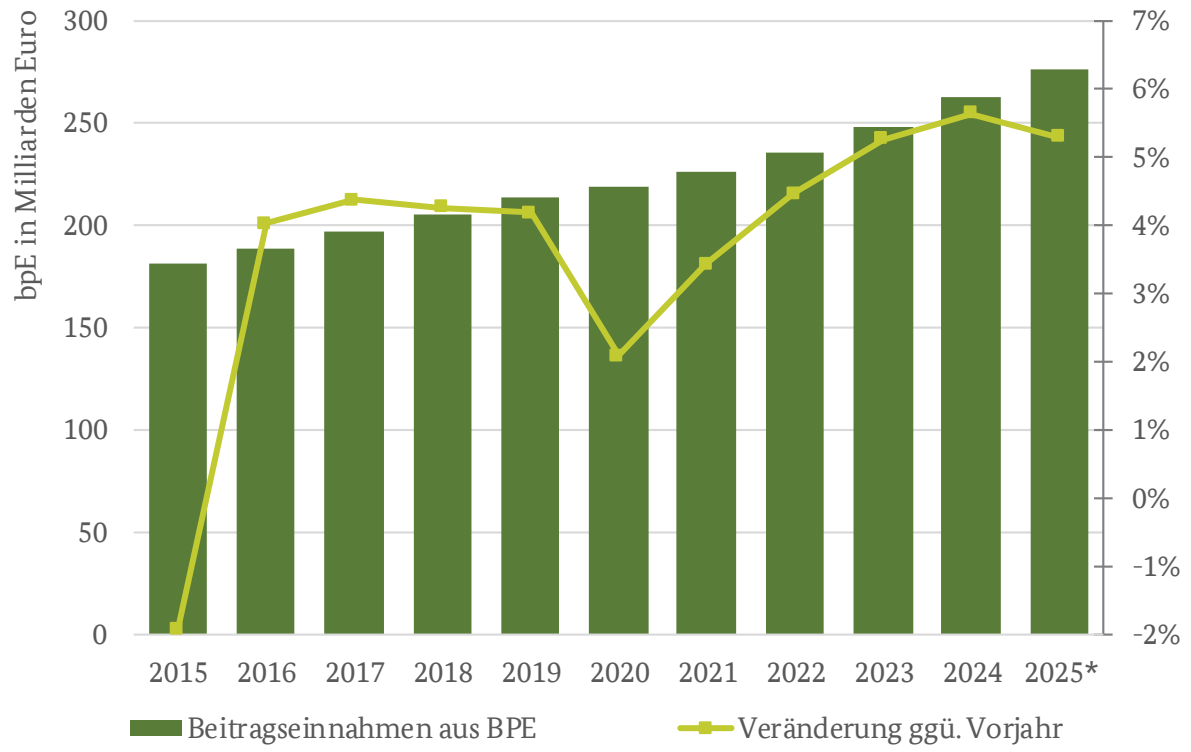
eigentlichen Vergütungssystematik gesetzgeberisch eingeführt, die erheblich zur Ausgabendynamik beigetragen haben. Des Weiteren werden bestehende Instrumente zur Preisregulierung aufgrund von Rechtsunsicherheiten und Schiedssprüchen nicht ausreichend ausgeschöpft (beispielsweise Festbeträge für Hilfsmittel oder Preis-Mengen-Regelungen bei Arzneimitteln). Auch medizinische Innovationen im Bereich der Arznei- und Hilfsmittel (beispielsweise hochpreisige, patentgeschützte Arzneimittel) treiben die Ausgabendynamik in der GKV. Die demografische Entwicklung spielt bei der Ausgabendynamik bisher eine geringe Rolle. Dies könnte sich jedoch insbesondere in den 2030er Jahren ändern.

4.1.2 Einnahmenentwicklung

Nach der schweren Finanzkrise 2009 erholte sich die deutsche Wirtschaft ab 2010 zügig. Die Wachstumsraten lagen über denen vieler anderer Industrieländer. Die Arbeitslosigkeit sank kontinuierlich und die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten erhöhte sich von 27,5 Mio. Personen zum Jahresbeginn 2010 auf rund 34 Mio. Menschen zum Jahresende 2019. Neben einer hohen Arbeitsmigration aus dem europäischen und außereuropäischen Ausland trug hierzu auch eine steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen und älteren Menschen bei. In den letzten Jahren bis zur Stagnation in 2025 wurde das Beschäftigungswachstum überwiegend von ausländischen Beschäftigten, das heißt Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit, getragen. Ein klar stabilisierender Beitrag zur Einnahmenentwicklung war zudem die Steigerung des Beitragssatzes von 14,9 % auf 15,5 % zum 1. Januar 2011. Ende des Jahres 2011 verfügten die Kassen wieder über Finanzreserven in Höhe von circa 10 Mrd. €. Die beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV stiegen in den 2010er Jahren durchschnittlich um rund 4 % pro Jahr.

Unterbrochen wurde der Aufschwung mit Beginn der Corona-Pandemie im Jahr 2020. Während das preisbereinigte Bruttoinlandsprodukt bis zum aktuellen Rand nicht über das Niveau des Jahres 2019 hinausgeht, haben die Preise, ausgelöst durch die Energiepreiskrise, deutlich zugelegt. Hierdurch sind die Löhne und Gehälter in den letzten Jahren kräftig gestiegen. Vor diesem Hintergrund haben auch die Zuwächse der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV stark zugelegt – auf bis zu 5,6 % im Jahr 2024. 2025 liegt die Zuwachsrate wieder unterhalb der Rate von 2024 und leitet voraussichtlich eine Trendumkehr ein (vgl. Abbildung 4.1.2.1).

Abbildung 4.1.2.1: Entwicklung der Beitragseinnahmen aus beitragspflichtigen Einnahmen und ihre Veränderungsrate gegenüber dem Vorjahr



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal 2025*

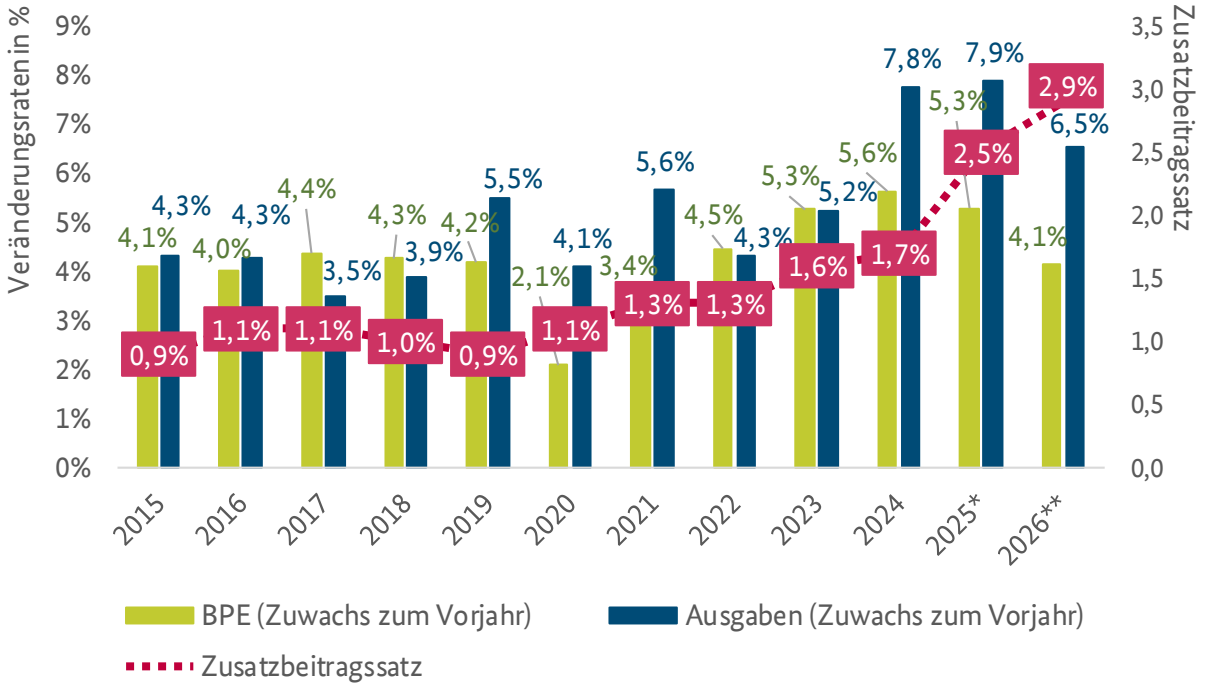
Zu berücksichtigen ist auch die GKV-seitig begrenzte Einnahmenbasis: Löhne, Gehälter und Renten entsprechen circa 90 % der beitragspflichtigen Einnahmen. Die demographische Alterung dämpft die Beschäftigung und die zunehmende Verrentung der sogenannten Babyboomer senkt die Einnahmenzuwächse.

Belastend auf die Einnahmen der GKV wirkt auch der in seiner Höhe seit dem Jahr 2017 nicht mehr angepasste Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. € pro Jahr (vgl. Abschnitt 7.2.5).

4.1.3 Gesamtentwicklung

Als Ergebnis des hohen Ausgabenanstiegs, der deutlich über der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen lag, sind zum Jahresbeginn 2025 die Beitragssätze in einem historisch nicht gekannten Ausmaß gestiegen (vgl. Abbildung 4.1.3.1).

Abbildung 4.1.3.1: Entwicklung Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE), der GKV-Ausgaben und des Zusatzbeitragssatzes seit 2015



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal 2025, ** Prognosen*

Ein sprunghafter Anstieg der erhobenen Zusatzbeitragssätze von einem halben Prozentpunkt zum Jahresbeginn 2026 konnte nur durch ein kurzfristiges Maßnahmenpaket der Bundesregierung in einem Umfang von knapp 10 Mrd. € vermieden werden. Dazu gehörten zusätzliche Darlehen an den Gesundheitsfonds in 2025 und 2026 von 4,6 Mrd. €, die Stundung eines im Jahr 2026 rückzahlungspflichtigen alten Darlehens von 1 Mrd. € bis 2033 sowie ein Sparpaket im Umfang von bis zu 1,8 Mrd. €. Auch die Finanzierung des Transformationsfonds aus Steuermitteln statt – wie im KHVVG noch geplant – aus Beitragsmitteln entlastet die GKV ab 2026 um 2,5 Mrd. € pro Jahr.

Für den Zeitraum vom 1. November 2025 bis 31. Oktober 2026 erhalten die Krankenhäuser Mittel von insgesamt 4 Mrd. € als sogenannte "Soforttransformationskosten", die von den Krankenkassen in 2025 und 2026 als Rechnungszuschlag an die Krankenhäuser ausgezahlt werden. Die GKV erhält hierzu vom Bund ergänzende Bundeszuschüsse gemäß § 221a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Höhe von 1,5 Mrd. € in 2025 und 2,5 Mrd. € in 2026. Damit werden die Betriebsmittel der Krankenhäuser aus Mitteln des Sondervermögens finanziert, das eigentlich an Investitionen gebunden ist.

Die Reserven der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds liegen auf einem sehr niedrigen Niveau. Zum Jahresende 2024 lagen die Rücklagen der Krankenkassen im Durchschnitt weit unterhalb der gesetzlichen Mindestreserve von 20 % einer Monatsausgabe und müssen schrittweise wieder aufgefüllt werden. Der Überschuss der Krankenkassen von rund 3,5 Mrd. € im Jahr 2025 gemäß der vorläufigen Rechnungsergebnisse (KV45) ist Ergebnis der hohen Zusatzbeitragssatzanpassungen zum

Jahresbeginn 2025 über das ausgabendeckende Niveau hinaus und dient dem Auffüllen der sehr niedrigen Reserven der Krankenkassen auf das gesetzlich geforderte Niveau und darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Finanzlage der GKV unverändert kritisch ist.

Angespannt ist auch die Situation im Gesundheitsfonds, dessen liquide Mittel unterjährig im Jahr 2025 ohne Hilfen des Bundes nicht ausreichten, um die garantierten Zuweisungen an die Krankenkassen auszuzahlen. Um unterjährige Einnahmenschwankungen und nicht vorhersehbare Belastungen auszugleichen, ist im Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) eine zweistufige Anhebung der Mindestreserve vorgesehen. Ab dem Jahr 2026 wird die Mindestreserve von 20 % auf 22,5 % einer Monatsausgabe des Gesundheitsfonds erhöht. Ab 2027 sollen zudem auch die Beträge aus den Zusatzbeiträgen nach Einkommensausgleich bei der Berechnung der Mindestreserve (und der Obergrenze) mitberücksichtigt werden. Im Ergebnis liegt die neue Mindestreserve des Gesundheitsfonds im Jahr 2027 ca. 2 Mrd. € oberhalb der bislang geltenden Mindestreserve.

4.2 Finanzprognose bis 2030

Gemäß ihrem Arbeitsauftrag legt die Kommission in diesem ersten Bericht eine kurzfristige Prognose (bis 2030) für die Finanzentwicklung der GKV vor. Neben einer Bewertung der Finanzwirkungen der im Koalitionsvertrag geplanten Vorhaben (unter anderem Primärarztsystem, Notfallreform) werden dabei auch die Finanzierungslücken zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes auf dem Niveau ab 2027 (beziehungsweise die notwendigen Konsolidierungsbeträge für stabile Beitragssätze) quantifiziert.

Die Quantifizierung der Finanzierungslücken geht auf eine separate Prognose der Einnahmen und der Ausgaben zurück, wobei Wechselwirkungen berücksichtigt wurden (beziehungsweise wirkt die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen zeitversetzt in einigen Bereichen als Grundlohnrate auf die Ausgabenentwicklung). Sowohl ausgaben- als auch einnahmenseitig werden Bottom-up-Ansätze genutzt, sodass sich die Gesamtprognose als Aggregation der bereichsspezifischen Prognosen ergibt. Je nach Bereich und Datenverfügbarkeit unterscheidet sich der Detailgrad der Prognosen in den einzelnen Bereichen. Die gemeinsame Basis der Schätzungen bildet die Prognose des Schätzerkreises für die Jahre 2025 und 2026. Maßgeblich für die Einnahmenprognose sind ferner die gesamtwirtschaftlichen Eckwerte (insbesondere Beschäftigung und Löhne) aus der Jahresprojektion der Bundesregierung von Ende Januar 2026 (Teil des Jahreswirtschaftsberichts).

In den folgenden Abschnitten werden die Annahmen und Ergebnisse der Schätzungen für die Ausgaben und Einnahmen erläutert. Abschließend werden die Prognoseergebnisse für die Finanzierungslücken beziehungsweise für die Entwicklung der Zusatzbeitragssätze bis 2030 vorgestellt.

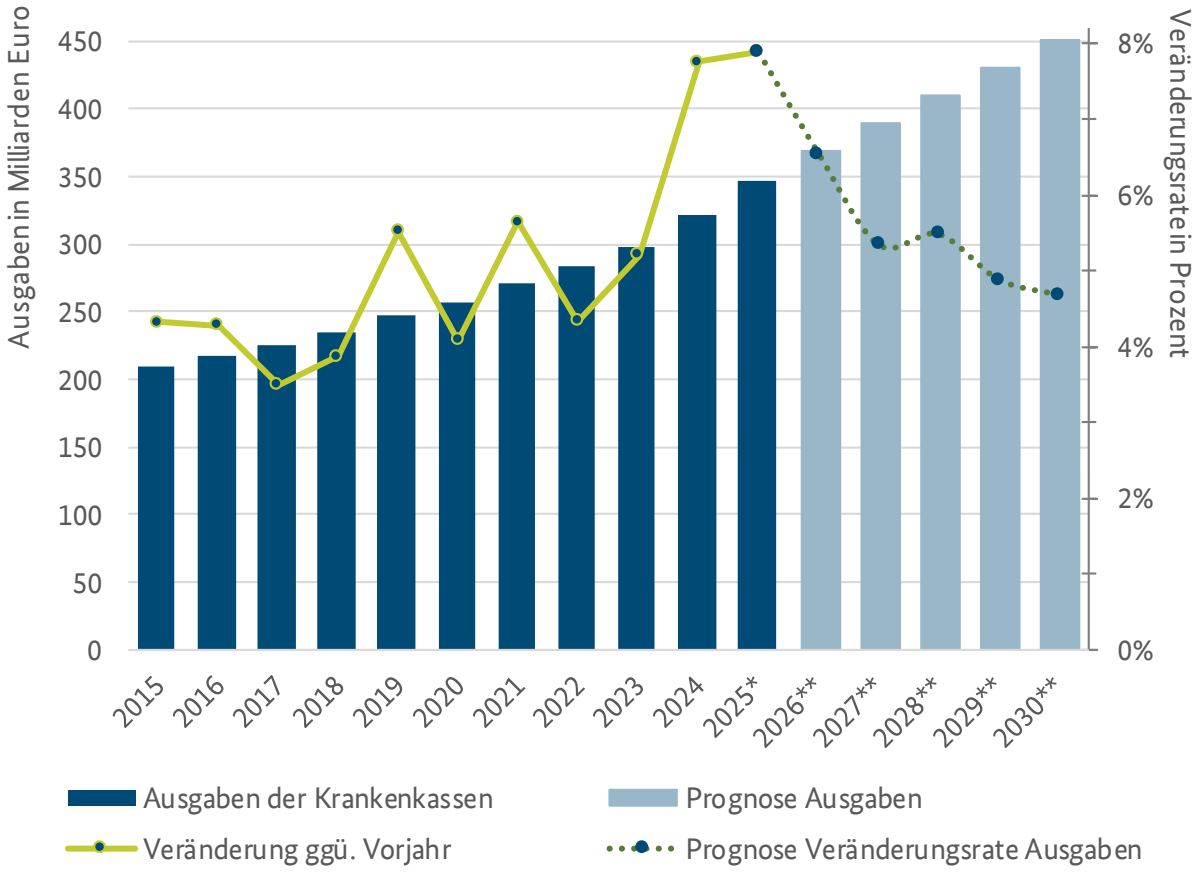
4.2.1 Ausgaben der Krankenkassen

Im Jahr 2025 sind gemäß der vorläufigen Finanzergebnisse der Krankenkassen die Leistungs- und Verwaltungsausgaben um 7,9 % angestiegen. Für das Jahr 2026 ist – orientiert an der Schätzung des

GKV-Schätzerkreises – mit einem Ausgabenanstieg von 6,5 % (unter Berücksichtigung des Sparpakets im Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)) zu rechnen. Die Ausgabenzuwächse sind auch von gesetzlichen Neuregelungen in 2024 und 2025 wie beispielsweise der vollständigen Entbudgetierung der Kinder-, Jugend- und Hausärzte, der Erstbefüllungsvergütung für die elektronische Patientenakte sowie der vollständigen Tarifrefinanzierung im Krankenhaus geprägt. Neben den gesetzlichen Neuregelungen trägt weiterhin die anhaltend starke Ausgabendynamik in den Bereichen der Arzneimittel - insbesondere im patentgeschützten Segment-, Heilmittel und Schutzimpfungen zum Anstieg bei.

Die Prognose erfolgt anhand dreier Szenarien. Für den Zeitraum 2027 bis 2030 wird im mittleren Szenario aufgrund des abnehmenden Inflationsdrucks grundsätzlich eine schrittweise Rückkehr zu moderateren Veränderungsraten auf unter 5 % erwartet. Für ein optimistisches und ein pessimistisches Szenario wird ein Unsicherheitsbereich von ±0,75 Prozentpunkte um die jährliche Ausgabenentwicklung angenommen, was einer absoluten Abweichung von rund ±2,8 Mrd. € entspricht und sich bis 2030 auf einen Unsicherheitsbereich von ±13 Mrd. € zum mittleren Szenario kumuliert. Im Folgenden werden die Ergebnisse des mittleren Szenarios dargestellt, falls nicht explizit auf ein anderes Szenario Bezug genommen wird.

Abbildung 4.2.1.1: Entwicklung der GKV-Gesamtausgaben und der jährlichen Veränderungsraten (ab 2026 Prognosen)



*Quelle: KJ1/JV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal 2025, ** Prognose*

Für das Jahr 2027 wird ein besonders starker Rückgang der Ausgabendynamik gegenüber dem Vorjahr prognostiziert. Ursächlich hierfür ist insbesondere ein Basiseffekt, da die bis inkl. Oktober 2026 gezahlten Rechnungszuschläge für Soforttransformationskosten im Krankenhaus von rund 3,1 Mrd. € für 2026 in 2027 entfallen, was die Ausgabenrate um rund 0,9 Prozentpunkte verringert (analog zu den gebremst steigenden Zuweisungen - vgl. Abbildung 4.2.1.1). Der prognostizierte Rückgang der Ausgabendynamik wird durch den mit dem im Vermittlungsausschuss zum BEEP erreichten Kompromiss, wonach die Wirkung des einmaligen Aussetzens der Meistbegünstigungsklausel im Jahr 2026 für die Jahre 2027 ff. basiswirksam korrigiert werden soll (Mehrausgaben von rund 1,1 Mrd. €), sowie durch die ebenfalls ab 2027 geplante Erhöhung des Apothekenfixums gemäß Koalitionsvertrag (Zeilen 3423-3424) auf 9,50 € (Mehrausgaben von rund 800 Mio. €) teilweise neutralisiert.

Im Jahr 2028 wiederum wirken insbesondere die Maßnahmen des KHVVG beziehungsweise des KHAG dynamisierend auf die Ausgabenentwicklung. Durch die Auszahlung neuer Zuschläge im Krankenhausbereich (beispielsweise für Stroke Units), den Wegfall von Kurzlieger-Abschlägen für Fälle in pädiatrischen Leistungsgruppen und insbesondere die Herausnahme der Abrechnung der Vergütung des Vorhaltebudgets aus der Krankenhausrechnungsprüfung ist von dauerhaften Mehrausgaben von rund 1,2 Mrd. € pro Jahr ab dem Jahr 2028 mit steigender Wirkung auszugehen.

Umgekehrt wirken im Gesamtzeitraum 2027 bis 2030 Gesetzesfolgen voraussichtlich auch entlastend auf die prognostizierten Ausgaben. Insbesondere die noch gesetzgeberisch einzuführende Notfallreform hat im Prognosezeitraum aufwachsende, dauerhafte Entlastungen zur Folge, die die GKV-Ausgaben im Jahr 2030 um 2,1 Mrd. € senken dürften. Auch das am 06.03.2026 im Bundestag mit dem KHAG in 3. Lesung beschlossene unmittelbare Durchschlagen verhandelter Erstattungsbeträge für Arzneimittel auf Zusatzentgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie auf krankenhausindividuell verhandelte Zusatzentgelte ist mit einer Wirkung von rund 0,2 Mrd. € ab 2027 ausgabenmindernd berücksichtigt.

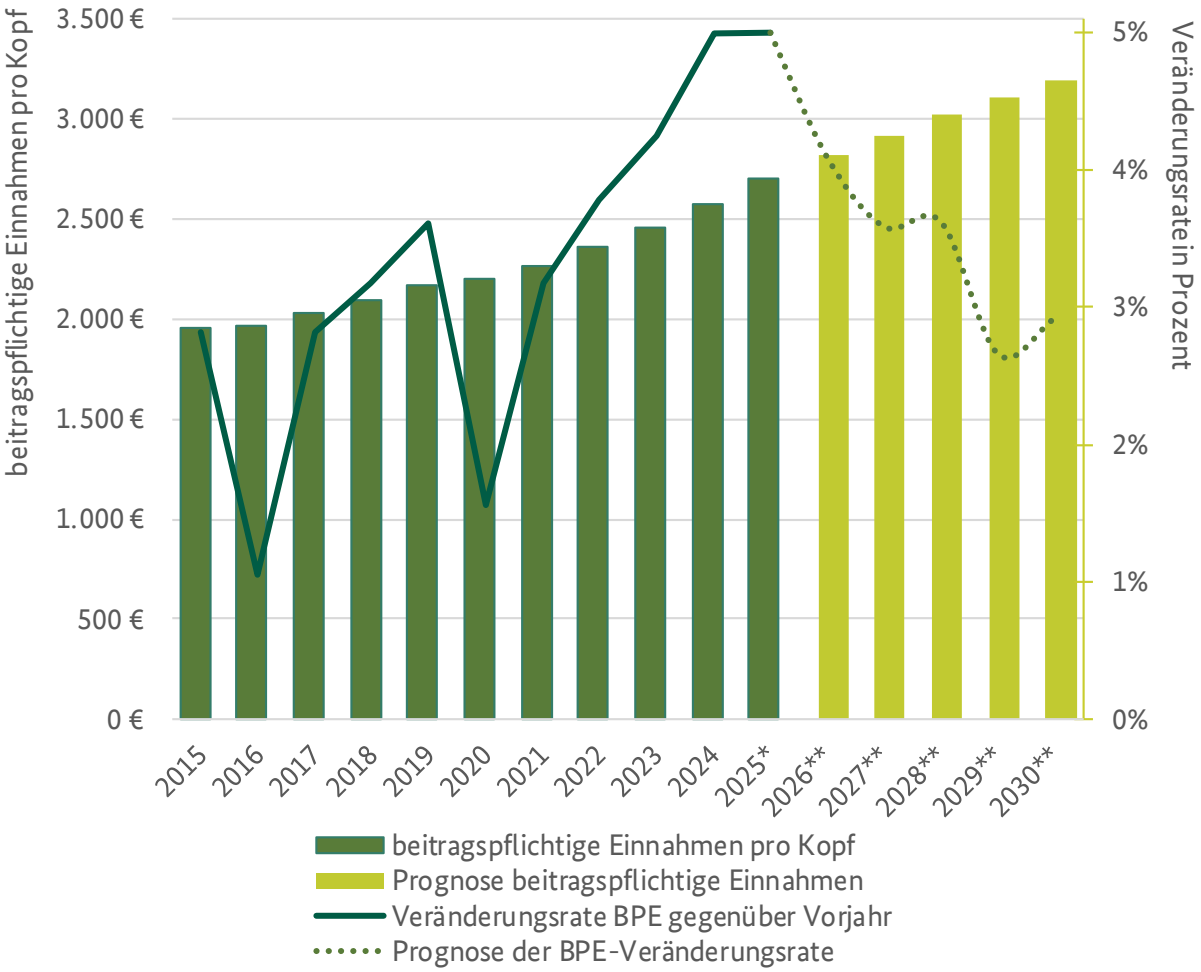
In Summe ist jedoch zu konstatieren, dass es trotz dieser potenziell effizienzsteigernden Gesetzeswirkungen dauerhaft zu einer höheren Ausgabendynamik (insbesondere aufgrund einer höheren Preisdynamik) als in der Vergangenheit – und deutlich oberhalb der Einnahmenentwicklung – kommen wird. Ursächlich für die dauerhaft höhere Ausgabenentwicklung ist insbesondere der Umstand, dass ausgabendämpfende Regelungen und Wirtschaftlichkeitsanreize in den letzten zwei Dekaden vom Gesetzgeber sukzessive reduziert wurden. Hierzu gehört beispielsweise die Entkopplung von Lohn- und Vergütungssteigerungen von der Einnahmenentwicklung in nahezu allen Leistungsbereichen, die Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips beim Pflegepersonal im Krankenhaus sowie die zunehmende Entbudgetierung ärztlicher Leistungen. Hinzu kommen allgemein hohe – aber ebenfalls überwiegend gesetzlich induzierte – Lohn- und Vergütungssteigerungen im Gesundheitswesen (zum Beispiel beim Pflegepersonal im Krankenhaus und der Behandlungspflege sowie bei Heilmittelerbringern) und Sonderzuschläge für zahlreiche Sektoren.

4.2.2 Einnahmen des Gesundheitsfonds und Zuweisungen an die Krankenkassen

Im Jahr 2025 sind die beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV um 5,3 % gestiegen. Für das Jahr 2026 wird ein Anstieg um 4,1 % erwartet. Die Steigerungen liegen oberhalb der Erwartung der Jahresprojektion 2026 der Bundesregierung für die Zuwächse der Bruttolohn- und Bruttogehaltssumme in Deutschland (2025: 4,7 %, 2026: 3,6 %). Verantwortlich dafür sind einerseits die zum Jahresende 2024 ausgelaufenen steuer- und beitragsfreien Inflationsausgleichszahlungen (als Basiseffekt) und andererseits die außergewöhnlich hohe Steigerung der Beitragsbemessungsgrenze von 6,5 % (auf Basis der Lohnentwicklung in 2023). Auch im Jahr 2026 verläuft der erwartete Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen mit 4,1 % überproportional zum Anstieg der Bruttolöhne und -gehälter, was größtenteils mit einem erneut starken Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze um 5,4 Prozentpunkte zusammenhängt.

Für die Jahre ab 2027 ist auf Basis der gesamtwirtschaftlichen Eckwerte der Bundesregierung für die Entwicklung von Beschäftigung und Löhnen mit einer jährlichen Steigerung der Pro-Kopf-Verdienste der Beschäftigten von rund 3 % und einer weitgehenden Stagnation der Beschäftigtenzahlen zu rechnen. Für die Sozialversicherung sind mittelfristig vorerst keine weiteren Impulse von einem stark darüber hinausgehenden Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze zu erwarten. In der mittleren Frist sinken die prognostizierten jährlichen GKV-Einnahmenzuwächse auf das Niveau der in der Jahresprojektion der Bundesregierung 2026 für den Anstieg der Bruttolöhne und -gehälter erwarteten 3 % ab (vgl. Abbildung 4.2.2.1).

Abbildung 4.2.2.1: Entwicklung der Beitragseinnahmen aus bpE und der jährlichen Veränderungsraten (ab 2025 Prognosen)



*Quelle: KJ1/JV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal 2025, ** Prognose*

Die Beiträge aus Renten steigen auch aufgrund des zunehmenden Ruhestandseintritts geburtenstarker Jahrgänge mit durchschnittlich über 4,5 % pro Jahr überproportional. Ab 2028 ist die geplante Ausweitung der Kindererziehungszeiten für vor 1992 geborene Kinder (sogenannte „Mütterrente III“) mit erheblichen GKV-Mehreinnahmen von knapp 1 Mrd. € pro Jahr berücksichtigt.

Die Zuweisungen an die Krankenkassen steigen im Jahr 2027 voraussichtlich um lediglich 0,8 %, da die ergänzenden Bundesmittel von insgesamt 4 Mrd. € zur Refinanzierung der Soforttransformationskosten der Krankenhäuser (davon fließen im Jahr 2026 rund 3,3 Mrd. € in höhere Zuweisungen) sowie das Darlehen von 2,3 Mrd. € für das Jahr 2026 entfallen. Hinzu kommt ein gesetzlich vorgegebener notwendiger Aufbau der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (im KHAG vorgesehen), um die unterjährige Zahlungsfähigkeit des Gesundheitsfonds sicherzustellen. Zu diesem Zweck werden die Zuweisungen im Jahr 2027 voraussichtlich um 2,7 Mrd. € gekürzt. Ab 2029 werden die Zuweisungen durch die Rückzahlungen der Bundesdarlehen von 1 Mrd. € pro Jahr gedämpft.

Belastend auf die Einnahmen der GKV wirkt auch der in seiner Höhe festgeschriebene Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. € pro Jahr. Der sinkende Anteil an den Gesamteinnahmen von 7 % im Jahr 2017 auf voraussichtlich rund 4,1 % im Jahr 2030 stellt eine schleichende Entwertung für die GKV dar. Hinzu kommt, dass versicherungsfremde Leistungen nur teilweise über Steuern finanziert werden. So sind die Beiträge des Bund für Bürgergeldbeziehende um rund 12 Mrd. € unterdeckt.

4.2.3 Prognoseergebnisse für die Entwicklung der Zusatzbeitragssätze

Auf Basis der oben genannten Annahmen und Parameter ergibt sich in der vorliegenden Prognose für das Jahr 2027 ein durchschnittlicher ausgabendeckender Zusatzbeitragssatz (ZBS) von 3,65 %. Dies entspricht einem Anstieg gegenüber 2026 um 0,75 Beitragssatzpunkte. Zur Stabilisierung des durchschnittlichen ZBS von 2,9 % beträgt die Lücke rund 15,3 Mrd. € (0,1 Beitragssatzpunkte entsprechen rund 2 Mrd. €).

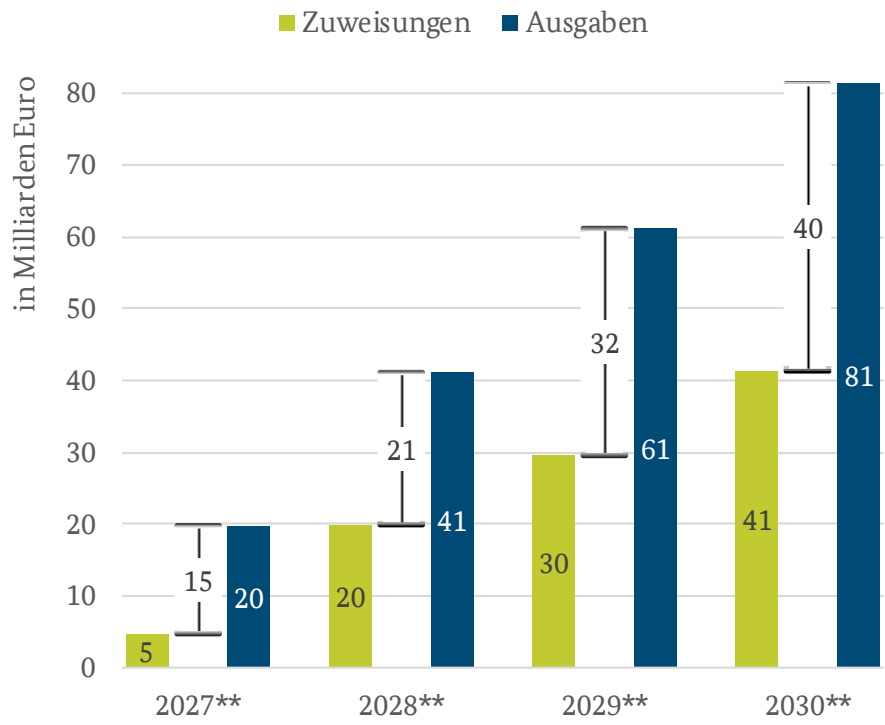
Tabelle 4.2.3.1: Übersicht der zentralen Ergebnisse der GKV-Mittelfristprognose (ohne LKK)

		2026	2027	2028	2029	2030
Beitragspflichtige Einnahmen	Δ ggü. Vj	4,1%	3,8%	3,8%	2,9%	3,1%
Bundesmittel (inkl. Darlehen)	Mrd. Euro	20,0	14,4	14,4	14,4	14,4
Zuweisungen an Krankenkassen	Δ ggü. Vj	5,7%	0,8%	4,1%	2,4%	2,9%
Ausgaben der Krankenkassen	Δ ggü. Vj	6,5%	5,3%	5,5%	4,9%	4,7%
Ausgabendeckender durchschnittlicher ZBS		2,91%	3,65%	3,91%	4,36%	4,69%
Lücke zum ZBS von 2,9%	**Mrd. Euro**		**15,3**	**21,5**	**31,9**	**40,4**

Quelle: Eigene Berechnungen.

Mittelfristig nimmt die strukturelle Deckungslücke zwischen Ausgaben und Einnahmen im mittleren Szenario jedes Jahr um weitere sieben bis neun Milliarden Euro zu – das entspricht einem durchschnittlichen Anstieg des ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatzes von zwischen 0,3 und 0,4 Prozentpunkten pro Jahr. Dabei ist zu erwarten, dass der jährliche Einnahmenzuwachs den künftigen Ausgabenanstieg ohne weitere Maßnahmen nur etwa zur Hälfte deckt (vgl. Abbildung 4.2.3.1).

Abbildung 4.2.3.1: Absolute Zuwächse von Zuweisungen, Ausgaben und Deckungslücken gegenüber 2026 in Milliarden Euro bei gleichbleibendem Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,9 %

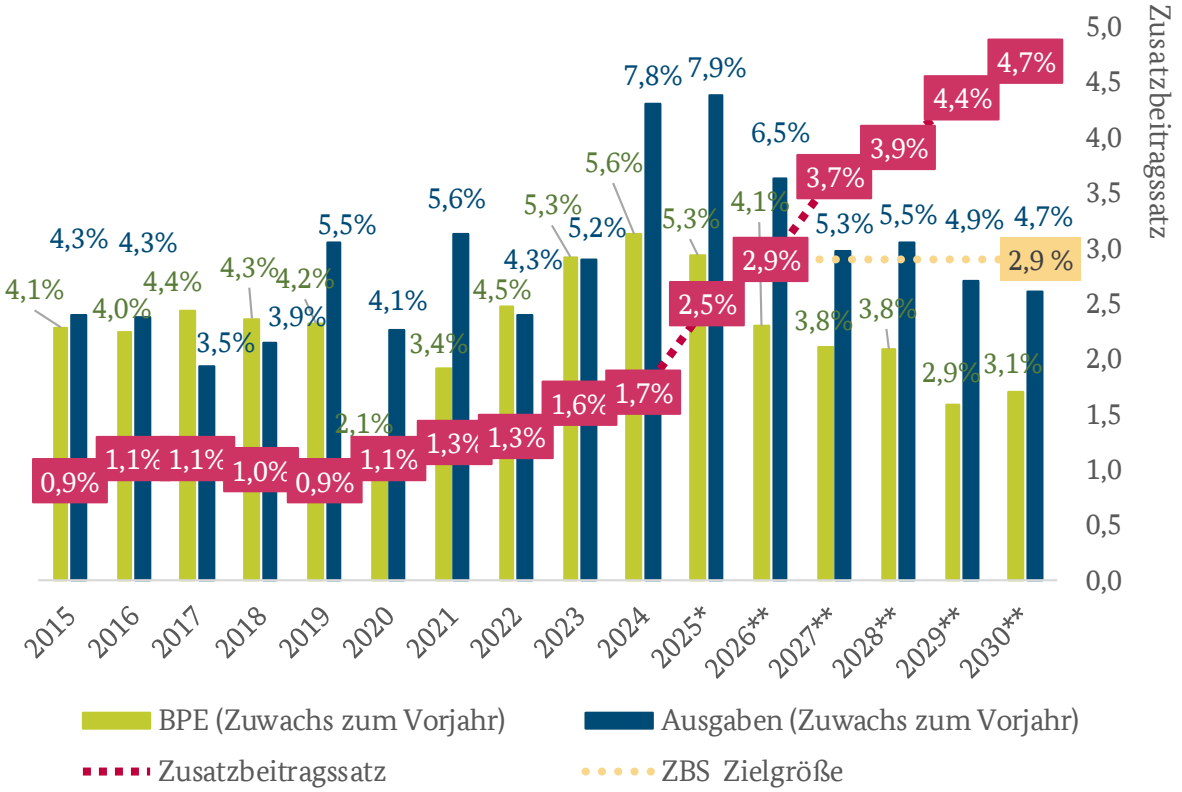


*Quelle: KJ1/JV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal 2025, ** Prognose*

Um den durchschnittlichen ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatz bei 2,9 % dauerhaft zu stabilisieren, sind im mittleren Szenario Finanzierungslücken von 15,3 Mrd. € (2027), 21,5 Mrd. € (2028), 31,9 Mrd. € (2029) und 40,4 Mrd. € (2030) über geringere Ausgaben oder höhere Einnahmen zu schließen.

Die Zuwächse der beitragspflichtigen Einnahmen sinken mittelfristig auf circa 3 % pro Jahr. Durch deutlich höhere Ausgabenzuwächse – die zwar voraussichtlich ebenfalls sinken (auf schätzungsweise 4,7 % im Jahr 2030) – nimmt die Finanzierungslücke und im Ergebnis der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz jedes Jahr weiter zu (vgl. Abbildung 4.2.3.2).

Abbildung 4.2.3.2: Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und Ausgaben zum Vorjahr (ab 2026 Prognosen) sowie des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (ab 2027 Prognosen) im mittleren Szenario



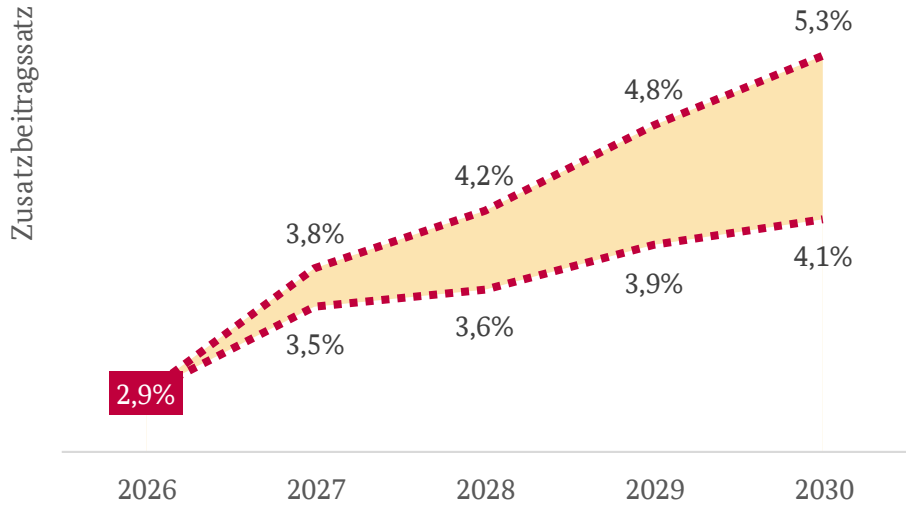
*Quelle: KJ1/JV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal 2025, ** Prognose*

Es ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere die Prognose der Ausgabenentwicklung von einer hohen Unsicherheit geprägt ist, da eine Vielzahl an angebots- und nachfrageseitigen Faktoren in vielen sehr unterschiedlich regulierten Leistungsbereichen mit teils hochkomplexen Vergütungssystemen wirken. Auch die Finanzwirkungen einiger gesetzgeberischer Maßnahmen wie zum Beispiel der Krankenhausreform sind angesichts des Zusammenspiels von gesetzlichen Anreizwirkungen und Verhaltensreaktionen der betroffenen Akteure nur schwer vorherzusagen. Für die Krankenhausreform wird davon ausgegangen, dass sie sich kurz- und mittelfristig negativ in den Ausgaben niederschlägt und gegebenenfalls langfristig einen leicht dämpfenden Effekt auf den Case-mix Anstieg bewirkt. Insbesondere geht eine hohe Unsicherheit von noch gesetzgeberisch einzuführenden Strukturreformen aus. Falls beispielsweise die Reform der Notfallversorgung nicht wie geplant durch den Gesetzgeber beschlossen wird, erhöht dies die Deckungslücke in 2030 um 2,1 Mrd. €. Wirkungen anderer Strukturreformen aus dem Koalitionsvertrag, für die noch kein Entwurf vorliegt, zum Beispiel die Einführung eines Primärarztsystems, sind hier, gemäß Auftrag an die Kommission, noch nicht berücksichtigt. Hinzu kommen die nur schwer abschätzbaren Wirkungen des medizinischen Fortschritts.

Die Bandbreite eines etwas moderateren und eines etwas dynamischeren Szenarios für die Ausgabenentwicklung und die daraus resultierende Entwicklung des durchschnittlichen

Zusatzbeitragssatzes bis 2030 ist in Abbildung 4.2.3.3 veranschaulicht. Unterstellt man eine Ausgabenentwicklung, die jedes Jahr um 0,75 Prozentpunkte moderater oder dynamischer als im mittleren Szenario ist, liegt der erwartete durchschnittliche Zusatzbeitragssatz in 2030 zwischen 4,1 % und 5,3 %.

Abbildung 4.2.3.3: Bandbreite für die Entwicklung des durchschnittlichen ZBS bis 2030



Quelle: Eigene Berechnung

Mit Blick auf die Deckungslücken in den Jahren 2027 (15,3 Mrd. €) bis 2030 (40,4 Mrd. €) und die sich daraus ergebenden konkreten Belastungen von Arbeitnehmern (GKV-Mitgliedern) und deren Arbeitgebern, die Anstiege des Zusatzbeitrags zu je 50 % finanzieren müssen, ergibt sich folgendes Bild (siehe Infografik 1):

Infografik 1: Folgen für die GKV ohne Reform zur Stabilisierung der GKV-Finanzen

Quelle: Eigene Berechnungen

Ein durchschnittliches Mitglied der GKV und sein Arbeitgeber müssen im Jahr 2027 mit einer Mehrbelastung von insgesamt rund 260 € rechnen, die im Jahr 2030 auf dann circa 680 € ansteigt. Für ein Mitglied mit einem Einkommen an der Beitragsbemessungsgrenze und seinen Arbeitgeber würde sich der Beitrag im Jahr 2027 um circa 550 € und im Jahr 2030 um rund 1.440 € gegenüber einem Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,9 % erhöhen.

5 Verfassungsrechtliche und ethische Rahmenbedingungen

5.1 Rechtliche Rahmenbedingungen der Reform

5.1.1 Einführung

Die Beschreibung des konkreten Arbeitsauftrags und die hier aufgeworfenen Fragen führen dazu, dass faktisch kaum ein Akteur des Gesundheitswesens von Reformen verschont bleiben wird. Das dürfte insbesondere die Leistungserbringer und Hersteller, aber auch die Versicherten selbst betreffen. Aber auch die Krankenkassen als Leistungsträger im Sinne von § 12 SGB I werden mit dem Hinweis auf die „Organisationsstrukturen der GKV“ und der „effizienten Mittelverwendung“ adressiert (Bundesministerium für Gesundheit 2025b). Nicht zuletzt können in einem dualen Gesundheitssystem auch die privaten Krankenversicherer durch entsprechende Reformen betroffen werden. Es überrascht daher nicht, dass eine Berücksichtigung der „verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen“ bezüglich der Umsetzbarkeit der Kommissionsvorschläge gefordert wird (Bundesministerium für Gesundheit 2025b). Jede Gesetzesreform muss in formeller und materieller Hinsicht verfassungskonform erfolgen – insoweit wird hier eine rechtsstaatliche Selbstverständlichkeit angesprochen.

Im Folgenden sollen die rechtlichen Rahmenbedingungen der möglichen Gesundheitsreform kurz skizziert werden. Dabei wird zu zeigen sein, dass die Chancen für eine umfassende Reform kaum jemals besser waren als heute – und das hat auch mit der jüngsten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zu tun.

5.1.2 Zur Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die anstehenden Reformen steht nicht in Frage. Das Recht der Sozialversicherung ist nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung, bei der der Bund nach Artikel 72 Absatz 1 GG den Vorrang hat. Unabhängig davon, ob es um den Zuschnitt des versicherten Personenkreises, den Leistungsumfang, Fragen der Finanzierung oder Qualität dieser Leistungen, das Leistungserbringungsrecht oder auch die Organisation der Krankenkassen geht – all das ist vom entsprechenden Kompetenztitel gedeckt. Hinzu kommt die besondere Kompetenz des Bundes für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze, die Änderungen des KHG oder des KHEntgG ermöglichen würden. Die im Kontext der 2024 beschlossenen Krankenhausreform so umstrittene Frage nach der Gesetzgebungskompetenz des Bundes bei Maßnahmen, die sich auf das Recht der Länder auf Krankenhausplanung auswirken, stellt sich im vorliegenden Kontext voraussichtlich nicht. Ob und unter welchen Voraussetzungen Qualitätsvorgaben an die Leistungserbringung mit Blick auf eine flächendeckende Versorgung verfassungsrechtlich bedenklich sind, wird das BVerfG im Kontext der Mindestmengenthematik zu entscheiden haben (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg 2025).

Die Subsidiaritätsklausel des Artikel 72 Absatz 2 GG – danach darf der Bund die dort genannte Gegenstände der konkurrierenden Kompetenz nur regeln, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht – wäre nur im Kontext von Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG zu beachten.

5.1.3 Zur materiellen Verfassungsmäßigkeit

Jede Reform hat die materiellen Vorgaben des Verfassungsrechts zu beachten. Dabei geht es naturgemäß in erster Linie um die Grundrechte der von der Reform Betroffenen; aber auch Normen wie Artikel 87 Absatz 2 GG sind in den Blick zu nehmen.

5.1.4 Die Rechtsstellung der Krankenkassen

Mit Blick auf mögliche organisatorische Reformen erweist sich die verfassungsrechtliche Rechtslage mit Blick auf die gesetzlichen Krankenkassen als unproblematisch. Ausgangspunkt aller Überlegungen ist dabei zunächst die fehlende Grundrechtsfähigkeit der Krankenkassen. Als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung, § 4 Absatz 1 SGB V, können sie sich – jedenfalls nach Einschätzung des BVerfG (BVerfG 2. Senat 2004) – nicht auf Grundrechte berufen. Nach Artikel 19 Absatz 3 GG gelten die Grundrechte auch für inländische juristische Personen, wenn sie ihrem Wesen nach auf diese anwendbar sind. Das gilt allerdings grundsätzlich nur für juristische Personen des Privatrechts, weil sie wie das Individuum in einer grundrechtstypischen Gefährdungslage stehen (BVerfG 1. Senat 1977). Juristische Personen des öffentlichen Rechts sind demgegenüber in der Regel keine Träger von Grundrechten; sie handeln – so das BVerfG – nicht „in Wahrnehmung unabgeleiteter, ursprünglicher Freiheiten“, sondern aufgrund

einer gesetzlichen „Aufgaben- und Kompetenzzuweisung" (BVerfG 2. Senat 1982). Nur in Ausnahmefällen akzeptiert das BVerfG die Geltung von Grundrechten auch zugunsten juristischer Personen des öffentlichen Rechts. Das betrifft neben den insoweit für alle juristischen Personen des öffentlichen Rechts maßgeblichen Prozessgrundrechten wie etwa Artikel 103 Absatz 1 GG (BVerfG 1. Senat 1957) im Besonderen diejenigen juristischen Personen, die als eigenständige, vom Staat unabhängige oder distanzierte Einrichtungen bestehen und dem Bürger zur Verwirklichung seiner individuellen Grundrechte dienen. Das ist mit Blick auf Artikel 5 Absatz 3 GG insbesondere für die Universitäten und die Rundfunkanstalten in Bezug auf Artikel 5 Absatz 1 Satz 2 GG relevant. Sie sind insoweit Sachwalter der Individualrechte ihrer Mitglieder. Dagegen sind Sozialversicherungsträger lediglich organisatorische verselbständigte Teile der Staatsgewalt, weshalb ihnen eine solch besondere Zuordnung zum grundrechtlich geschützten Lebensbereich fehlt; sie sind an Grundrechte gebunden und könnten – so das BverfG (BVerfG 1. Senat 2008)(BVerfG 1. Senat 2008) – nicht zugleich deren Adressaten sein. Man muss attestieren, dass diese Argumentation Schwächen hat (Kingreen 2019); dennoch ist aktuell nicht davon auszugehen, dass das BVerfG seine Rechtsprechung insoweit ändert.

Auch bei Berücksichtigung der jüngeren Rechtsprechung zu Artikel 87 Absatz 2 GG dürfte das Grundgesetz organisatorischen Reformen im SGB V nicht entgegenstehen. Artikel 87 Absatz 2 GG beinhaltet eine Regelung der obligatorischen mittelbaren Selbstverwaltung (Suerbaum 2025) der Begriff der „Sozialversicherung" entspricht dem des Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG (BVerfG 2. Senat 2005b). Im Rahmen dieser Kompetenznorm entscheidet der Bund über die Einrichtung von Sozialversicherungsträgern und deren regionale Erstreckung (BVerfG 2. Senat 1975). Artikel 87 Absatz 2 GG enthält zwar keine der kommunalen Selbstverwaltungsgarantie des Artikel 28 Absatz 2 Satz 1 GG vergleichbare Garantie der Selbstverwaltung (Bundessozialgericht 2021); allerdings bildet die Norm gemeinsam mit Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG und Artikel 120 Satz 4 GG ein „in sich geschlossenes verfassungsrechtliches System für die Sozialversicherung und deren Finanzierung" (BVerfG 2. Senat 2005a), dem eine Systementscheidung für die Sozialversicherung mittels verselbstständigter Verwaltungseinheiten zugrunde liegt (Heidelberg 2017). Diese verfassungsrechtlich vorgegebene organisatorische Selbstständigkeit der Sozialversicherung ist im Kontext der Mittelverwendung äußerst bedeutsam: Sie setzt der Verwendung und dem Transfer von Mitteln der Sozialversicherung Grenzen (Bundessozialgericht 2021). Den Krankenkassen wird als Sozialversicherungsträgern mit der gesetzlichen Zuerkennung des Körperschaftsstatus und der Zuweisung von Selbstverwaltung einfachrechtlich eine rechtlich geschützte Kompetenzsphäre zugewiesen, die verfassungsrechtlich durch Artikel 87 Absatz 2 GG gebilligt und anerkannt wird (Bundessozialgericht 2021). Das macht die Krankenkassen zwar zu „Hütern der Sozialversicherungsbeiträge", wenn es um die Finanzierung sozialversicherungsfremder Leistungen geht, und gibt ihnen gegebenenfalls ein eigenes Klagerecht (Felix 2022); gegen eine Neustrukturierung in organisatorischer Hinsicht schützt die Norm aber nicht.

5.1.5 Die Rechtsstellung der Versicherten

Die Versicherten der GKV könnten in mehrfacher Hinsicht von Reformen des SGB V betroffen sein. Dabei geht es zum einen um den Status als versicherte Person selbst und Fragen der Beitragserhebung; zum anderen steht die Frage im Raum, ob Versicherte bestimmte Leistungen der GKV verfassungsrechtlich beanspruchen können. Ausgangspunkt aller Überlegungen ist dabei die Erkenntnis, dass eine leistungsfähige Solidargemeinschaft in der GKV ein auch verfassungsrechtlich schützenswertes Gut ist.

Zum Status als versicherte Person

Der Status als versicherte Person könnte in unterschiedlicher Art und Weise betroffen sein. Soweit es etwa darum geht, Menschen, die sich frühzeitig für eine Absicherung in der privaten Krankenversicherung entschieden haben, die – im Alter günstigere – Absicherung in der GKV zu versperren, geht es um den verfassungsrechtlich legitimen Zweck des Schutzes der Sozialversicherung. Wer lange Zeit keinen eigenen Beitrag zu den Solidarlasten geleistet hat, soll nicht im Alter in das System zurückkehren können. Der Gesetzgeber ist insoweit frei, in Ergänzung von Normen wie § 6 Absatz 3a SGB V oder § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V weitere Restriktionen vorzusehen, ohne das allgemeine Gleichheitsgebot des Artikel 3 Absatz 1 GG zu verletzen. Auch die Abschaffung der beitragsfreien Familienversicherung für Ehegatten ohne Kinder oder deren zeitliche Begrenzung etwa bis zum 3. Lebensjahr des Kindes wäre von der Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers mit Blick auf eine leistungsfähige Solidargemeinschaft (Landessozialgericht für das Saarland 2. Senat 2014) hiesiger Ansicht nach gedeckt. Es gibt kein subjektives Recht auf beitragsfreie Mitgliedschaft in der GKV.

Zum Status als Leistungsempfänger

Werden Versicherte zu Patienten, stellt sich die Frage nach der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit von Leistungsbeschränkungen im Recht der GKV.

Der Gesetzgeber ist bei der Ausgestaltung des Leistungskatalogs der GKV grundsätzlich an die staatliche Schutzpflicht aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG gebunden (BVerfG 1. Senat 2005); eine funktionierende Solidargemeinschaft ist ein Wert an sich. Es besteht aber „kein verfassungsrechtlicher Anspruch gegen die Krankenkasse auf die Bereitstellung bestimmter und insbesondere spezieller Gesundheitsleistungen." (BVerfG 1. Senat 2005). Das gilt auch unter zusätzlicher Berücksichtigung des Sozialstaatsprinzips (BVerfG 1. Senat 1997). Damit wäre auch der Wegfall einzelner Leistungen etwas, was der Gesetzgeber aus Gründen der finanziellen Funktionsfähigkeit der GKV in Erwägung ziehen dürfte. Entsprechendes gälte für die Erhöhung bestehender Zuzahlungen oder die Schaffung neuer Zuzahlungstatbestände.

Allerdings gilt es in diesem Kontext das Zusammenspiel von Artikel 1 Absatz 1 GG in Verbindung mit Artikel 2 Absatz 1 GG zu beachten. Diese Normen sind in doppelter Hinsicht relevant. Zum einen ist es mit den Grundrechten aus Artikel 2 Absatz 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip – und

hier spielt jedenfalls auch Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG eine Rolle – nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (BVerfG 1. Senat 2005). Diese Rechtsprechung hat der Gesetzgeber mit § 2 Absatz 1a SGB V umgesetzt, der die Leistungsträger in notstandsähnlichen Situationen zu einer grundrechtskonformen Auslegung des bestehenden Leistungsrechts zwingt; zugleich wurde mit dem Begriff der „wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung" auch die Rechtsprechung des BSG kodifiziert (Becker & Kingreen 2024b).

Zum anderen hat das BVerfG aus Artikel 1 Absatz 1 GG in Verbindung mit Artikel 20 Absatz 1 GG ein Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums hergeleitet, das jedem Hilfebedürftigen diejenigen materiellen Voraussetzungen zusichert, die für seine physische Existenz und für ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben unerlässlich sind (BVerfG 1. Senat 2010). Das BVerfG erstreckt dieses Grundrecht ausdrücklich auch auf die Gesundheit als Teil der physischen Existenz (BVerfG 1. Senat 2010). Man muss sich also die Frage nach einem verfassungsrechtlich gebotenen Existenzminimum gesundheitlicher Versorgung stellen (Bartels 2023); allerdings hat das BVerfG festgestellt, dass die „Absicherung gegen die Risiken von Krankheit" durch die Einbeziehung von Arbeitslosengeld II-Empfängern in die GKV gewährleistet sei (BVerfG 1. Senat 2010). Das Leistungssystem des GKV scheint aus Sicht des BVerfG also in verfassungsrechtlicher Hinsicht zur Abbildung des Existenzminimums ausreichend zu sein. Dass dieses System nicht statisch ist, dürfte unbestritten sein; insofern führt nicht jede Leistungskürzung zu einem Unterschreiten dessen, was die Verfassung für die Gesundheitsversorgung vorgibt. Im Gegenteil: Artikel 1 Absatz 1 GG in Verbindung mit Artikel 2 Absatz 1 GG dürfte ebenso wie Artikel 2 Absatz 2 GG nur in notstandsähnlichen Situationen zum Tragen kommen.

Eine andere Frage ist, ob der Gesetzgeber verfassungsrechtlich verpflichtet ist, Leistungen, die nachweislich keinen Nutzen haben, aus dem System der GKV zu streichen. Insgesamt gilt aber: Das Grundgesetz macht dem Gesetzgeber nur in sehr engen Grenzen Vorgaben für den Leistungskatalog der GKV (Felix 2022).

5.1.6 Die Rechtsstellung der Leistungserbringer

Dass die anstehende Gesundheitsreform auch die Grundrechte der Leistungserbringer tangieren wird, dürfte außer Frage stehen. Im Fokus steht hier vor allem das durch Artikel 12 Absatz 1 GG geschützte Grundrecht der Berufsfreiheit, wobei es in der Regel um das „wie", nicht um das „ob" der beruflichen Tätigkeit geht und damit die mildeste Form eines staatlichen Eingriffs in Rede steht. Dass Vorgaben für die Behandlung von Patienten, Beschränkungen des Leistungskatalogs oder auch Fragen der Vergütung das Grundrecht aus Artikel 12 Absatz 1 GG tangieren, dürfte nicht zweifelhaft sein. Allerdings – das wurde schon oft kritisiert (Hufen 2004; Sodan 2003) - ist die Bedeutung der Berufsfreiheit im Leistungserbringungsrecht äußert gering – und das hat mit der juristischen Einschätzung des BVerfG hinsichtlich der Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der GKV zu tun. Schon früh hat das Gericht festgestellt, dass es sich hierbei um ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut handelt (BVerfG 1. Senat 2001), so dass auch schwerwiegende Eingriffe in das Grundrecht der Berufsfreiheit gerechtfertigt werden können.

Insoweit war die Funktionsfähigkeit der GKV schon immer eine Art „Totschlagargument" bei Eingriffen in die Berufsfreiheit – und diese Tendenz dürfte sich mit dem Urteil des BVerfG aus dem Mai 2025 noch einmal verstärkt haben, mit dem der 1. Senat die Verfassungsbeschwerde von pharmazeutischen Unternehmern gegen Preisregulierungsmaßnahmen abgewiesen hatte, obwohl Artikel 12 Absatz 1 GG unstreitig betroffen war (BVerfG 1. Senat 2025a). In dieser Entscheidung wird nicht nur – und das zu Recht – erneut die Bedeutung der finanziellen Stabilität der GKV betont, sondern zugleich die besondere Verantwortung des Gesetzgebers für die Kostenstabilität hervorgehoben (BVerfG 1. Senat 2025a). Vor allem aber nimmt das BVerfG seine eigene Kontrolldichte zurück; der Leitsatz 1 der Entscheidung lautet: Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gilt bei Kostendämpfungsmaßnahmen mit dem Ziel, die finanzielle Stabilität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern, wegen der Komplexität des Systems in der Regel eine zurückgenommene Kontrolle in Form der Evidenz- oder Plausibilitätskontrolle.

Wie immer man diese Aussage bewertet – und sie gibt in dieser Allgemeinheit mit Blick auf Artikel 19 Absatz 4 GG jedenfalls Anlass zu einer vertieften Auseinandersetzung –, steht fest, dass das Gericht in Zukunft weniger streng kontrollieren wird. Der Gesetzgeber sei bei der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung durch die GKV gezwungen, unterschiedliche Gemeinwohlbelange und auch zum Teil gegenläufige Grundrechtspositionen miteinander in einen Ausgleich zu bringen – das rechtfertige bei Kostendämpfungsmaßnahmen in der GKV aufgrund von Gefahren für die finanzielle Stabilität des Systems eine zurückgenommene richterliche Kontrolle. Vor allem müsse das BVerfG nicht entscheiden, ob andere, ebenfalls gleich wirksame Maßnahmen denkbar sind (BVerfG 1. Senat 2025a).

Die Leistungserbringer der GKV werden in dieser Entscheidung als „Nutznießer des Systems" bezeichnet, das ihnen größere wirtschaftliche Sicherheit vermittle als ein freies Konkurrenzsystem. Ihr Vertrauensschutz – etwa in die Beständigkeit der Preisgestaltungsregelungen im System der GKV – sei als „Kehrseite der staatlichen Stabilisierungsverantwortung" als gering anzusehen. Das gälte

insbesondere dann, wenn der Gesetzgeber diejenigen belaste, die aus seiner Sicht für die Kostensteigerungen besonders verantwortlich sind (BVerfG 1. Senat 2025a).

Im Ergebnis ist festzuhalten: Angesichts dieser Rechtsprechung hat der Gesetzgeber aufgrund der angespannten finanziellen Lage der GKV einen sehr weiten Gestaltungsspielraum für entsprechende Reformen. Eine Verletzung der Berufsfreiheit der Leistungserbringer dürfte nur bei völlig unzumutbaren Eingriffen in Artikel 12 Absatz 1 GG überhaupt in Betracht kommen. In diesem Kontext wird der konkrete Arbeitsauftrag noch einmal relevant – geht es doch hier auch gerade darum, die „Kostentreiber" zu identifizieren.

5.1.7 Die Rechtsstellung der privaten Krankenversicherer

Nicht aus dem Blick geraten darf im Zuge der anstehenden Reformen die Rechtsstellung der „Konkurrenz im dualen System." Die FKG ist nach dem Arbeitsauftrag gehalten, die Dualität des bestehenden Systems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung im Grundsatz zu respektieren (Bundesministerium für Gesundheit 2025b). Dennoch haben gesetzgeberische Entscheidungen im System der GKV mitunter unmittelbare Auswirkungen auf die private Krankenversicherung. Das lässt sich sehr gut am Beispiel einer möglichen Erhöhung der in § 6 Absatz 6 SGB V normierten Jahresarbeitsentgeltgrenze aufzeigen, die zugleich die Trennlinie zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung normiert. Eine Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze greift auch in die Berufsausübungsfreiheit der privaten Krankenversicherer ein, weil deren potentieller Kundenkreis eingeschränkt wird, der sich bei ihnen gegen Krankheit versichern kann (BVerfG 1. Senat 2009). Eine Beschränkung der Berufsausübungsfreiheit muss entsprechend der Rechtsprechung des BVerfG „aus hinreichenden gewichtigen Gründen des Gemeinwohls gerechtfertigt" sein.

5.2 Die ethischen Rahmenbedingungen der Reform

Die Arbeit der FGK ist eingebettet in einen ethischen und verfassungsrechtlichen Rahmen, der sowohl staatliche Schutzpflichten markiert als auch ethische Orientierung für den Umgang mit Zielkonflikten unter Bedingungen begrenzter Ressourcen bietet. Das Gesundheitssystem ist eine zentrale gesellschaftliche Institution, in der sich grundlegende Vorstellungen von Solidarität, Gerechtigkeit, Verantwortung und Menschenwürde konkretisieren. Zugleich trägt der Gesetzgeber Verantwortung für die langfristige finanzielle Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung als Voraussetzung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung für gegenwärtige und künftige Generationen. Der Auftrag der Kommission ist es, Reformoptionen zu entwickeln, die unter den Bedingungen finanzieller Knappheit einen effizienten Ressourceneinsatz erreichen, Nachhaltigkeit sichern und dabei den Anforderungen von Gerechtigkeit und Zumutbarkeit entsprechen.

Die Arbeit der FKG berührt zentrale Fragen der Verteilungs - und Zugangsgerechtigkeit im Gesundheitssystem. In den vergangenen Jahren ist das Gesundheitssystem zunehmend unter ökonomischen Druck geraten. Einzelne Instrumente zur Effizienzsteigerung haben zwar zur Kostendämpfung beigetragen, zugleich aber Zielkonflikte zwischen wirtschaftlicher Steuerungsmechanismen und professionellen Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung verstärkt. Dazu zählen Phänomene betriebswirtschaftlicher Dominanz bei medizinischen Entscheidungen, die zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen, Moral Distress bei Ärztinnen, Ärzten und Pflegepersonal, Personalabwanderung sowie Hinweise auf strukturelle regionale Versorgungs- und Erreichbarkeitsunterschiede. Fachgesellschaften haben wiederholt vor einer systematischen Überlastung des Versorgungssystems durch „Hamsterräder“ in der ambulanten wie stationären Versorgung und einer Gefährdung des professionellen Ethos gewarnt.

Zugleich lässt sich beobachten, dass das Vertrauen der Bevölkerung in die Leistungsfähigkeit, Zugänglichkeit und Gerechtigkeit des Gesundheitssystems zunehmend schwindet. Daher dürften Reformen, die lediglich auf Kostendämpfung zielen, vermutlich auf besondere Akzeptanzprobleme stoßen; das gilt insbesondere, wenn sie als intransparent, sozial unausgewogen oder als Verlagerung von Rationierungsentscheidungen in die Versorgungspraxis wahrgenommen werden.

5.2.1 Strategien bei Mittelknappheit

Grundsätzlich lassen sich drei Strategien bei Mittelknappheit im Gesundheitssystem unterscheiden, die sich gegenseitig nicht ausschließen. Zu denken ist zunächst an eine Ausweitung der gesamtgesellschaftlichen Finanzierung, etwa durch Anhebung des Bundeszuschusses; so käme „mehr Geld in das System“. Es gilt aber auch, die Effizienzreserven im System auszuschöpfen; so könnte etwa durch eine bessere sektorenübergreifende Versorgung oder den Verzicht auf Maßnahmen ohne medizinischen Nutzen die gleiche oder sogar bessere Versorgung mit weniger Kosten gesichert werden. Die dritte Strategie im Umgang mit Mittelknappheit, die vor allem dann zum Tragen kommt,

wenn die Effizienzreserven des Systems zur Stabilisierung der Finanzen nicht ausreichen, wäre eine Rationierung.

Rationieren heißt, auf nutzbringende medizinische Maßnahmen zu verzichten. Wenn Rationierung tatsächlich unumgänglich sein sollte, sollte man die Maßnahmen zunächst nach Wichtigkeit – etwa im Hinblick auf medizinischen Nutzen, Dringlichkeit oder Schwere der Erkrankung – ordnen, um dann auf weniger wichtige Maßnahmen zu verzichten. Diese Sortierung entlang des Nutzens nennt man Priorisierung. Sie ist der Rationierungsentscheidung vorgeschaltet. Rationierung kann implizit, also verdeckt erfolgen, zum Beispiel durch Budgetierung oder Einführung von Wartezeiten, oder explizit durch transparente Festlegung der Leistungen, auf die verzichtet werden soll. Für die Akzeptanz einer Entscheidung zum Verzicht auf nutzbringende Leistungen sind aus gerechtigkeitstheoretischer Sicht sowohl Kriterien der Verfahrensgerechtigkeit, zum Beispiel: Transparenz, Konsistenz, Unvoreingenommenheit, Repräsentation, als auch inhaltliche Verteilungsprinzipien, darunter Gleichheit, Dringlichkeit, Nutzen, relevant.

5.2.2 Die Rolle der Ethik in der Kommissionsarbeit

Die ethische Analyse ergänzt die rechtliche und ökonomische und medizinische Bewertung der Reformoptionen vor diesem Hintergrund. Während rechtliche Analysen klären, was verfassungsrechtlich zulässig ist, und ökonomische Analysen Effekte auf Effizienz, Kosten und absehbare Verteilungseffekte untersuchen, fragt die Ethik nach Verteilungs- und Zugangsgerechtigkeit, Zumutbarkeit sowie nach der begründeten Abwägung erwünschter und unerwünschter Folgen für Patientengruppen und die Gemeinschaft der Reformoptionen. Die ethische Analyse dient in der Kommissionsarbeit der Transparenz solcher Abwägungen.

5.2.3 Grundlegende ethische Anforderungen an ein gerechtes Gesundheitssystem

Gesundheit ist ein fundamentales Gut, dass für die Verwirklichung individueller Lebensentwürfe von zentraler Bedeutung ist. Zugleich ist Gesundheit nicht direkt verteilbar und Krankheit oft schicksalhaft. Im Gesundheitssystem können daher lediglich Ressourcen für Prävention, Behandlung und Versorgung verteilt werden. Zugleich ist die Situation ähnlich wie bei der Bildung: Auch die Gesundheit als Ermöglichungsgut für ein grundsätzlich selbstbestimmtes Leben ist Gegenstand staatlicher Verpflichtung zur Wahrung der Menschenwürde und kein bloßes Versorgungsziel. Daraus folgt die Verpflichtung, jedenfalls einen nicht disponiblen Kern gesundheitlicher Versorgung auch unter Bedingungen finanzieller Knappheit zu sichern.

Die folgenden ethischen Prinzipien und Anforderungen wurden als normative Leitplanken für die Bewertung von Reformoptionen unter Bedingungen finanzieller Knappheit der Kommissionsarbeit zugrunde gelegt. Sie dienen der strukturierten ethischen Abwägung von Zielkonflikten.

Solidarität, Bedarfsgerechtigkeit und medizinische Notwendigkeit

Die GKV ist gemäß § 1 Satz 1 SGB V eine Solidargemeinschaft; es geht um Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen und über Lebensphasen und Generationen hinweg. Die Beiträge richten sich nach der Höhe des maßgeblichen Einkommens, während der Anspruch auf medizinische Leistungen nach Bedarf besteht, unabhängig von Einkommen, Alter, Gesundheitszustand oder Risikoprofilen.

Kranke Menschen sind in besonderer Weise vulnerabel. Sie haben ein Recht auf medizinisch notwendige und indizierte Leistungen, nicht jedoch auf Leistungen ohne nachgewiesenen Nutzen, da medizinische Maßnahmen immer auch ein Schadenspotential haben können. Die Begrenzung medizinisch nutzloser Leistungen ist ethisch nicht nur legitim, sondern sogar geboten, da unter Knappheitsbedingungen primär auf Leistungen ohne medizinischen Nutzen verzichtet werden sollte und Überdiagnostik und Übertherapie nicht selten auch Schaden anrichten kann.

Eigenverantwortung, Gesundheitsrisiken und Prävention

Das SGB V benennt neben dem Solidaritätsprinzip ausdrücklich auch die Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit, § 1 Satz 2 SGB V. Aus ethischer Sicht ist es wichtig hier zu differenzieren: Angesichts multifaktorieller Krankheitsursachen, sozialer Ungleichheiten und begrenzter individueller Steuerungsmöglichkeiten kann Eigenverantwortung nicht als Kriterium für die Bewertung von Leistungsansprüchen im Krankheitsfall dienen – insbesondere nicht als retrospektives Kriterium. Insofern überrascht es nicht, dass § 1 Satz 2 SGB V auch aus juristischer Perspektive letztlich keine unmittelbare Relevanz hat – wenn nicht spezialgesetzliche Regelungen wie etwa § 52 SGB V eine entsprechende und dann vor allem letztlich finanzielle Eigenverantwortung ausdrücklich einfordern.

Daher sollte die Vermeidung von Gesundheitsrisiken und die Eigenverantwortung primär von der Systemebene her unterstützt werden. Sie zielt nicht auf individuelle Schuldzuschreibungen im Krankheitsfall, sondern auf die prospektive Gestaltung gesundheitlicher Risiken in der Bevölkerung. Dieses kann etwa durch Prävention, Regulierung oder Anreizstrukturen erfolgen, beispielsweise durch Besteuerung oder Regulierung gesundheitsriskanter Produkte wie Tabak oder Alkohol oder durch Einschränkungen entsprechender Werbung. Dies schließt jedoch nicht aus, dass Eigenverantwortung in begrenzter Form prospektiv, verhältnismäßig und unter fairen Zugangsbedingungen in Präventions- und Anreizstrukturen berücksichtigt wird (Beispiel Zahnersatz und Eigenanteile). Ein solcher Ansatz wahrt das Solidaritätsprinzip und den diskriminierungsfreien Zugang zur Versorgung, ohne berechtigte Fragen nach gesamtgesellschaftlicher Mitverantwortung auszublenden.

Autonomie und Patientensteuerung

Patienten sind kranke Menschen, die meist selbstbestimmt über Gesundheitsmaßnahmen und ihre medizinische Behandlung entscheiden wollen und ein Recht auf die Respektierung ihrer Autonomie haben. Patientensteuerung kann zwar im Spannungsverhältnis zur Autonomie stehen. Gleichwohl kann Patientensteuerung die Versorgungsqualität und Effizienz verbessern. Patientensteuerung ist ethisch gerechtfertigt, wenn sie nachweislich – etwa durch Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung – der Verbesserung der individuellen Versorgung dient oder Effizienzgewinne ermöglicht, ohne den einzelnen Patienten schlechter zu stellen oder Behandlungsoptionen jenseits medizinischer Indikation, informierter Zustimmung und Zumutbarkeit unzulässig einzuschränken

Indikationsverantwortung, professionelles Ethos und Vertrauen

Das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Qualität ärztlicher Indikationsentscheidungen und in den Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung bildet eine zentrale Grundlage für die Akzeptanz des Gesundheitssystems und in der Folge auch für gesundheitspolitische Steuerungsmaßnahmen insgesamt. Ärztinnen und Ärzte tragen eine besondere professionsethische Verantwortung für die Qualität ihrer Indikationsstellung: Diagnostische und therapeutische Entscheidungen müssen sich primär am medizinischen Nutzen für die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten orientieren und dürfen nicht durch ökonomische Fehlanreize verzerrt werden. Auf der Meso- und Makroebene ist es Aufgabe, das System so zu gestalten, dass es bestmögliche Indikationsqualität unterstützt und nicht beeinträchtigt oder verzerrt. Kostenbegrenzung muss daher vorrangig durch Effizienzgewinne und transparente Priorisierungsentscheidungen auf Systemebene erfolgen; implizite Rationierung im Arzt-Patienten-Verhältnis untergräbt professionelles Ethos und gefährdet das Vertrauen in die Versorgung (Zentrale Ethikkommission 2025).

Zugangsgerechtigkeit und Gleichheit

Ein gerechtes Gesundheitssystem gewährleistet einen prinzipiell gleichen Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung unabhängig von Einkommen, sozialem Status oder anderen medizinisch nicht relevanten Merkmalen. Gleichheit bedeutet hier nicht, dass den Menschen alle Leistungen im

selben Umfang zustehen, sondern dass Menschen mit gleichen oder vergleichbaren Gesundheitsproblemen und medizinischen Bedarfen den gleichen Zugang zur Versorgung haben. Ungerechtfertigte Versorgungsunterschiede sind hingegen ethisch problematisch und im Übrigen ein Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des Artikel 3 Absatz 1 GG.

Wirtschaftlichkeitsgebot und Nutzenorientierung

Das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem unterliegt gemäß § 12 Absatz 1 Satz 1 SGB V dem Wirtschaftlichkeitsgebot: Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreiten. Dieses Gebot dient dem verantwortlichen Umgang mit begrenzten Ressourcen im Interesse aller Versicherten und begrenzt Leistungsansprüche, ohne das Bedarfsprinzip aufzuheben.

Medizinischer Nutzen ist dabei nicht auf Überlebensverlängerung zu reduzieren, sondern umfasst wichtige patientenrelevante Aspekte wie Lebensqualität und Symptomlinderung. Die ärztlich verantwortete Indikationsstellung berücksichtigt daher den medizinischen Bedarf, die Behandlungsnotwendigkeit im Hinblick auf diese genannten medizinischen Ziele und den dabei zu erwartenden Nutzen für die konkrete Patientin oder den konkreten Patienten.

Schutz vulnerabler Gruppen

Alle erkrankten Menschen sind aufgrund ihrer medizinischen Bedürftigkeit grundsätzlich vulnerabel. Bestimmte Gruppen – insbesondere Kinder, Menschen mit chronischen oder psychischen Erkrankungen, hochaltrige Personen sowie sozial benachteiligte Menschen – sind in besonderem Maße schutzbedürftig. Unter Bedingungen zunehmenden finanziellen Drucks „auf das System“ besteht die Gefahr struktureller Benachteiligung derjenigen, die besonders vulnerabel, schlechter informiert sind oder keinen leichten Zugang zum System haben. Daher sind jegliche Reformen gezielt auf unbeabsichtigte Belastungen dieser Gruppen zu prüfen.

Kinder genießen dabei besonderen Schutz. Nach Artikel 24, insbesondere Absatz 1, der von Deutschland ratifizierten UN-Kinderrechtskonvention haben sie ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und auf Zugang zu medizinischer Versorgung. Reformmaßnahmen, die den Zugang von Kindern zu notwendiger Versorgung beeinträchtigen, sind auch ethisch besonders kritisch zu bewerten.

Generationengerechtigkeit

Die Finanzierung des Gesundheitssystems ist intergenerationell organisiert: Die erwerbstätige Bevölkerung trägt maßgeblich die Kosten der Versorgung nicht erwerbstätiger Menschen. Auch wenn die GKV keinem Äquivalenzprinzip folgt wie die Rente, beruht ihre Legitimität auf der Erwartung einer verlässlichen solidarischen Absicherung über den gesamten Lebensverlauf hinweg. Nachhaltige Reformen müssen dieses Vertrauensverhältnis zwischen den Generationen berücksichtigen.

Eine dauerhaft instabile und schuldenbasierte Finanzierung verschiebt Lasten in die Zukunft und gefährdet die Versorgung der jüngeren Generationen und erst recht zukünftiger Generationen. Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit sind daher ethische Anforderungen an Reformen, die über kurzfristige Einsparziele hinausgehen.

5.2.4 Verfahrensethische Anforderungen an die Kommissionsarbeit, den politischen Entscheidungsprozess und die Umsetzung der Maßnahmen

Neben inhaltlichen Gerechtigkeitsfragen spielen verfahrensethische Prinzipien eine zentrale Rolle für die Legitimität und Akzeptanz von Reformen im Gesundheitswesen. Dabei sind drei Ebenen zu unterscheiden: Das Verfahren in der FinanzKommission Gesundheit selbst, die politischen Entscheidungsprozesse sowie die praktische Umsetzung von Reformen im Versorgungssystem.

Für die Arbeit der FinanzKommission bedeutet das zunächst, dass relevante Stakeholder und ihre Expertise angemessen zu beteiligen sind, insbesondere jene Gruppen, die von Reformempfehlungen besonders betroffen sind. Dies erfolgte durch eine systematische Befragung aller betroffenen Akteure sowie durch gezielte Expertenanhörungen. Ziel ist es nicht, politische Entscheidungen vorwegzunehmen oder zu legitimieren, sondern den Optionsraum transparent, nachvollziehbar und wissensbasiert aufzubereiten.

Für die politische Entscheidungsfindung gilt das Prinzip der öffentlichen Vernunft: Gründe für Regelungen und Priorisierungen müssen für alle Betroffenen grundsätzlich nachvollziehbar und auf zugängliche und vernünftigerweise akzeptable Gründe, im Sinne von Normen, bezogen sein. Dies gilt in besonderer Weise für Maßnahmen, die mit Belastungen oder Einschränkungen verbunden sind.

Schließlich gelten auch für die Umsetzung von Reformen verfahrensethische Anforderungen. Transparente Regeln, klare Zuständigkeiten und nachvollziehbare Entscheidungsprozesse sind notwendig, um Vertrauen im Versorgungsalltag zu sichern und zu vermeiden, dass Zielkonflikte oder Verzichtsentscheidungen implizit auf die Ebene der Leistungserbringung verlagert werden. Transparenz ist damit nicht nur ein formales Verfahrensprinzip, sondern eine zentrale Akzeptanzbedingung auch für unpopuläre Reformmaßnahmen.

5.2.5 Ethische Spannungslinien unter Bedingungen finanzieller Knappheit

Unter Bedingungen begrenzter Ressourcen treten unvermeidliche Spannungslinien zwischen den oben genannten Anforderungen auf – hier nur einige Beispiele.

- Individuelle Behandlungsansprüche stehen im Spannungsverhältnis zur langfristigen Sicherung der solidarischen Finanzierung
- Anreize für Wirtschaftlichkeit wirken je nach Versorgungsstruktur, zum Beispiel: Stadt -Land, unterschiedlich,

- Wettbewerb steht in einem Spannungsverhältnis zu steuernder Sicherung von Versorgungsgleichheit,
- Belohnung von Eigenverantwortung und gesundheitsförderlichem Verhalten können soziale Ungleichheit verstärken,
- kurzfristige Einsparungen können zudem langfristige Auswirkungen auf Versorgungsqualität und -sicherheit haben, ebenso wie eine stärkere Kostenverantwortung der Industrie auf die Marktverfügbarkeit von Leistungen wirken kann,
- Reformoptionen müssen eine begründbare Nutzen-Preis-Relation berücksichtigen, die sich am nachgewiesenen patientenrelevanten Zusatznutzen orientiert, die Finanzierbarkeit für die Solidargemeinschaft sichert und zugleich hinreichende Anreize für die Entwicklung und Verfügbarkeit wirksamer Therapien wahrt.
- individuelle Wahlfreiheit der Patienten und Steuerungsinstrumenten zur Sicherung von Versorgungsqualität, Effizienz und Finanzierbarkeit

Diese Zielkonflikte lassen sich nicht auflösen, sondern erfordern transparente Abwägungen.

5.2.6 Strukturierung des Optionsraums

Die Einordnung der Reformoptionen orientiert sich an einer Analyse von Effizienzpotenzialen sowie an ihren möglichen Auswirkungen auf Versorgungsqualität und die Verteilung von Zugangs-, Kosten- und Belastungseffekten. Vorrangig werden Maßnahmen identifiziert, die Fehlanreize beseitigen sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung reduzieren und Effizienzreserven erschließen, ohne die Qualität der Versorgung oder den fairen Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung - verstanden als bedarfsangemessener und nichtdiskriminierender Zugang - zu beeinträchtigen. Die ethische Analyse trägt dazu bei, diese Einordnung im Blick zu haben, indem sie insbesondere auf Betroffenheit, Vulnerabilität, Vertrauenswirkungen und ethische Mindestanforderungen aufmerksam macht. Der ethische Rahmen dient der Orientierung und Strukturierung des Optionsraums der FinanzKommission Gesundheit.

5.2.7 Die Rolle der Wissenschaft im politischen Entscheidungsprozess

Wissenschaftliche Expertise ist dort erforderlich, wo es darum geht, Wirkungen abzuschätzen, Risiken zu quantifizieren und Unsicherheiten transparent zu machen. Dabei sollte es das Ziel der Wissenschaft sein, entscheidungsrelevantes Wissen zu liefern, ohne politische Präferenzen vorzugeben. Normative Entscheidungen, die auf Werturteilen, gesellschaftlichen Präferenzen und demokratischer Legitimation beruhen, liegen in der Verantwortung politischer Institutionen und nicht der Wissenschaft. Dies betrifft etwa Entscheidungen über die Priorisierung knapper Mittel oder die Gewichtung von Gesundheitsgewinnen gegenüber anderen gesellschaftlichen Zielen oder die Frage, welches Risiko politisch akzeptabel ist.

Gerade bei den normativen Entscheidungen führt mehr Wissen nicht automatisch zu politischem Konsens – oft sogar im Gegenteil. Daher macht die Kommission an dieser Stelle transparent, dass sie wissenschaftlich informieren und nicht politisch beeinflussen will. In den vielen möglichen Rollen

von Wissenschaft im politischen Entscheidungsprozesses nehmen wir bewusst die des sogenannte „Honest Brokers“, ehrlichen Maklers ein (Pielke 2012), der politische Handlungsoptionen erweitert, aufzeigt welche Möglichkeiten es gibt, welche Konsequenzen die jeweilige Umsetzung hat und zwischen gesichertem Wissen, Unsicherheiten und Werturteilen differenziert.

Wir werden daher im Folgenden explizit von Empfehlungen sprechen und den dabei bestehenden Optionsraum in Abhängigkeit der in Abschnitt 2.2 genannten Kategorien strukturieren.

6 Ausgaben der GKV - Kostentreiberanalysen und Reformempfehlungen

6.1 Übergreifende Reformempfehlungen

6.1.1 Reformempfehlung Nr. 1: Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik – Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege

Hintergrund	Ab dem Jahr 2009 wurde in nahezu allen Sektoren des Gesundheitswesens zunehmend vom Pfad einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik abgewichen. Insbesondere seit 2019 hat sich der Ausgabenanstieg in der GKV sektorenübergreifend deutlich beschleunigt. Gesetzliche Regelungen der vergangenen Jahre haben dabei in fast allen Leistungsbereichen ausgabenbegrenzende Instrumente und Wirtschaftlichkeitsanreize geschwächt.
Reformempfehlung	Die jährlichen Vergütungsanstiege in allen Dienstleistungsbereichen der Gesundheitsversorgung sowie in der Verwaltung werden dauerhaft auf die tatsächlichen Kostensteigerungen im jeweiligen Bereich oder auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V (Grundlohnrate) begrenzt, jeweils der niedrigere Wert gilt. Für die Jahre 2027 bis 2029 wird auf die Grundlohnrate ein zusätzlicher Abschlag von einem Prozentpunkt angewendet. Für Produktmärkte der Gesundheitsversorgung soll dieser Mechanismus analog angewendet werden.
Finanzwirkung	Ca. 5,5 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die GKV unterliegt dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V. Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Vor diesem Hintergrund ist auch der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V zu sehen: Er operationalisiert das Wirtschaftlichkeitsgebot auf Systemebene und dient als zentrales finanzpolitisches Steuerungsinstrument der GKV. Er wurde geschaffen, um sicherzustellen, dass Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern so gestaltet sind, dass Beitragserhöhungen vermieden werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung kann auch nach Ausschöpfung aller Wirtschaftlichkeitsreserven nicht gewährleistet werden (§ 71 Absatz 1 SGB V). Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität dient dabei nicht nur

finanzpolitischen Zielen, sondern auch der sozialen und intergenerationalen Gerechtigkeit, indem er eine Überlastung der Beitragszahlenden begrenzt und die langfristige Funktionsfähigkeit der solidarischen Krankenversicherung sichert.

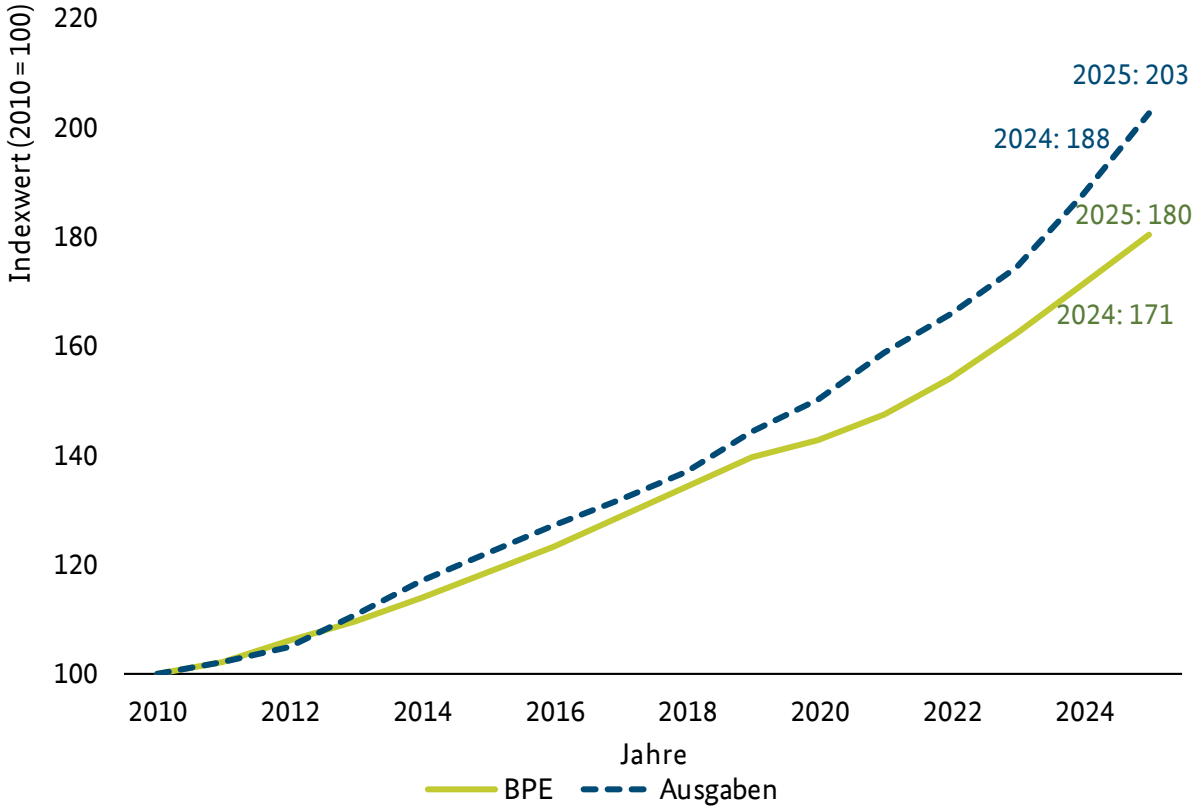
Rechtlich wurde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) im SGB V verankert.

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz (GKV-GRG) erweiterte § 71 SGB V um die Absätze 2 und 3, die die konkrete Anwendung und Vorgaben zur Ermittlung der maßgeblichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied (Grundlohnrate) festlegten. Die Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V wird seit 2001 jährlich durch das BMG festgestellt und bis zum 15. September eines jeden Jahres bekanntgemacht. Sie gibt die durchschnittliche Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied wider, jeweils über den Zeitraum des zweiten Halbjahres des Vorjahres und des ersten Halbjahres des laufenden Jahres im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum.

Seit 2009 wurde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 SGB V, der zuvor weitestgehend eine bereichsübergreifende Orientierung der jährlichen Vergütungsverhandlungen an der Grundlohnrate sicherstellte, sukzessive relativiert und für einzelne Leistungsbereiche durch sektorale, spezialgesetzliche Regelungen ersetzt oder wesentlich eingeschränkt. Grund hierfür war häufig, dass die Regelungen gemäß § 71 SGB V als zu starr wahrgenommen wurden, um Kostenentwicklung, Tarifsteigerungen und Personalbedarf in den jeweiligen Leistungsbereichen angemessen abzubilden und auszugleichen.

Die sukzessive Aushöhlung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität zeigt sich deutlich in der Entwicklung der Indizes für beitragspflichtige Einnahmen und Ausgaben ab 2010 (siehe Abbildung 6.1.1.1), die zugleich der Mittelfristprognose (siehe Kapitel 4) zugrunde liegen. Im Beobachtungszeitraum von 2010 bis 2025 haben sich die Ausgabenvolumina mehr als verdoppelt (Indexwert 203 im Jahr 2025 gegenüber 2010), während die beitragspflichtigen Einnahmen im gleichen Zeitraum nur um das 1,8-fache ihres Ausgangswertes im Jahr 2010 gestiegen sind. Seit 2013 liegt die Gesamtentwicklung der Ausgaben kontinuierlich über der Entwicklung auf der Einnahmenseite. Ab 2019 ist eine weitgehende Entkopplung von Einnahmen und Ausgaben erkennbar, die nahezu alle Leistungsbereiche betrifft und dazu führt, dass die Ausgaben noch wesentlich stärker als die Einnahmen steigen.

Abbildung 6.1.1.1: Indexierte Darstellung der Gesamtentwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) und der Ausgaben in der GKV von 2010 bis 2025



Quelle – KJ1/KV45-Statistik Statistik, KJ1: 2010 bis 2024; 2025: KV45 1.-4. Quartal 2025

Für die beobachtete Entwicklung sind insbesondere gesetzliche Regelungen maßgeblich verantwortlich, die den Grundsatz der Beitragssatzstabilität direkt abgeschwächt haben. Hinzu kommt die Einführung zusätzlicher Vergütungsinstrumente in sämtlichen Leistungsbereichen, allen voran Vergütungszuschläge, die vornehmlich auf Preis- oder Strukturebene mittelbar zur Abschwächung des Prinzips beigetragen haben. Im Folgenden sowie in Tabelle 6.1.1.1 wird eine Auswahl gesetzlicher Maßnahmen dargestellt, die zu einer unmittelbaren Relativierung des Grundsatzes geführt haben.

Tabelle 6.1.1.1: Übersicht zur Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) in den jährlichen Vergütungsvereinbarungen beziehungsweise Preisen ausgewählter Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung

Leistungsbereich	Geltung des § 71 SGB V	Aktuelle Regelung
Krankenhaus – aDRG	Keine volle Geltung seit 2009 (KHRG)	§ 9 Absatz 1b KHEntgG § 10 Absatz 6 KHEntgG
Krankenhaus – PEPP	Keine volle Geltung seit 2013 (PsychEntgG)	§ 9 Absatz 1 Punkt 5 BPflV § 10 Absatz 6 KHEntgG
Krankenhaus – Pflege	Keine Geltung seit 2019 (PpSG)	§ 6a Absatz 4 KHEntgG
Vertragsärztliche Versorgung	Auflockerung seit 2012 (GKV-VStG)	§ 87 Absatz 2e, 2g SGB V
Vertragszahnärztliche Versorgung	Auflockerung seit 2012 (GKV-VStG)	§ 85 Absatz 3 SGB V § 57 Absatz 1 SGB V
Heilmittel	Keine Geltung seit 2017 (HHVG)	§ 125 Absatz 3 SGB V
Medizinische Behandlungspflege	Keine Geltung seit 2019 (PpSG)	§ 132a Absatz 4 SGB V § 132l Absatz 5 SGB V
Vorsorge und Rehabilitation	Keine Geltung seit 2020 (GKV-IPReG)	§ 111 Absatz 5 SGB V § 111c Absatz 3 SGB V
Fahrkosten	Keine Geltung für Gebührensatzungen der Länder beziehungsweise Kommunen	§ 133 Absatz 1 SGB V
Arzneimittel	Kein expliziter Verweis	unter anderem §§ 129, 130a-130c SGB V
Hilfsmittel	Kein expliziter Verweis	unter anderem §§ 36 und 127 SGB V

Quelle: Eigene Darstellung; aDRG – Ausgegliederte Diagnosis Related Groups; KHEntgG – Krankenhausentgeltgesetz; BPflV – Bundespflegesatzverordnung

Krankenhaus

Die Entkopplung der Leistungsausgabenentwicklung vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität erfolgte schrittweise und setzte sich sukzessive über mehrere Leistungsbereiche fort. Im Krankenhausbereich wurde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität bereits mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) im Jahr 2009 erstmals wesentlich eingeschränkt. Danach hatte das BMG dem Statistischen Bundesamt den Auftrag zu erteilen, einen Orientierungswert für Krankenhäuser zu ermitteln, der im Rahmen der jährlichen

Vergütungsverhandlungen die bereichsspezifischen Kostenstrukturen und -entwicklungen sachgerechter abbildet als die Veränderungsrate nach § 71 SGB V.

Der Orientierungswert gemäß § 10 Absatz 6 KHEntgG wurde erstmals für das Jahr 2010 festgelegt. Mit dem Psych-Entgeltgesetz wurde das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eingeführt. Zugleich wurde der Anwendungsbereich des Orientierungswertes gemäß § 10 Absatz 6 KHEntgG auf diesen Entgeltbereich ausgeweitet und der Orientierungswert trat faktisch an die Stelle der Veränderungsrate nach § 71 SGB V als maßgebliche Obergrenze für die jährliche Anpassung der Landesbasisfallwerte.

Im weiteren Verlauf des Jahres 2013 wurde mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.07.2013 (BGBl. I Nr. 38, S. 2423) die sogenannte Meistbegünstigungsklausel gesetzlich verankert. Danach entspricht der maßgebliche Veränderungswert im Krankenhausbereich der Grundlohnrate nach § 71 SGB V, sofern diese den Orientierungswert übersteigt. Im umgekehrten Fall konnte der Veränderungswert die Grundlohnrate um ein Drittel (aDRG-Bereich) beziehungsweise um 40 % (PEPP-Bereich) der Differenz zwischen dem höheren Orientierungswert und der Grundlohnrate übersteigen. In der Praxis ermöglichte die Regelung seit 2020 Anstiege der Landesbasisfallwerte oberhalb der durchschnittlichen Kostenentwicklung (2020 und 2024) oder zwischen 2022 und 2024 oberhalb der Grundlohnrate [2]. Mit dem KHVVG wurde die Anwendung des vollen Orientierungswertes als Obergrenze geregelt, wenn dieser oberhalb der Grundlohnrate liegt.

Einen weiteren tiefgreifenden Systemwechsel brachte das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), das 2019 den krankenhausindividuellen Ist-Kostenausgleich für Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen einführte. In diesem Bereich findet der Grundsatz der Beitragssatzstabilität keine Anwendung.

Darüber hinaus wurde gesetzlich festgelegt, dass die durchschnittlichen Tarifsteigerungen in der somatischen Versorgung zunächst anteilig und ab 2024 rückwirkend vollständig refinanziert werden. In der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung erfolgt hingegen eine anteilige Tarifrefinanzierung. Auch diese Regelungen schwächen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität weiter ab, da sie Anstiege der Landesbasisfallwerte oberhalb der Grundlohnrate ermöglichen. Dabei werden Tarifentwicklungen bereits im Orientierungswert über die Personalkostenentwicklung prospektiv in die Vergütungsverhandlungen einbezogen, wenngleich mit leichter zeitlicher Verzögerung (siehe Abschnitt 6.6.2).

Spätestens seit 2019 wurde in sämtlichen teil- und vollstationären Vergütungsbereichen der Krankenhausversorgung somit die Orientierung an der Grundlohnrate weitgehend zurückgedrängt.

[2] Siehe Abschnitt 6.6.1 für die Finanzwirkung der Meistbegünstigungsklausel im aDRG- und PEPP-Bereich im Zeitraum 2021 bis einschließlich 2025.

Dies hat maßgeblich zu den überdurchschnittlichen Vergütungsanstiegen im Krankenhausbereich in den vergangenen fünf Jahren beigetragen.

Vertragsärztliche Versorgung

Nach dem Krankenhausbereich wurden mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) im Jahr 2012 zwei weitere zentrale Vergütungsbereiche aus der strikten Bindung an die Grundlohnrate gelöst: die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung.

In der vertragsärztlichen Versorgung wird seither jährlich ein bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert (OPW) gemäß § 87 Absatz 2e SGB V zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern vereinbart. Dessen Anpassung hat sich nach § 85 Absatz 2g SGB V an der Entwicklung der für Arztpraxen maßgeblichen Investitions- und Betriebskosten zu orientieren. Dabei sind Wirtschaftlichkeitsreserven sowie Kostendegressionseffekte bei steigenden Fallzahlen zu berücksichtigen. Darüber hinaus können gemäß § 87a Absatz 2 SGB V auf regionaler Ebene Zuschläge auf den OPW vereinbart werden. Diese können regionale Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur sowie die Förderung bestimmter Leistungen oder Leistungserbringer berücksichtigen. Im Ergebnis ist für die Anpassung des OPW als Preiskomponente der Grundsatz der Beitragssatzstabilität anzuwenden, was sich in der Vergangenheit auch darin widerspiegelte, dass der OPW unterhalb der Grundlohnrate verlief (siehe Abbildung 6.3.8.1). Zuschläge, die sich im Rahmen von zusätzlichem Bedarf oder regionalen Anforderungen ergeben, sind allerdings zulässig (Bundessozialgericht 2017) und ermöglichen eine de facto erhöhte Veränderungsrate der Vergütungen.

Durch die sukzessive Entbudgetierung mehrerer Arztgruppen (unter anderem Psychotherapie, Strahlentherapie, Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin) und das Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) im Jahr 2019 wurde zudem der Anteil der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) und die entbudgetierten Leistungen in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) Plus deutlich ausgeweitet. Für EGV-Leistungen, die zuvor noch im Zuge der Vergütungsreform 2009 als separaten Vergütungsbestandteil eingeführt wurden, und die Leistungen, die in der MGV Plus erbracht werden, greift keine mengensteuernde Begrenzung, sodass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität mit steigendem EGV-Anteil weiter abgeschwächt wird (siehe Abbildung 6.3.8.1).

Vertragszahnärztliche Versorgung

Auch im vertragszahnärztlichen Bereich führte das bereits angesprochene GKV-VStG zu einer Lockerung der bis dahin geltenden Grundlohnratenbindung. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist hier gegenwärtig lediglich als zu berücksichtigender, jedoch nicht zwingend maßgeblicher Faktor ausgestaltet. Vielmehr sind bei der jährlichen Veränderung der Gesamtvergütungen insbesondere die Zahl und Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung, die Kosten- und Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit erforderliche Zeitaufwand sowie Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen maßgeblich. Dies gilt sowohl für die

vertragszahnärztliche Versorgung ohne Zahnersatz nach § 85 Absatz 3 SGB V als auch für den Bereich Zahnersatz nach § 57 Absatz 1 SGB V. Die Verläufe der Vergütungsveränderungen im Vergleich zur Grundlohnrate in den vergangenen Jahren deuten allerdings darauf hin, dass in der Praxis eine Ausrichtung an der Grundlohnrate erfolgt.

Weitere Dienstleistungsbereiche

Weitere Dienstleistungsbereiche der Gesundheitsversorgung wurden erst zu einem späteren Zeitpunkt von der strikten Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gelöst. Den Anfang machte der Heilmittelbereich, dessen bisherige Anbindung zunächst zeitbegrenzt durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) aufgehoben wurde. Mit dem bereits angesprochenen TSVG wurde ferner eine Anhebung der zuvor regional vereinbarten Preise auf ein bundeseinheitliches Höchstniveau beschlossen und die Entkopplung verstetigt. Seither werden die Preise für die einzelnen Leistungspositionen in den jeweiligen Heilmittelbereichen auf Bundesebene zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern vereinbart. Nach § 125 Absatz 3 SGB V sind dabei Vergütungen festzulegen, die einen wirtschaftlich zu führenden Praxisbetrieb gewährleisten. Maßgeblich sind insbesondere die Entwicklung der Personal- und Sachkosten sowie die durchschnittlichen laufenden Betriebskosten einer Heilmittelpraxis. Die Geltung von § 71 SGB V wurde für die Preisfestlegung explizit aufgehoben.

Mit dem bereits genannten PpSG von 2019 und dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) wurden zwei weitere Vergütungsbereiche von der Bindung an die Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V gelöst. Im Bereich der medizinischen Behandlungspflege sowie der Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation gilt der Grundsatz des § 71 SGB V seitdem insoweit nicht, als die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen oder entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen verbindlich gefordert wird. Eine solche Vergütung darf nach aktueller Rechtslage nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden (§ 132a Absatz 4 SGB V, § 132l Absatz 5 SGB V, § 111 Absatz 5 SGB V). Angesichts der sehr hohen Personalintensität der genannten Bereiche sowie des Gesundheitssektors insgesamt stellt die vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen in unbegrenzter Höhe keine isolierte Ausnahme dar, sondern entspricht vielmehr einer umfänglichen Aushöhlung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität.

Letztlich richten sich die Gebührensatzungen der Länder beziehungsweise Kommunen bei der Versorgung mit Rettungsdiensten beziehungsweise Krankentransportleistungen nicht nach dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität (Bundesrechnungshof 2018b; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2023) gemäß § 71 SGB V, während dieser Grundsatz für Verträge, die von Krankenkassen oder ihren Landesverbänden geschlossen werden, weiterhin gilt. Hier besteht daher eine Ungleichbehandlung zwischen beiden Preissetzungsmechanismen mit finanziellen Folgen zulasten der GKV.

Arzneimittel- und Hilfsmittelmarkt

Im Arzneimittel- und Hilfsmittelmarkt bestehen eigenständige Instrumente der Ausgabenbegrenzung, etwa Herstellerabschläge für Arzneimittel nach § 130a SGB V, Festbeträge für Arzneimittel und Hilfsmittel nach § 35 SGB V und § 36 SGB V, Rabattverträge für Arzneimittel nach § 130a Absatz 8 SGB V, Verträge für Hilfsmittel nach § 127 SGB V oder die bundesweiten Preis- beziehungsweise Rahmenvereinbarungen für Arzneimittel, insbesondere durch § 130b SGB V. Diese Mechanismen wirken zwar kostendämpfend, enthalten jedoch keine systematische Dynamisierung anhand der Einnahmenentwicklung der GKV und sind daher nicht an die Grundlohnrate gekoppelt. Sie verfolgen primär wettbewerbliche und preisregulatorische Steuerungsansätze, ohne eine regelhafte Synchronisierung von Ausgaben- und Einnahmenentwicklung sicherzustellen.

Verwaltungskosten der Krankenkassen

Für die Krankenkassen gilt das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 4 Absatz 4 SGB V, das eine zweckmäßige, ausreichende und wirtschaftliche Mittelverwendung vorschreibt, jedoch keine explizite Orientierung am Grundsatz der Beitragssatzstabilität vorsieht. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, insbesondere der Preiswettbewerb, scheint jedoch dazu zu führen, dass die Verwaltungskosten in den vergangenen Jahren mit durchschnittlich 2,3 % pro Jahr unterhalb der Grundlohnrate (GLR) gewachsen sind (siehe Abschnitt 6.13.1).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass seit 2009 zahlreiche gesetzliche Änderungen die Bindung der Vergütungsverhandlungen an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität schrittweise abgeschwächt haben. Seit 2019 hat die nahezu vollständige Entkopplung der meisten Leistungsbereiche zu überproportionalen Vergütungs- und Preissteigerungen geführt, die die finanzielle Lage der GKV erheblich belasten. Ohne eine sektorenübergreifende Anbindung der Vergütungen an die Grundlohnrate ist die langfristige Tragfähigkeit des Systems strukturell gefährdet.

Reformempfehlung

Um die Stabilität der GKV-Beiträge dauerhaft zu sichern, empfiehlt die Kommission folgendes Maßnahmenpaket, das aus wesentlichen Einzelmaßnahmen besteht, die im Weiteren einzeln erläutert werden:

1. Begrenzung der Vergütungsanstiege auf die Kostensteigerungen im jeweiligen Leistungsbereich, wobei die Grundlohnrate als verbindliche Obergrenze dient
2. Befristete Anwendung eines Abschlags auf die Grundlohnrate für die Jahre 2027 bis 2029 in Höhe von 1 Prozentpunkt
3. Vergütungsverhandlungen legen nur Veränderungsraten der Vergütungen und nicht Vergütungsniveaus fest
4. Schaffung von Grundlagen für repräsentative Kostenerhebungen in allen Dienstleistungsbereichen.

Zu 1. Begrenzung der Vergütungsanstiege auf die Kostensteigerungen im jeweiligen Leistungsbereich, wobei die Grundlohnrate als verbindliche Obergrenze dient

Die Kommission empfiehlt die jährlichen Vergütungsanstiege in sämtlichen Leistungsbereichen sowie im Verwaltungsbereich dauerhaft auf die tatsächlichen Kostensteigerungen im jeweiligen Bereich (Kostenindex) oder auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V zu begrenzen, wobei jeweils der niedrigere Wert maßgeblich ist. Sofern derzeit kein Kostenindex für einen Leistungsbereich besteht, ist die Vergütung auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V zu begrenzen. Von der Regelung sind unter anderem auch Bereiche wie Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V, die ambulante spezialfachärztliche und die hausarztzentrierte Versorgung nach § 116b beziehungsweise § 73b SGB V, vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115a SGB V sowie Modellvorhaben und besondere Versorgungsformen nach § 63 beziehungsweise § 140a SGB V betroffen, die von den zentralen Vergütungs- und Abrechnungsmechanismen ihres jeweiligen Leistungsbereichs abweichen. Die Aufzählung ist nicht abschließend: Die Regelung gilt vollumfänglich für alle Vergütungsbereiche innerhalb der jeweiligen Leistungssektoren.

Für Leistungsbereiche mit bisher vorgesehener vollständiger oder anteiliger Tarifrefinanzierung, wird eine parallele Streichung der Tarifrefinanzierung empfohlen, da andernfalls die Finanzwirkung dieser Empfehlung abgeschwächt würde (siehe Abschnitte 6.6.2 und 6.10.2).

Für die Produktmärkte Arzneimittel und Hilfsmittel sollte die Regelung analog zur Anwendung kommen. Im Bereich der Arzneimittelversorgung empfiehlt die Kommission hierzu die Einführung eines dynamischen Herstellerabschlags (siehe Abschnitt 6.7.2). Für den Hilfsmittelbereich empfiehlt sie die Verankerung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im § 127 SGB V als Orientierungsmaßstab für die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Das bedeutet, dass auch im Hilfsmittelbereich die neu zu vereinbarenden Vergütungen in den Rahmenverträgen und Einzelvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern höchstens bis zur Grundlohnrate ansteigen dürfen, abzüglich eines Abschlags von 1 Prozentpunkt für die Jahre 2027 bis 2029.

Zu 2. Befristete Anwendung eines Abschlags auf die Grundlohnrate für die Jahre 2027 bis 2029 in Höhe von 1 Prozentpunkt

Für die Jahre 2027 bis 2029 empfiehlt die Kommission zudem, auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V zusätzlich einen Abschlag von einem Prozentpunkt anzuwenden. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die beitragspflichtigen Einnahmen zeitverzögert auf inflationsbedingte Entwicklungen reagieren, während die Betriebskostensteigerungen in den Leistungsbereichen schneller erfolgen. Das bedeutet, dass die inflationsbedingten Betriebskostensteigerungen in den vergangenen Jahren in den jährlichen Verhandlungen bereits berücksichtigt wurden, während die beitragspflichtigen Einnahmen erst in den kommenden Jahren entsprechend steigen werden. Für die Jahre 2027 bis 2029 werden daher Grundlohnraten erwartet, die deutlich oberhalb des langjährigen Durchschnitts liegen. Ohne Abschlag von einem Prozentpunkt

würde es zu unverhältnismäßigen Vergütungssteigerungen, selbst bei Umsetzung der Reformempfehlung zur Anbindung an die Grundlohnrate als Obergrenze, kommen. Da die Empfehlung außerdem in erster Linie auf die Vergütungskomponente bei der Leistungserbringung abzielt, aber nicht auf die erbrachten Leistungsmengen, kann die tatsächliche Ausgabenentwicklung in den jeweiligen Bereichen auch weiterhin über der Einnahmenentwicklung liegen. Der Abschlag trägt daher dazu bei, diesen Effekt deutlich abzumildern. Die Reformempfehlung wirkt daher nicht wie ein Globalbudget, was den Vorteil bietet, dass Freiraum für Innovationsfähigkeit sowie unvorhergesehene Mengenentwicklungen erhalten bleibt. Der befristete Abschlag trägt somit dazu bei, die beiden Effekte – zeitverzögerte, inflationsbedingte Einnahmeneffekte und mögliche Mengenentwicklungen – deutlich abzumildern.

Zu 3. Vergütungsverhandlungen legen nur Veränderungsraten der Vergütungen und nicht Vergütungsniveaus fest

Des Weiteren empfiehlt die Kommission, dass im Rahmen der jährlichen Vergütungsvereinbarungen ausschließlich Veränderungsraten der Vergütungen (wie beispielsweise bisher in der voll- und teilstationären Versorgung ohne Pflegepersonalkosten und in der vertragsärztlichen Versorgung) vereinbart werden dürfen, während die Festsetzung von Vergütungsniveaus (wie auszuhandelnde Preise im Heilmittelbereich) ausgeschlossen wird.

Zu 4. Schaffung von Grundlagen für repräsentative Kostenerhebungen in allen Dienstleistungsbereichen

Um eine Begrenzung der Vergütungsanstiege auf die tatsächliche Kostenentwicklung im jeweiligen Bereich zu ermöglichen und eine Gleichbehandlung der Leistungsbereiche herzustellen, empfiehlt die Kommission mittel- bis langfristig, in allen Dienstleistungsbereichen der Gesundheitsversorgung die Grundlagen für repräsentative Kostenerhebungen der Leistungserbringer zu schaffen, die als Kostenindizes der Betriebsführung im jeweiligen Bereich in die jährlichen Vergütungsverhandlungen einfließen sollen. Das bedeutet, dass jährlich ein automatisierter Kostenindex aus einem Warenkorb von Produkten und Dienstleistungen berechnet werden sollte, die für den jeweiligen Sektor relevant sind (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, 2023). Ziel sollte dabei sein, dass diese Kostenindizes transparent von einem unabhängigen Institut oder einer entsprechenden Behörde ermittelt werden. Der derzeit auf Bundesebene ermittelte Kostenorientierungswert nach § 10 Absatz 6 KHEntgG kann bereits als Vorarbeit für einen vollständigen Warenkorb betrachtet werden. Kurzfristig empfiehlt es sich jedoch, pragmatisch auf bestehende Indizes zurückzugreifen, etwa auf die Kostenorientierungswerte der stationären und vertragsärztlichen Versorgung, sodass eine Umsetzung bereits zum Jahr 2027 möglich ist.

Mit dem empfohlenen Maßnahmenpaket wird zum einen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in allen relevanten Bereichen und damit das Grundprinzip der Kopplung der Ausgabenentwicklung an die Einnahmenentwicklung wiederhergestellt oder erstmalig etabliert. Zum anderen wird parallel dazu der bisher nur in einzelnen Leistungsbereichen vorgesehene Ansatz sektorenübergreifend umgesetzt, dass Vergütungsanstiege zusätzlich an die tatsächliche Kostenentwicklung im jeweiligen

Sektor gekoppelt werden. Da die Vergütungssteigerungen auf den jeweils niedrigeren Wert begrenzt werden (das heißt Kostenentwicklung oder Grundlohnrate), wird die vergütungsbedingte Ausgabendynamik nachhaltig mit der tatsächlichen Betriebskostenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich beziehungsweise mit der Einnahmenentwicklung in Einklang gebracht.

Geschätzte Finanzwirkung

Zur Schätzung der Finanzwirkungen ist eine differenzierte Vorgehensweise erforderlich, die den jeweils geltenden Vergütungsregelungen und Preisbildungsmechanismen in den einzelnen Leistungsbereichen Rechnung trägt. In der folgenden Tabelle 6.1.1.2 sind die geschätzten Finanzwirkungen je Leistungsbereich dargestellt. Die Herleitung der geschätzten Volumina wird im Anschluss einzeln erläutert.

Tabelle 6.1.1.2: Übersicht zur geschätzten Finanzwirkung der Reformempfehlung in Mrd. € für die Jahre 2027 und 2030 je Leistungsbereich[3]

Leistungsbereich	2027	2030
Krankenhaus – alle Vergütungsbereiche	2,1 Mrd. €	6,6 Mrd. €
Vertragsärztliche Versorgung[4]	0,0 Mrd. €	0,0 Mrd. €
Vertragszahnärztliche Versorgung	0,2 Mrd. €	0,5 Mrd. €
Heilmittel	0,2 Mrd. €	1,0 Mrd. €
Medizinische Behandlungspflege	0,2 Mrd. €	0,8 Mrd. €
Vorsorge und Rehabilitation	0,2 Mrd. €	0,8 Mrd. €
Fahrkosten	0,3 Mrd. €	1,6 Mrd. €
Arzneimittel	2,3 Mrd. €	5,2 Mrd. €
Hilfsmittel[5]	0,0 Mrd. €	0,0 Mrd. €
Verwaltungskosten	0,0 Mrd. €	0,1 Mrd. €
Insgesamt	**5,5 Mrd. €**	**16,6 Mrd. €**

Quelle: Eigene Darstellung

In Dienstleistungsbereichen, in denen jährlich Preiskomponenten – insbesondere Veränderungen der Basisentgelte oder Gesamtvergütungen – verhandelt werden, wird die voraussichtliche Differenz zwischen den prognostizierten Veränderungswerten im jeweiligen Leistungsbereich und der prognostizierten Grundlohnrate ermittelt. Maßgeblich ist jeweils der niedrigere Wert. Dieser Ansatz findet Anwendung auf sämtliche teil- und vollstationären Vergütungsbereiche der Krankenhausversorgung sowie auf die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung. Der sich ergebende Differenzbetrag wird auf das geschätzte Leistungsvolumen des jeweiligen Bereichs angewendet. Für die Jahre 2027 bis 2029 wird die erwartete Grundlohnrate um einen Prozentpunkt abgesenkt.

---

[3] Die in der Übersicht ausgewiesenen Beträge berücksichtigen nicht sämtliche betroffenen Vergütungsbereiche (beispielsweise ambulante spezialfachärztliche und hausarztzentrierte Versorgung oder vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung), da entsprechende Einsparpotenziale derzeit nicht belastbar quantifiziert werden können. Die ausgewiesenen Effekte stellen folglich ein Mindestpotenzial dar.

[4] Der für die vertragsärztliche Versorgung ausgewiesene Wert beruht auf methodischen Einschränkungen bei der Quantifizierung, insbesondere in kleineren Vergütungsbereichen mit Direktabrechnung gegenüber den Kostenträgern (beispielsweise hausarztzentrierte und spezialfachärztliche Versorgung). Aufgrund der bestehenden Vergütungsmechanismen ist jedoch davon auszugehen, dass tatsächlich positive Einspareffekte entstehen.

[5] Der für den Bereich der Hilfsmittelversorgung ausgewiesene Wert beruht auf methodischen Einschränkungen bei der Quantifizierung. In der Gesamtbetrachtung konnten nur durchschnittliche Preissteigerungen in den Hilfsmittelverträgen berücksichtigt werden. Einsparpotenziale in höherpreisigen oder dynamischen Vertragssegmenten bei Neuverhandlungen sind derzeit nicht quantifizierbar. Es ist jedoch davon auszugehen, dass tatsächlich positive Einspareffekte entstehen.

Im Krankenhausbereich werden die Veränderungen der Kostensteigerungen im somatischen Sektor – abgebildet durch den vom Statistischen Bundesamt jährlich zu ermittelnden Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 KHEntgG – mit der Grundlohnrate verglichen. Im vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Bereich werden die jährlichen Entwicklungen des OPW gemäß § 87 Absatz 2e und 2g SGB V sowie der Vergütungen gemäß § 85 Absatz 3 SGB V der Grundlohnrate abzüglich des Abschlags gegenübergestellt. Die Vergütungsanpassungen werden auf den jeweils niedrigeren Wert begrenzt.

Krankenhaus

Im Krankenhausbereich ergibt sich für das Jahr 2027 eine Finanzwirkung von rund 2,1 bis 2,7 Mrd. € bei gleichzeitiger Umsetzung der Reformempfehlung in allen teil- und vollstationären Vergütungsbereichen (aDRG, PEPP und Pflege). Aufgrund der dämpfenden Effekte auf die jährlichen Vergütungsanpassungen wächst der kumulierte Entlastungsbetrag bis 2030 voraussichtlich auf 6,6 bis 8,6 Mrd. € an. Den größten Anteil daran haben das Aussetzen der Tarifrefinanzierung sowie der Meistbegünstigungsklausel im aDRG- und PEPP-Bereich: Für 2027 wird hier ein Volumen von rund 1,6 bis 2,1 Mrd. Euro veranschlagt; bis 2030 summiert sich der Effekt auf etwa 5 bis 5,7 Mrd. Euro. Der verbleibende Anteil entfällt auf den Pflegebereich. In der Übersichtstabelle Tabelle 6.1.1.2 wurden gemäß dem Vorsichtsprinzip die unteren Grenzen der erwarteten Finanzwirkungen zugrunde gelegt.

Vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung

Im vertragsärztlichen Bereich ist dagegen nicht davon auszugehen, dass die Veränderungsraten des OPW die Grundlohnrate übersteigen; ein Einspareffekt durch eine Begrenzung der OPW-Anstiege ist daher voraussichtlich nicht zu erwarten. Dies gilt jedoch nicht für kleinere, direkt abrechnende Vergütungsbereiche (beispielsweise hausarztzentrierte und spezialfachärztliche Versorgung), da dort methodisch bedingt potenziell positive Effekte derzeit nicht quantifizierbar sind. Eine flächendeckende Beteiligung des vertragsärztlichen Bereichs ergibt sich daraus jedoch nicht. Die Ausgabensteigerungen im vertragsärztlichen Bereich resultieren überwiegend aus Erweiterungen der EGV und der Einführung der MGV Plus. Um den vertragsärztlichen Leistungsbereich finanziell an einer wirksamen Begrenzung der Vergütungsanstiege gezielter zu beteiligen, empfiehlt die Kommission, unter anderem die Ausgabensteigerungen in der EGV – bis eine Neuordnung der Systematik von EGV und MGV erfolgt ist – an eine analoge Obergrenze der Vergütungsanstiege zu koppeln (siehe Abschnitt 6.3.8).

Im vertragszahnärztlichen Bereich wird für 2027 ein Einsparpotenzial von rund 155 Mio. € geschätzt, das bis 2030 auf etwa 481 Mio. € anwachsen dürfte.

Weitere Dienstleistungsbereiche

In den Dienstleistungsbereichen, in denen keine gesetzlich vorgeschriebene Anpassung von Basisentgelten oder Gesamtvergütungen erfolgt, sondern jährlich auskömmliche Vergütungsniveaus

vereinbart werden, wird die Differenz zwischen der prognostizierten jährlichen Wachstumsrate der vereinbarten Vergütungen und der prognostizierten Grundlohnrate – für die Jahre 2027 bis 2029 jeweils vermindert um einen Prozentpunkt – ermittelt. Maßgeblich ist wiederum der jeweils niedrigere Wert. Dieses Verfahren findet Anwendung im Heilmittelbereich sowie bei Fahrkosten, Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation, der medizinischen Behandlungspflege und bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen. Aufgrund der im Vergleich überdurchschnittlich hohen Ausgabendynamik im Heilmittelbereich wird für das Jahr 2027 zudem ein Preismoratorium empfohlen (siehe Abschnitt 6.5.2).

Da in den genannten Leistungsbereichen die vereinbarten Vergütungssteigerungen voraussichtlich oberhalb der um einen Prozentpunkt geminderten Grundlohnrate liegen, bildet diese die verbindliche Obergrenze für künftige Vergütungsanpassungen. Für das Jahr 2027 wird hieraus über alle betroffenen Bereiche hinweg eine Finanzwirkung von rund 930 Mio. € erwartet. Den größten Beitrag leisten dabei die Fahrkosten mit voraussichtlich 324 Mio. €, gefolgt von der Vorsorge- und Rehabilitation (231 Mio. €), der medizinischen Behandlungspflege (190 Mio. €) sowie der Heilmittelversorgung (186 Mio. €). Bis zum Jahr 2030 verstärkt sich der kumulierte Effekt im Bereich der Fahrkosten auf rund 1,6 Mrd. €. Für die Heilmittelversorgung wird ein kumulierter Einspareffekt von etwa 1 Mrd. € erwartet. In der Vorsorge und Rehabilitation summiert sich die Finanzwirkung bis 2030 auf rund 847 Mio. €, in der medizinischen Behandlungspflege auf etwa 768 Mio. €. In den Leistungsbereichen Vorsorge und Rehabilitation sowie in der medizinischen Behandlungspflege ist die Streichung der Tarifrefinanzierung bereits beinhaltet.

Verwaltungskosten der Krankenkassen

Bei den Verwaltungskosten ergibt sich nur ein begrenztes Einsparpotenzial, da die persönlichen und sächlichen Verwaltungsausgaben (zusammen Bruttoverwaltungsausgaben) wie in der Vergangenheit voraussichtlich auch künftig deutlich unterproportional zur Entwicklung der Gesamtausgaben wachsen. Erst für das Jahr 2028 wird hier ein Einsparvolumen von rund 19 Mio. € erwartet, das bis 2030 auf ca. 68 Mio. € aufwachsen könnte. In dieser Quantifizierung sind die Einsparungen einzelner Krankenkassen berücksichtigt, deren Anstieg der Bruttoverwaltungsausgaben ohne eine Ausgabenbegrenzung die Grundlohnrate abzüglich des Abschlags von 1 Prozentpunkt überstiegen hätte.

Arzneimittel- und Hilfsmittelmarkt

Für die Arzneimittel wird die Finanzwirkung über die Modellierung dynamischer Herstellerabschläge (siehe Abschnitt 6.7.2) abgebildet. Sie wirken analog zur Grundlohnrate in den Dienstleistungsbereichen, indem sie die jährlichen Wachstumsraten der Preisgrößen über mehrere Jahre bremsen und gleichzeitig antizyklisch wirken, um überdurchschnittliche Preissteigerungen abzufedern. Für den Arzneimittelmarkt ergibt sich aus der Anwendung dynamischer Herstellerabschläge eine Finanzwirkung von rund 2,3 Mrd. € im Jahr 2027. Bis zum Jahr 2030 steigt der kumulierte Effekt kontinuierlich auf rund 5,2 Mrd. € an.

Im Bereich der Schutzimpfungen gibt es darüber hinaus Produkte mit stark steigenden Preisen, die wesentlich zur Ausgabendynamik beitragen. Um diese Entwicklung zu adressieren, empfiehlt die Kommission, insbesondere die Einführung eines Preismoratoriums (siehe Abschnitt 6.7.9).

Im Hilfsmittelbereich ist durch die Maßnahme voraussichtlich kein nennenswerter Einspareffekt für die Jahre 2027 bis 2030 quantifizierbar, da die Preisanpassungen in den Verträgen nach § 127 SGB V in diesem Zeitraum im Durchschnitt voraussichtlich unterhalb der Grundlohnrate liegen würden. Gleichwohl sind dämpfende, derzeit schwer quantifizierbare Effekte zu erwarten, da die Kopplung an die Grundlohnrate insbesondere in höherpreisigen beziehungsweise dynamischen Vertragssegmenten bei Neuverhandlungen wirksam wird, selbst wenn die durchschnittlichen Steigerungsraten insgesamt unterhalb der Grundlohnrate liegen. Um den Hilfsmittelbereich darüber hinaus finanziell an einer wirksamen Vergütungsdisziplin zu beteiligen, empfiehlt die Kommission beispielsweise die Wiedereinführung von Ausschreibungen für Hilfsmittel und die gerichtsfeste Kalkulation von Festbeträgen (siehe Abschnitt 6.8.2).

In der Gesamtbetrachtung lassen sich durch die Reformempfehlung im Jahr 2027 schätzungsweise rund 5,5 Mrd. Euro an Beitragsmitteln bereichsübergreifend einsparen. Über die dauerhafte Begrenzung der Vergütungsanstiege würde dies bis 2030 zu einem kumulierten Einsparvolumen von etwa 16,6 Mrd. Euro führen. Vor dem Hintergrund einer prognostizierten Finanzierungslücke in der GKV von 15,3 Mrd. Euro im Jahr 2027, die bis 2030 voraussichtlich auf 40,4 Mrd. Euro anwachsen würde, ist die Umsetzung der Maßnahme zur Stabilisierung der GKV-Finanzen essentiell. Sie trägt unter umfassender Berücksichtigung der Leistungsbereiche und Verwaltungsausgaben mit mehr als einem Drittel zur Schließung der Finanzierungslücke im Jahr 2027 bei. Durch die dauerhafte Bremsung der Vergütungsanstiege mit aufwachsendem Entlastungsvolumen steigt der Beitrag der Maßnahme an der zu schließenden Finanzierungslücke bis 2030 auf über 40 %, sodass ohne diese Maßnahme das Ziel einer stabilen Finanzlage kaum erreichbar wäre.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Reformempfehlung ist kurzfristig umsetzbar und kann mit Wirkung zum 1. Januar 2027 gesetzlich verankert werden. Voraussetzung ist, dass die gesetzliche Regelung vor Beginn der jährlichen Vergütungsverhandlungen für das Folgejahr verabschiedet wird, die in der Regel ab Oktober 2026 beginnen. Hierfür bedarf es keiner strukturellen Neuordnung der Vergütungssysteme, sondern einer Anpassung der bestehenden bereichsspezifischen Fortschreibungsregelungen. Die vorgeschlagene Begrenzung der Vergütungsdynamik ist dauerhaft anzuwenden, um eine strukturelle Rückbindung der Ausgabenentwicklung an die Finanzierungsgrundlagen sicherzustellen und die bestehende Finanzlücke wirksam zu adressieren.

Normativ ist hierzu vorzusehen, dass die jährlichen Vergütungsanpassungen verbindlich auf die tatsächliche Kostenentwicklung oder auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V, für die Jahre 2027 bis 2029 abzüglich eines Prozentpunktes, begrenzt werden, wobei jeweils der niedrigere Wert maßgeblich ist. Für Bereiche, die derzeit über keine Kostenindizes verfügen, gilt ersatzweise nur die Grundlohnrate abzüglich des Abschlags um einen Prozentpunkt. Sobald in diesen Leistungsbereichen objektive Kostenindizes etabliert wurden, sind diese in die jeweiligen Vergütungsverhandlungen als begrenzender Faktor mit zu berücksichtigen. Eine Frist zur Schaffung der Kostenindizes sollte im Gesetz vorgesehen werden.

- Im Bereich der stationären Versorgung sind hierfür die bestehenden Regelungen in § 9 Absatz 1b KHEntgG, § 9 Absatz 1 Nummer 5 BPflV sowie § 6a Absatz 4 KHEntgG entsprechend anzupassen.
- In der vertragsärztlichen Versorgung sind die Bestimmungen nach § 87 Absatz 2e und 2g SGB V entsprechend zu modifizieren.
- Für die vertragszahnärztliche Versorgung ist § 85 Absatz 3 SGB V anzupassen.
- Im Heilmittelbereich bedarf es einer entsprechenden Änderung des § 125 Absatz 3 SGB V.
- Für die medizinische Behandlungspflege sind § 132a Absatz 4 SGB V und § 132l Absatz 5 SGB V anzupassen.
- Im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind §§ 111 Absatz 5 und 111c Absatz 3 SGB V entsprechend zu ändern.
- Für die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen ist schließlich eine entsprechende Begrenzung über eine Ergänzung des § 4 Absatz 4 SGB V vorzunehmen.
- Bei den Fahrkosten im Bereich Rettungsdienst/Krankentransportleistungen ist § 133 Absatz 1 SGB V dahingehend anzupassen, dass die Begrenzung auch für die landesrechtlichen und kommunalen Festlegungen für die Entgelte der Krankentransporte gelten. Somit wird in diesem Bereich eine Gleichberechtigung beider Vergütungsfestlegungsvarianten (siehe Abschnitt 6.11.1) erreicht.
- Im Arzneimittelbereich ist in § 130b Absatz 1 SGB V einen dynamischen Herstellerabschlag gemäß der Reformempfehlung aus Abschnitt 6.7.2 aufzunehmen.
- Im Hilfsmittelbereich ist die Orientierung an den § 71 SGB V im § 127 SGB V vorzugeben.

Auch für Vergütungsbereiche, die hier nicht explizit benannt wurden (beispielsweise hausarztzentrierte Versorgung, Hochschulambulanzen, vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung), greift die Regelung; im Falle einer Umsetzung ist zu prüfen, an welcher Stelle der rechtlichen Grundlage der Grundsatz der Beitragssatzstabilität am besten verankert werden kann.

Auswirkungen auf die Versorgung

In den meisten Leistungsbereichen liegen bislang keine belastbaren Indizes zur Betriebskostenführung vor, sodass in der Vergangenheit unklar war, ob die gezahlten Vergütungen nicht über dem Niveau lagen, das für den Betrieb und die Sicherstellung der Versorgung erforderlich gewesen wäre. In einzelnen Bereichen, wie etwa der Krankenhausversorgung, ist eine Überkompensierung der Betriebskostenentwicklung inzwischen eher der Regelfall – etwa durch die Meistbegünstigungsklausel oder Tarifrefinanzierungen. Ein direkter Zusammenhang zwischen zusätzlich bereitgestellten Beitragsmitteln und deren Einsatz – und damit einem potenziellen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität – lässt sich in Phasen expansiver Ausgabenpolitik bislang nicht nachweisen. Daraus folgt: Es existieren bisher keine Anhaltspunkte, dass der Wegfall von Beitragsmitteln, die über die Betriebskosten- und Einnahmenentwicklung hinaus gezahlt werden, zu einer Verschlechterung der Versorgung führen wird.

Die zentralen Determinanten der Versorgungsqualität sind struktureller Natur. Hierzu zählen insbesondere Mindestmengenregelungen, die Bindung an evidenzbasierte Leitlinien sowie Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität. Auch institutionalisierte Qualitätssicherungssysteme – etwa durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) – prägen maßgeblich das Qualitätsniveau der Versorgung. Diese Faktoren werden nicht über die Höhe jährlicher Vergütungssteigerungen gesteuert. Eine sektorenübergreifende Umsetzung der Reformempfehlung greift daher ausschließlich in die Ausgabendynamik ein und lässt die bestehenden regulatorischen Instrumente der Qualitätssteuerung unberührt.

Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen könnte die Attraktivität der betroffenen Berufe mindern, da finanzielle Anreize ein wichtiger Faktor bei der Berufswahl und dem Verbleib im Beruf sind. Insbesondere im Vergleich zu anderen Industrien oder Gesundheitsbereichen außerhalb der GKV, in denen gegebenenfalls die Vergütungen stärker steigen, könnten betroffene Berufe für neue und bestehende Fachkräfte weniger attraktiv wirken. Somit kann die Regelung mittelbar die Zahl der Leistungserbringer, die Versorgungsdichte und -kapazitäten sowie den Patientenzugang beeinflussen. In der Vergangenheit sind die Vergütungen im Gesundheitswesen allerdings tendenziell und teils deutlich stärker gestiegen als in anderen Branchen, beispielsweise in Pflegeberufen.

Zudem ist zu hervorzuheben, dass die Reformempfehlung so konzipiert ist, dass mit der Festlegung der Grundlohnrate als Obergrenze weiterhin Lohnzuwächse im Gesundheitswesen im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung möglich sind, sofern die Kostenentwicklung im

Leistungsbereich nicht unterhalb der Grundlohnrate liegt. Es ist davon auszugehen, dass diese Regel auch disziplinierend wirkt, so dass es künftig unwahrscheinlich erscheint, dass die Kostenentwicklung oberhalb der Grundlohnrate liegt. Damit werden Vergütungssteigerungen analog zu den Tarifabschlüssen anderer Branchen ermöglicht, wodurch die Reform eine Balance zwischen Kostenbegrenzung und Attraktivität der Berufe schafft.

Des Weiteren wirkt die geplante Regelung sektorenübergreifend nach vergleichbaren Kriterien, sodass die relativen Unterschiede zwischen den Leistungssektoren der GKV weitgehend bestehen bleiben. Daher verschiebt sich die Attraktivität der Berufe zwischen den Sektoren aufgrund dieser Regelung nicht grundlegend.

Schließlich ist durch die kriterienbasierte Begrenzung der Vergütungen nicht automatisch mit geringeren Verdienstmöglichkeiten der betroffenen Berufe zu rechnen. Historische Vergütungssteigerungen haben in vielen Leistungsbereichen die Betriebseinnahmen und somit Umsätze stärker erhöht als die tatsächlichen Einkünfte angestellter Fachkräfte. Insbesondere Praxisinhaber, Hersteller und Träger von Einrichtungen konnten von diesen Vergütungszuwächsen überproportional profitieren, während die Einkommen angestellter Mitarbeitender im Verhältnis zu den Umsatz- beziehungsweise Budgetsteigerungen deutlich geringer stiegen (siehe beispielsweise Abschnitte 6.5.2 und 6.6.3). Vor diesem Hintergrund dürfte eine Begrenzung der Vergütungsanstiege die tatsächlichen Einkommen der Angestellten nur begrenzt betreffen, da diese in der Vergangenheit lediglich anteilig von Vergütungszuwächsen profitiert haben, während der Großteil der zusätzlichen Vergütungsmittel bei den Einrichtungen verblieb.

Verteilungs- und Belastungseffekte

§ 71 SGB V fand historisch im Wesentlichen auf solche Leistungsbereiche Anwendung, in denen Vergütungen auf Landes- oder Bundesebene regelmäßig ausgehandelt werden und damit einer unmittelbaren Steuerung unterliegen. Die vorliegende Reformempfehlung knüpft an diesen ordnungspolitischen Ausgangspunkt an und verleiht dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität in diesen Bereichen erneut verbindliche Wirkung. Zugleich wird seine Reichweite über eine analoge Anwendung auf den Arzneimittel- und Hilfsmittelmärkten faktisch ausgeweitet, indem auch dort eine stärkere Orientierung an der Einnahmenentwicklung der GKV hergestellt wird. Dies erhöht gleichzeitig die Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Sektoren. Schließlich bezieht die vorgesehene Begrenzung des Verwaltungskostenanstiegs die Krankenkassen selbst in die Konsolidierungsanstrengungen ein und sorgt damit für eine systemweit kohärente Umsetzung des Stabilitätsgedankens auf Ebene der Leistungserbringer und Kostenträger. Die Finanzwirkung der Reformempfehlung fällt dabei zwar über die einzelnen Leistungsbereiche unterschiedlich hoch aus. Die zugrunde liegenden Kriterien sind jedoch vergleichbar, sodass eine grundsätzliche Gleichbehandlung der Bereiche gewährleistet ist.

Insbesondere in der Wahrnehmung wären dennoch jene Bereiche überproportional betroffen, in denen ohne die Reformempfehlung über einen längeren Zeitraum Vergütungssteigerungen oberhalb

der tatsächlichen Kosten- und Grundlohnrateentwicklung ermöglicht würden. Ebenso wären die Effekte in Bereichen spürbar, in denen ohne die Reformempfehlung weiterhin Vergütungsniveaus verhandelt und überdurchschnittliche Steigerungsraten erzielt würden.

In der Praxis müssten Leistungserbringer Überschreitungen der durchschnittlichen Kostenentwicklung in ihrem Bereich, die über die Entwicklung der GKV-Einnahmen hinausgehen, eigenständig managen – beispielsweise durch interne Budgetsteuerung, den Aufbau und Einsatz von Rücklagen, Anpassungen bei Personal- oder Materialeinsätzen, Liquiditätsplanung oder gezielte Effizienzmaßnahmen.

Die Maßnahme stärkt die Generationengerechtigkeit, indem sie sicherstellt, dass die Ausgaben der Gesundheitsversorgung nicht systematisch über die verfügbaren Mittel hinauswachsen. Überproportionale Vergütungs- und Preissteigerungen gefährden die langfristige Finanzierbarkeit der GKV und belasten damit sowohl gegenwärtige als auch zukünftige Beitragszahler unverhältnismäßig im Hinblick auf das eigene Einkommen. Durch die dauerhafte Begrenzung der Ausgabendynamik wird die finanzielle Stabilität des Systems langfristig gesichert, sodass die Lasten ausgewogen über die Zeit und Generationen verteilt werden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist dabei nicht als Selbstzweck zu verstehen, sondern als Instrument, um finanzielle Tragfähigkeit, bedarfsgerechte Versorgung sowie eine faire Lastenverteilung zwischen den Versichertengruppen und über die Zeit hinweg in ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen.

6.1.2 Reformempfehlung Nr. 2: Erhöhung der Zuzahlungsbegrenzungen auf ein realwertiges Niveau

Hintergrund	Die Zuzahlungsregelungen sind seit 2004 weitestgehend unverändert.
Reformempfehlung	Realwertige Erhöhung der Zuzahlungsbegrenzungen um 50 %: Mindestbetrag von 5 € auf 7,50 €; Höchstbetrag von 10 € auf 15 €. Dynamisierung der Zuzahlungen mit der Grundlohnrate.
Finanzwirkung	Ca. 1,9 Mrd. € in 2027
Kategorie	B

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die gesetzliche Krankenversicherung beruht gemäß § 3 SGB V auf dem Prinzip solidarischer Finanzierung. Neben der kollektiven Beitragsfinanzierung sieht das SGB V in bestimmten Leistungsbereichen eine finanzielle Eigenbeteiligung der Versicherten vor. Diese dient neben der ergänzenden Mitfinanzierung (Becker et al. 2024 § 61 Randnummer 2) auch der maßvollen Steuerung der Inanspruchnahme; der bewusstere Umgang mit medizinischen Leistungen soll gefördert und eine über das nötige Maß hinausgehende Inanspruchnahme gedämpft werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2025h; Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 15/1525, 2003 S. 71)). Die Eigenbeteiligung erfolgt vor allem in Form von Zuzahlungen, die in einer Vielzahl von Normen des SGB V vorgesehen sind. Daneben fallen im Bereich des Zahnersatzes durch die Regelung von Festzuschüssen in § 55 SGB V Eigenbeteiligungen an. Diese werden in Reformempfehlung 22 gesondert betrachtet. Die aktuell geltenden Zuzahlungen in den verschiedenen Leistungsbereichen können der Tabelle 6.1.2.1 entnommen werden. Die Höhe der Zuzahlung ist in der allgemeinen Regelung des § 61 SGB V normiert („Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen…“).

Die Zuzahlungsregelungen im SGB V sind seit Inkrafttreten der Neufassung des § 61 SGB V durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004 auch der Höhe nach weitestgehend unverändert geblieben. Lediglich die in § 28 Absatz 4 SGB V normierte Praxisgebühr in der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung wurde mit Wirkung vom 01.01.2013 abgeschafft. Die Zuzahlungen betragen in der Regel 10 % der Kosten, nach unten begrenzt durch einen Mindestbetrag von 5 € und nach oben durch einen Höchstbetrag von 10 € pro Verordnung beziehungsweise Tag. Es sind nie mehr als die tatsächlichen Kosten der jeweiligen Behandlung oder des Mittels zu entrichten. Die mit § 61 SGB V angestrebte Zusammenfassung und Vereinfachung aller Zuzahlungsregelungen (vgl. Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 15/1525, 2003 S. 77, 99) ist nicht vollständig gelungen, weil die spezialgesetzlichen Regelungen mitunter (vergleiche nur § 32 Absatz 2 Satz 3 SGB V zu den Heilmitteln) Sonderregelungen vorsehen (Angermaier & Krauskopf 2026 § 61 Randnummer 2) –

dennoch normiert § 61 SGB V in erheblichem Umfang die Höhe der Zuzahlungen über alle Leistungsbereiche hinweg.

Tabelle 6.1.2.1: Zuzahlungsregelungen

Leistungsbereich	Aktuelle Regel zum Anteil und Zuzahlungsbegrenzungen
Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Absatz 3 SGB V)	10 % des Abgabepreises mindestens 5 €, maximal 10 €
Krankenhausbehandlung (§ 39 Absatz 4 SGB V) und Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39e SGB V)	10 € pro Tag für maximal 28 Tage im Jahr
Hilfsmittel (§ 33 Absatz 8 SGB V)	10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €; bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln 10 % der Kosten und maximal 10 € im Monat
Heilmittel (§ 32 Absatz 2 SGB V)	10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung
Fahrkosten (§ 60 Absatz 1 SGB V)	10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €
Rehabilitationsmaßnahmen (§ 40 Absatz 5 SGB V), Vorsorge- (§ 24 Absatz 3 SGB V) und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter (§ 41 Absatz 3 SGB V), Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 6 SGB V)	10 € pro Tag für maximal 42 Tage im Jahr; bei Anschlussrehabilitation für maximal 28 Tage im Jahr
Häusliche Krankenpflege (§ 37 Absatz 5 SGB V) und außerklinische Intensivpflege (§ 37c Absatz 5 SGB V)	10 % der Kosten pro Tag für maximal 28 Tage im Jahr zuzüglich 10 € je Verordnung
Haushaltshilfe (§ 38 Absatz 5 SGB V), Soziotherapie (§ 37a Absatz 3 SGB V)	10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €

Quelle: Eigene Darstellung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind in den spezialgesetzlichen Normen, die eine Zuzahlung vorsehen, in der Regel von der Zuzahlungsverpflichtung ausgenommen. Eine Ausnahme bilden die Zuzahlungen zu Fahrkosten; hier müssen auch versicherte Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren eine Zuzahlung leisten.

§ 43c Absatz 1 SGB V enthält eine generelle Regelung für den Zahlungsweg bei Zuzahlungen (zur Sonderregelung für Zuzahlungen bei stationärer Behandlung § 43c Absatz 3 SGB V). Es sind grundsätzlich die Leistungserbringer, die die Zuzahlung einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse zu verrechnen haben; erst nach vergeblicher schriftlicher Zahlungsaufforderung geht die Verpflichtung zum Einzug auf die Krankenkasse über.

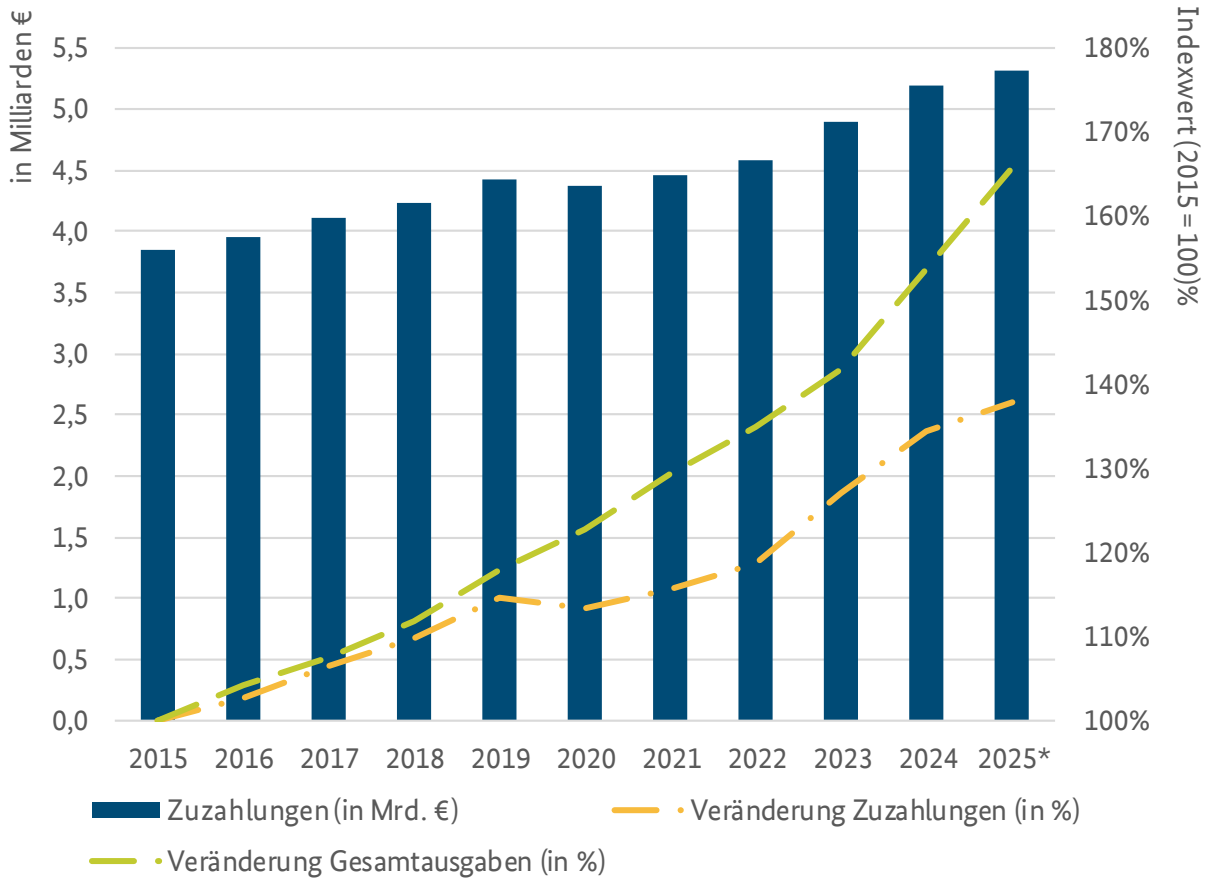
Der Gesetzgeber eröffnet den Akteuren im Gesundheitswesen in gewissem Umfang Spielräume im Kontext der Zuzahlungsregelungen: Der GKV-SV kann Arzneimittel mit Festbeträgen, deren Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer mindestens um 20 % niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind (§ 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V). Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind (§ 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V). Gemäß § 53 Absatz 3 SGB V kann die Krankenkasse für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen oder der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

§ 61 SGB V wird durch § 62 SGB V beschränkt. Die in § 62 SGB V normierten Belastungsgrenzen sollen sicherstellen, dass gesetzlich Versicherte die medizinische Versorgung in vollem Umfang erhalten, ohne durch die gesetzlichen Zuzahlungen unzumutbar belastet zu werden. Die Belastungsgrenze liegt gemäß § 62 Absatz 1 Satz 2 1. Halbsatz SGB V regulär bei zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (vergleiche zur Ermittlung der Belastungsgrenze für Haushalte auch § 62 Absatz 2 SGB V). Bei chronisch kranken Versicherten gilt nach Halbsatz 2 abweichend eine Belastungsgrenze von einem Prozent. Sobald diese Grenzen erreicht sind, können sich die Versicherten von weiteren Zuzahlungen befreien lassen; die Krankenkasse stellt eine Bescheinigung darüber aus, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Von dieser Möglichkeit der Befreiung haben im Jahr 2024 circa 4,8 Mio. Versicherte Gebrauch gemacht, davon 4,6 Mio. Versicherte aufgrund der Belastungsgrenze von einem Prozent.

Insgesamt zeigt sich über den Zeitraum von 2010 bis 2025 für die Zuzahlungen eine Stagnation bei derzeit circa 5,3 Mrd. €. Maßgeblicher Grund dafür war die Abschaffung der Praxisgebühr 2013, in deren Folge die Zuzahlungen um circa 2 Mrd. € beziehungsweise 34 % sanken. Seit 2015 sind die Zuzahlungen im Mittel um ca. 3,3% pro Jahr gestiegen. Diese Anstiege beruhen auf Veränderungen der Inanspruchnahme und des Anteils der Zuzahlungsbefreiten sowie – je nach Leistungsbereich – auch zum Teil der Preisentwicklung. Insgesamt entwickelten sich die Zuzahlungen moderater als die Leistungsausgaben (siehe Abbildung 6.1.2.1). Entsprechend sank der Anteil der Zuzahlungen relativ zu den Leistungsausgaben von 1,8 % im Jahr 2015 auf 1,5 % in 2025. In diesem Zeitraum ist auch der Anteil der Zuzahlungsbefreiten an allen gesetzlich Versicherten erheblich gesunken: Betrug der Anteil 2013 noch 8,5 % (6 Mio. Versicherte), so waren es 2025 noch 6 % (4,5 Mio. Versicherte). Beide Anteile sind in Abbildung 6.1.2.2 dargestellt. Hierbei ist zu beachten, dass der Anteil der Zuzahlungsbefreiten nicht notwendigerweise dem Anteil der Versicherten entspricht, der die 2 %- beziehungsweise 1 %-Belastungsgrenze überschreitet. Dieser Anteil ist nicht bekannt und lässt sich aus bestehenden Datenquellen nicht ermitteln, da dazu Informationen über das Bruttohaushaltseinkommen, die Haushaltszusammensetzung sowie die durch den Haushalt insgesamt geleisteten Zuzahlungen benötigt würden. Die Zuzahlungsbefreiung setzt zudem voraus, dass Versicherte aktiv einen Antrag auf Befreiung stellen. Die derzeit verfügbare Evidenz deutet darauf hin, dass die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung nicht durchgängig bekannt ist (Münster et

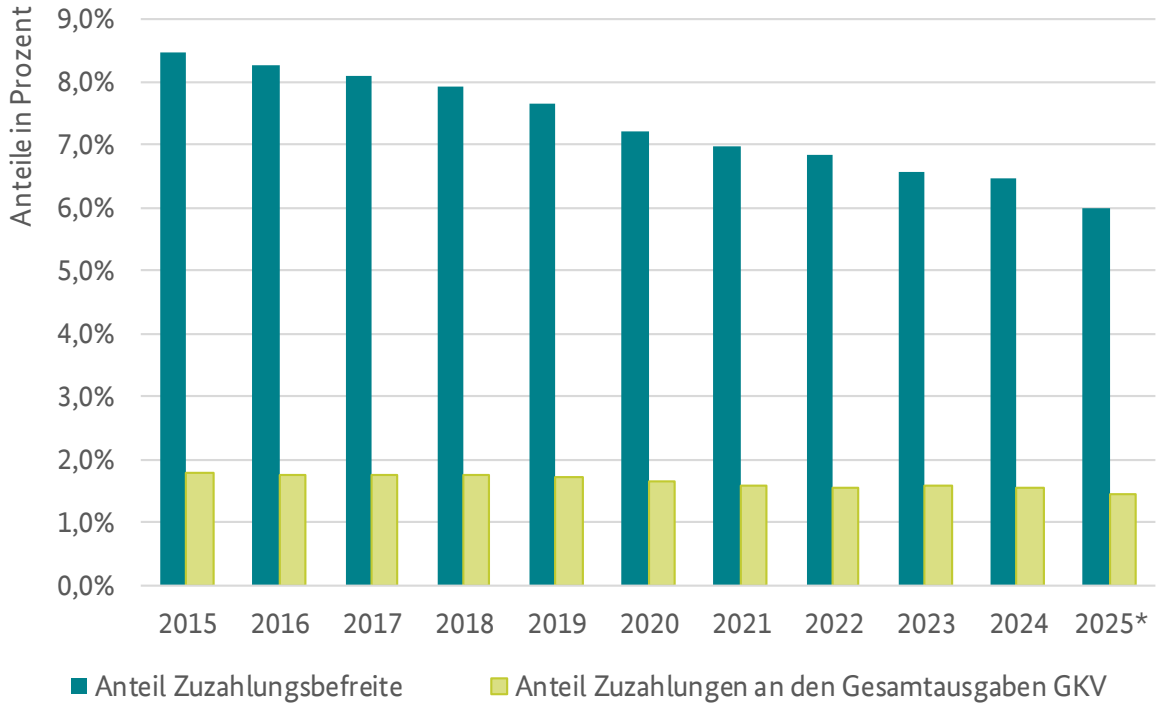
al. 2018 S.31). Dennoch scheint es unwahrscheinlich, dass der in Abbildung 6.1.2.2 dargestellte Rückgang des Anteils der Zuzahlungsbefreiten über die Zeit auf einen Rückgang der Bekanntheit der Befreiungsmöglichkeit zurückzuführen ist.

Abbildung 6.1.2.1: Entwicklung der Zuzahlungen und GKV-Gesamtausgaben von 2015 bis 2025



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik Statistik; * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1-4. Quartal*

Abbildung 6.1.2.2 Anteil der Zuzahlungen an den GKV-Ausgaben und Anteil der Zuzahlungsbefreiten an allen GVK-Versicherten von 2015 bis 2025



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik Statistik; * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1-4. Quartal*

Etwa die Hälfte der Zuzahlungen wird aktuell durch Zuzahlungen auf Arzneimittel generiert. Weiterhin relevant sind die Zuzahlungen auf Heilmittel (circa 20 % der Zuzahlungen), Krankenhausbehandlung (circa 12 %) und Hilfsmittel (circa 7,5 %). Darüber hinaus erfolgen circa 8,5 % der Zuzahlungen durch Vorauszahlungen von Zuzahlungen (KJ1-Statistik): Nach den Verfahrensgrundsätzen gemäß § 62 SGB V ist die Befreiung von Zuzahlungen für den Rest des laufenden Kalenderjahres möglich, wenn ein Betrag in Höhe der voraussichtlichen Belastungsgrenze der Krankenkasse im Voraus bezahlt wird (Vorauszahlung).

Die Höhe der Zuzahlungsmindest- und Höchstbeträge ist gesetzlich geregelt und nicht dynamisiert, sodass keine automatische Anpassung dieser Beträge zum Beispiel mit der Inflation stattgefunden hat. Zwischen 2004 und 2024 sind der Verbraucherpreisindex um 49 %, die Grundlohnrate um 54 % und die Leistungsausgaben um 124 % gestiegen (Statistisches Bundesamt 2023b; Statistisches Bundesamt 2026b; eigene Berechnungen). Dadurch ergibt sich eine reale Entwertung des in Euro festgelegten Teils der Zuzahlungen in entsprechender Höhe.

Die reale Entwertung der Zuzahlungsgrenzen spiegelt sich auch in der Entwicklung der aus eigener Tasche gezahlten Gesundheitsausgaben (out-of-pocket payments, OOP) der gesetzlich Versicherten in Deutschland wider. Wie Auswertungen der aktuell verfügbaren Wellen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe zeigen, sind letztere im Mittel real zwischen 2013 und 2018 weniger stark gestiegen als das Netto-Haushaltseinkommen, obwohl diese Ausgaben nicht nur die Zuzahlungen im eigentlichen Sinne, sondern auch beispielsweise Ausgaben für nicht verschriebene Arzneimittel und

die Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) enthalten (Nübler et al. 2023). Allerdings bedeutet dies nicht, dass die Gesamtbelastung der Versicherten für Gesundheitsausgaben im gleichen Zeitraum gesunken ist, weil die Beitragssätze gestiegen sind: Während der Gesamtbeitrag für die Krankenversicherung eines sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Vollzeit mit durchschnittlichem Bruttomonatsverdienst im Jahr 2015 inflationsbereinigt noch im Mittel etwa 720 € pro Monat betrug, waren es 2020 circa 760 € und 2024 780 € (Deutsche Bundesbank 2026; Statistisches Bundesamt 2025b; eigene Berechnungen).

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der seit 2004 nicht dynamisierten Zuzahlungsbegrenzungen und des damit verbundenen Realwertverlusts infolge der Preisentwicklung empfiehlt die Kommission, die Höhe der Zuzahlungsgrenzen anzupassen, um die finanzielle Entwertung der bestehenden Zuzahlungen an die gesteigerte Zahlungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten anzupassen. Empfohlen wird, die Zuzahlungsbegrenzungen auf ein realwertiges Niveau entsprechend der Steigerung der Grundlohnrate um 50 % seit 2004 anzuheben. Das entspricht einer Steigerung des Mindestzuzahlungsbetrags von 5 € auf 7,50 € und des Höchstbetrags und aller weiteren Zuzahlungen von 10 € auf 15 €.

Weiterhin empfiehlt die Kommission, die Zuzahlungsbegrenzungen in Zukunft automatisch, analog zur Beitragsbemessungsgrenze, anzupassen. Hierfür sollte eine Dynamisierung anhand der Entwicklung der Grundlohnrate gesetzlich festgelegt werden. Alternativ ließe sich die Dynamisierung der Zuzahlungen an andere Referenzgrößen koppeln. In Betracht kämen insbesondere die allgemeine Inflationsrate oder die Ausgabenentwicklung der GKV. Die Dynamisierung könnte in festen Stufen erfolgen (zum Beispiel 10 ct oder 50 ct), um die Handhabung bei Einzug von Bargeld zu erleichtern. Eine Änderung der bestehenden Einzugsmodalitäten und des sozialen Ausgleichs durch die Belastungsgrenze ist nicht notwendig. Um sicherzustellen, dass Versicherte aufgrund von Unkenntnis oder komplexen administrativen Vorgängen trotz Überschreiten der Belastungsgrenze nicht von der Zuzahlungsbefreiung Gebrauch machen, sollten die Krankenkassen dazu verpflichtet und in die Lage versetzt werden, betroffenen Versicherten eine automatische Information über das mögliche Erreichen der Belastungsgrenze zu erteilen. Außerdem sollte das Antragsverfahren administrativ möglichst einfach ausgestaltet werden. Zudem sollte der Risikostrukturausgleich der Krankenkassen aus Gründen der Wettbewerbsneutralität so angepasst werden, dass nicht Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen zuzahlungsbefreiten Versicherten die entsprechenden Einnahmeausfälle allein tragen müssen.

Geschätzte Finanzwirkung

Eine Erhöhung der bestehenden Zuzahlungsbegrenzungen um jeweils 50 % ergibt eine Finanzwirkung von ca. 1,9 Mrd. € (KJ1 Statistik und GAmSi Daten). Davon entfallen ca. 1,1 Mrd. € auf Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel und ca. 300 Mio. € auf Zuzahlungen für die Krankenhausbehandlung. In den übrigen Bereichen würden die Zuzahlungen um insgesamt etwa

430 Mio. € steigen. Unter Berücksichtigung der derzeitigen Entwicklungen und der Dynamisierung erhöht sich die Finanzwirkung bis 2030 auf 2,2 Mrd. €.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Umsetzung der Maßnahme erfordert eine Anpassung von § 61 SGB V und ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung bereits in 2027 möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Da diese Maßnahme Patienten und Patientinnen und nicht Leistungserbringende betrifft, ist versorgungsseitig kein Einfluss auf das Angebot und die von den Leistungserbringenden bereitgestellte Versorgungsqualität für die GKV-Versicherten zu erwarten. Die Belastungsgrenzen für Zuzahlungen nach § 62 SGB V auf eine maximale Höhe von 2 % beziehungsweise 1 % des Bruttohaushaltseinkommen sollen zudem sicherstellen, dass finanzielle Belastungen für Versicherte durch die Zuzahlungen gering gehalten werden und der Zugang zur Versorgung für alle Versicherten trotz der Zuzahlungen gewährleistet bleibt. Da Versicherte die Zuzahlungsbefreiung allerdings aktiv beantragen müssen, ist nicht sichergestellt, dass alle Versicherten, die Zuzahlungen oberhalb ihrer haushalts-spezifischen Belastungsgrenze leisten, tatsächlich befreit werden. Damit könnte sich der Zugang für Versicherte mit hohen Zuzahlungen im Verhältnis zu ihrem Einkommen erschweren. Die empfohlene Verpflichtung der Krankenkassen zur gezielten Ansprache derjenigen ihrer Versicherten, die die Belastungsgrenze potentiell überschreiten, sowie eine administrativ möglichst einfache Antragstellung sollen sicherstellen, dass die Belastungsgrenzen wie intendiert wirken und der Zugang zur Versorgung für alle Versicherten gewährleistet bleibt. Zusätzlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass Versicherte generell aufgrund der Zuzahlungen auch auf medizinisch notwendige Leistungen verzichten, beispielsweise weil sie die Notwendigkeit der Leistungen nicht richtig einschätzen können.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die geltenden Zuzahlungen und deren Anpassungen stehen in einem Spannungsverhältnis zum Grundsatz des solidarisch finanzierten, bedarfsgerechten Zugangs zur Gesundheitsversorgung: Zuzahlungen dürfen die Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Leistungen nicht unangemessen erschweren oder sozial vulnerablen Gruppen den Zugang faktisch versperren. Bei der Bewertung der Zuzahlungen ist daher zu berücksichtigen, dass die GKV nach § 1 SGB V eine Solidargemeinschaft ist. Allerdings stellen die Krankenkassen den Versicherten die Leistungen nach § 2 Absatz 1 Satz 1 SGB V nur soweit zur Verfügung, als diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Auch Zuzahlungen gemäß §§ 61, 62 SGB V gehören zu der hier angesprochenen Eigenverantwortung; sie dienen nicht nur dem Schutz der Solidargemeinschaft vor finanzieller Überlastung, sondern auch der Förderung der Eigenverantwortung. Solange die Eigenbeteiligung in

zumutbarem Umfang erfolgt, sind Zuzahlungen im Sinne eines Eigenbeitrags zu den Gesundheitsleistungen gut zu begründen (Felix 2025).

Die empfohlene Erhöhung der Zuzahlungsbegrenzungen würde bei alleiniger Betrachtung der Zuzahlungen eine Belastung darstellen, die unterhalb derjenigen im Jahr 2004 läge, da damals auch die Praxisgebühr eingeführt wurde. Andererseits liegt heute die mittlere Belastung der Versicherten durch Beitragszahlungen aufgrund höherer Beitragssätze über der von 2004. Die Erhöhung der Zuzahlungen zur Stabilisierung der Beiträge wird dennoch empfohlen, da Zuzahlungen anders als Beiträge nicht in erster Linie Einnahmen generieren, sondern im Sinne der Eigenverantwortung zu einer kostenbewussten Inanspruchnahme beitragen können. Sowohl internationale Evidenz als auch die Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zum Beispiel im Kontext der Praxisgebühr sowie im Arzneimittelbereich auf individuell zu zahlende Preise reagiert (Fusco et al. 2023; Graf et al. 2024; Guindon & Fatima et al. 2022; Herr & Suppliet 2017; OECD 2025a; Thomson et al. 2024; Winkelmann 2004, Abschnitt 6.3.21; Chandra et al. 2024). Eine Erhöhung der Zuzahlungen kann daher eine Steuerungswirkung hin zu einer Reduktion der Inanspruchnahme entfalten. Nicht abschließend geklärt ist jedoch, inwieweit die veränderte Inanspruchnahme auch medizinisch notwendige Leistungen reduziert und dadurch schlechtere Gesundheitsergebnisse sowie künftig höhere Kosten entstehen.

Die Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V sollen eine finanzielle Überforderung verhindern und den Zugang zu Gesundheitsleistungen trotz Zuzahlungen insbesondere auch für vulnerable Gruppen – Kranke und/oder arme Haushalte – gewährleisten. Da die Belastungsgrenzen prozentual am Einkommen ausgestaltet sind, steigt nach geltendem Recht für Zuzahlungsbefreite die Summe der Zuzahlungen mit ihrem Einkommen. Die empfohlene Anhebung und Dynamisierung der Zuzahlungsgrenzen würde auch für Versicherte unterhalb der Belastungsgrenze eine Koppelung der Zuzahlungen an die Einkommensentwicklung erzeugen.

Trotz der bestehenden Belastungsgrenzen schätzen 7,5% der gesetzlich versicherten Haushalte ihre privaten Ausgaben für Arzneimittel als eine große finanzielle Belastung ein (Hollederer 2025). Auch gibt es Evidenz für eine Reduktion der Adhärenz in der Arzneimitteltherapie unter überschuldeten GKV-Versicherten aufgrund von Geldmangel (Münster et al. 2010; Warth et al. 2019). Hierfür könnten unter anderem fehlende Ressourcen zur Finanzierung der Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze, Unkenntnis über die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung sowie Hürden bei der Beantragung der Zuzahlungsbefreiung ursächlich sein.

6.2 Kostentreiberanalysen: Hinweise zur Komponentenzerlegung

Zur Identifikation der wesentlichen Treiber der Ausgabenentwicklung in den einzelnen Vergütungsbereichen der GKV wurde ein Verfahren der Komponentenzerlegung angewendet. Ziel dieser Methode ist es, die Ausgabenentwicklung rückwirkend zunächst auf die Menge beziehungsweise die administrative Leistungsinanspruchnahme und die Vergütungen beziehungsweise Preise zurückzuführen. Dies bildet die erste Stufe der Komponentenzerlegung. Bei hinreichend granularen Daten kann die Zerlegung in einer zweiten Stufe vertieft werden, sodass auch strukturelle Entwicklungen der Leistungen von reinen Mengen- und Preisänderungen unterschieden werden können.

Die konkrete Operationalisierung der Komponenten kann je nach Vergütungsbereich variieren und hängt von der Datenverfügbarkeit sowie der Struktur der Leistungen ab. Üblicherweise wird die jährliche Wachstumsrate der Ausgabenentwicklung in einem Bereich additiv in die Wachstumsraten von Menge, Preis und Struktur zerlegt. Eine verbleibende Restkomponente, die das Zusammenspiel der einzelnen Komponenten abbildet, entsteht ebenfalls, wird jedoch in der Regel nicht gesondert ausgewiesen.

Je nach Leistungsbereich wird die Menge typischerweise anhand der Anzahl von Verordnungen, Fallzahlen, Behandlungseinheiten, Behandlungs- oder Zahltagen erfasst. Die Preiskomponente spiegelt die GKV-Nettoausgaben pro Mengeneinheit, bspw. die Kosten je Fall oder Behandlungstag oder den durchschnittlichen Preis pro Verordnung oder Behandlungseinheit, wider. Die Strukturkomponente bildet Verschiebungen der Inanspruchnahme innerhalb des jeweils betrachteten Leistungsbereichs im Hinblick auf deren Finanzwirkung ab, beispielsweise von einer Produktgruppe zu einer anderen oder von einer Versorgungsform zur anderen. Diese ergeben sich insbesondere aus neu eingeführten oder entfallenden Leistungskomplexen (wie Einführung der TSVG-Konstellationen im vertragsärztlichen Bereich) oder Produktgruppen (wie Neueinführungen auf dem Arzneimittelmarkt), aus der Aktualisierung von Klassifikationsverfahren (wie Katalogeffekte im stationären Bereich) sowie aus Morbiditätsentwicklungen (wie durchschnittlichen Schweregrad der behandelten stationären Fälle). Sie kann als der „Warenkorb" der in Anspruch genommenen Leistungen und Produkte verstanden werden.

Durch die Komponentenzerlegung lassen sich die maßgeblichen Treiber der Ausgabenentwicklung identifizieren, sodass Reformempfehlungen auf der Ausgabenseite gezielt an den tatsächlichen Ursachen ausgerichtet werden können. Deshalb ist jedem Kapitel mit Reformempfehlungen auf der Ausgabenseite eine Kostentreiberanalyse vorangestellt, die – basierend auf einer Komponentenzerlegung – die wesentlichen Einflussfaktoren aufzeigt und den Interpretationsrahmen für die Ableitung der Vorschläge bereitstellt. Die konkrete Operationalisierung der einzelnen Komponenten wird für jeden Vergütungsbereich in der jeweiligen Kostentreiberanalyse detailliert erläutert.

6.3 Ambulante ärztliche Versorgung

6.3.1 Kostentreiberanalyse - ambulante Versorgung

Vergütungssystematik und Abrechnung

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, ermächtigte Krankenhausärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Einrichtungen teil. Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bilden für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche Vereinigung (KV), beziehungsweise zwei KVen in Nordrhein-Westfalen.

Zur Finanzierung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung der Versicherten stellt jede Krankenkasse entsprechend dem Wohnortprinzip die Gesamtvergütung der jeweils zuständigen KV zur Verfügung. Die Gesamtvergütung besteht aus der vorab vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und zusätzlichen (extrabudgetären) Vergütungen (siehe unten).

Über die Höhe der MGV einigen sich vorab jährlich bis zum 31. Oktober die KVen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Die Zahlung erfolgt mit befreiender Wirkung. Das bedeutet, dass mit der Zahlung der MGV die finanzielle Verpflichtung der Krankenkassen für die innerhalb der MGV festgelegten Leistungen für den vereinbarten Zeitraum abgegolten ist. Grundlage bildet die zuvor auf Bundesebene vereinbarte Preis - und Mengenkomponente. Aus der MGV wird ein großer Teil der ambulanten Leistungen vergütet, die innerhalb des Kollektivvertrages erbracht werden. Sie bildet die Ausgangsgröße für die Mengenbegrenzung beziehungsweise Budgetierung und die Honorarverteilung. Die Verteilung der MGV erfolgt durch die KV auf Grundlage der Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM), die im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festzusetzen sind, nach Art und Umfang der von den Ärzten abgerechneten Leistungen. Auf Bundesebene einigen sich der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Bewertungsausschuss (BA) über den Orientierungspunktwert (OPW, Preiskomponente) und den medizinisch notwendigen Behandlungsbedarf (Mengenkomponente). Die Mengenkomponente setzt sich aus den diagnosebedingten und demografischen Veränderungsraten zusammen und wird KV-spezifisch nach Gewichtung ermittelt. Ab 2028 wird ausschließlich die diagnosebedingte Veränderungsrate berücksichtigt.

Außerhalb der MGV zahlen die Krankenkassen zusätzlich für

- nicht vorhersehbare Anstiege der Morbidität sowie
- für Leistungen außerhalb der MGV, insbesondere innerhalb der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV)

- Ausgleichszahlungen (Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin und der hausärztlichen Versorgung, die sogenannte MGVplus)

Extrabudgetär werden zum Beispiel als besonders förderungswürdig definierte Leistungen wie Früherkennungsuntersuchungen, ambulante Operationen, psychotherapeutische Leistungen, TSVG-Konstellationen (siehe unten) und Impfungen vergütet.

Die Abrechnung der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Leistungen erfolgt auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Der GKV-SV und die KBV beschließen im Bewertungsausschuss die ambulant erbringbaren ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander im EBM in eigener Verantwortung. Grundlage der Bewertung ist insbesondere der durchschnittliche Leistungsaufwand auch unter Berücksichtigung des erforderlichen Materials beziehungsweise Geräteeinsatzes. Die Bewertung im EBM teilt sich daher in den ärztlichen Leistungsanteil (ÄL) und den technischen Leistungsanteil (TL). Der Bewertungsausschuss hat den EBM regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechen. Zur Abrechnung melden die Leistungserbringer der KV quartalsweise die von ihnen erbrachten EBM-Ziffern.[6]

Die Zuteilung des Honorars zum Beispiel an die Arztpraxis erfolgt durch die KV unter Berücksichtigung der von der Arztpraxis erbrachten Leistungspunkte im Verhältnis zu den Leistungspunkten aller beteiligten Leistungserbringer, differenziert nach Versorgungsbereichen beziehungsweise Fachgruppen. Mitunter erfolgt eine Abstaffelung des Honorars im Rahmen der Mengenbegrenzung zum Beispiel bei deutlicher Überschreitung des Regelleistungsvolumens - sofern die Honorarverteilungsmaßstäbe dieses Modell anwenden. Im Falle von EGV-Leistungen oder Ausgleichszahlungen erfolgt eine vollständige Auszahlung der Leistungspunkte.

Für die selektivvertragliche Versorgung, die ambulant-spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sowie Eingriffe und Operationen, für die eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die sogenannten Hybrid-DRGs, vereinbart wurden, und weitere besondere Versorgungsformen bestehen gesonderte außerhalb der Gesamtvergütung vertraglich vereinbarte Abrechnungs- und Vergütungsgrundlagen. Im Falle der selektivvertraglichen Versorgung kann auch eine individuelle Festlegung des Leistungsumfangs erfolgen.

Für Leistungen, die nicht zum Leistungsspektrum der GKV gehören und von den Versicherten selbst bezahlt werden müssen, gilt für die Abrechnung die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Mit dem Bundesmantelvertrag – Ärzte (Erste Nennung?) werden die Rahmenbedingungen für die Versorgung zwischen der KBV und dem GKV-SV geregelt.

[6] Ergänzende Darstellungen zur Vergütung im ambulanten Bereich finden sich unter anderem im Bericht der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV (2019).

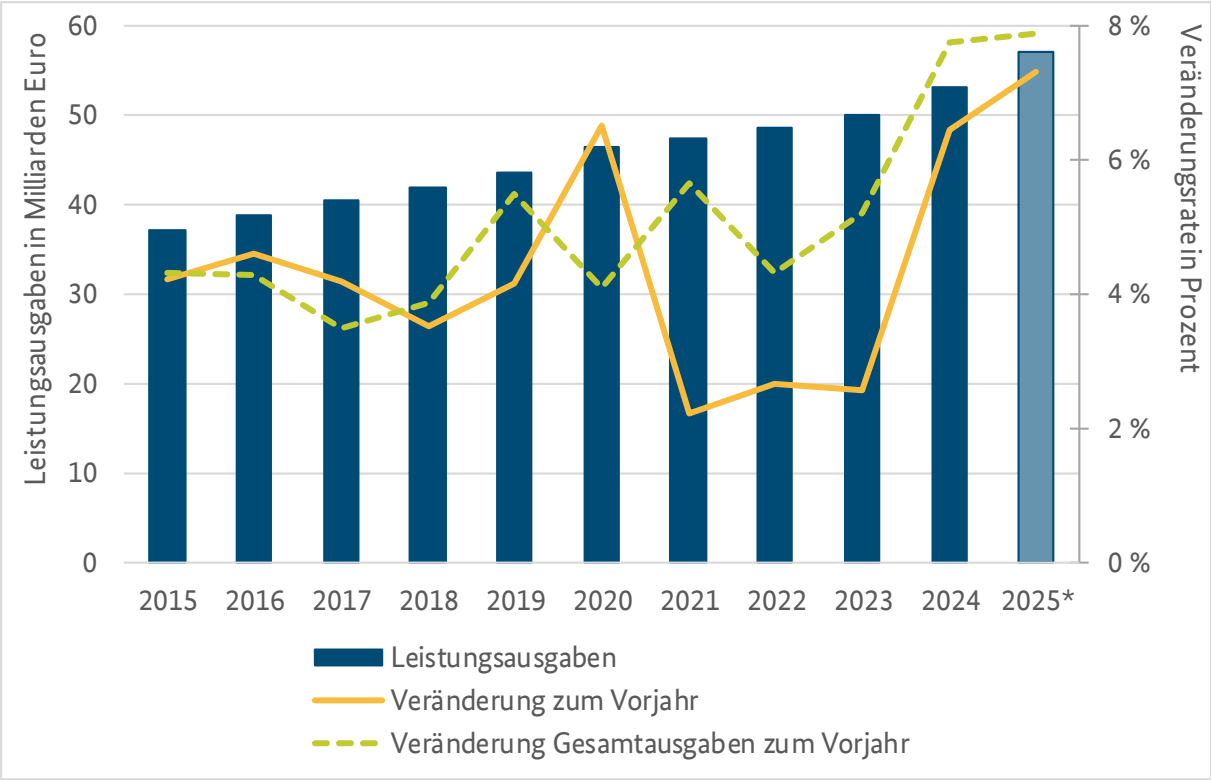
Ausgabenentwicklung

Die Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung entwickelten sich seit 2015 mit durchschnittlich etwa vier Prozent jährlich moderater als die Leistungsausgaben insgesamt mit etwa fünf Prozent. Insgesamt stiegen die Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung inklusive Früherkennungsmaßnahmen im Zeitraum von 2015 bis 2025 von 37 auf 57 Mrd. €. Dies entspricht einem Anstieg um 54 % (siehe Abbildung 6.3.1.1).

Zwischen 2015 und 2019 ist die Ausgabenentwicklung mit drei bis vier Prozent weitgehend stabil, jedoch auf einem für diesen Leistungsbereich relativ hohen Niveau, das in etwa dem der gesamten Ausgabenentwicklung entsprach. Der Anstieg des Orientierungspunktwerts bewegte sich in diesem Zeitraum zwischen 0,9 und 1,6 %. Die Behandlungsfälle wiesen laut Honorarbericht der KBV Steigerungen zwischen 0,6 und 1,2 % auf. Die Strukturkomponente[7] dagegen Veränderungsraten im Bereich von 1,3 bis 2,5 % (siehe Abbildung 6.3.1.2). Hintergrund ist unter anderem das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) von 2015. Dieses lockerte die Regelungen zur "Besonderen Versorgung" und weitete die Möglichkeiten der Hochschulambulanzen (HSA) zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung aus. Hohe Ausgabensteigerungen sind in diesem Zeitraum vor allem für Selektivverträge und die ASV zu beobachten. Darüber hinaus weisen die Leistungen der Psychotherapie und der Vergütung der HSA hohe Steigerungsraten auf.

[7] Unter der Strukturkomponente kann im Wesentlichen ein Effekt aus Änderungen der Vergütungsstruktur verstanden werden. Dieser Effekt entsteht zum Beispiel bei Verschiebungen von Leistungen aus der MGV zur EGV oder in die selektivvertragliche Versorgung.

Abbildung 6.3.1.1: Ausgabenentwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung von 2015 bis 2025



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik Statistik für die vertragsärztliche Versorgung inklusive Früherkennungsmaßnahmen, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

2019 trat das TSVG in Kraft. Es hatte eine deutliche Wirkung auf die Strukturen und Entwicklung der Ausgaben (siehe dazu auch die Erläuterungen in den Reformempfehlungen 3 und 4). Das TSVG enthielt im Wesentlichen fünf Behandlungsfall-Konstellationen, die für die Vertragsärzte außerhalb der MGV extrabudgetär vergütet werden sollten:

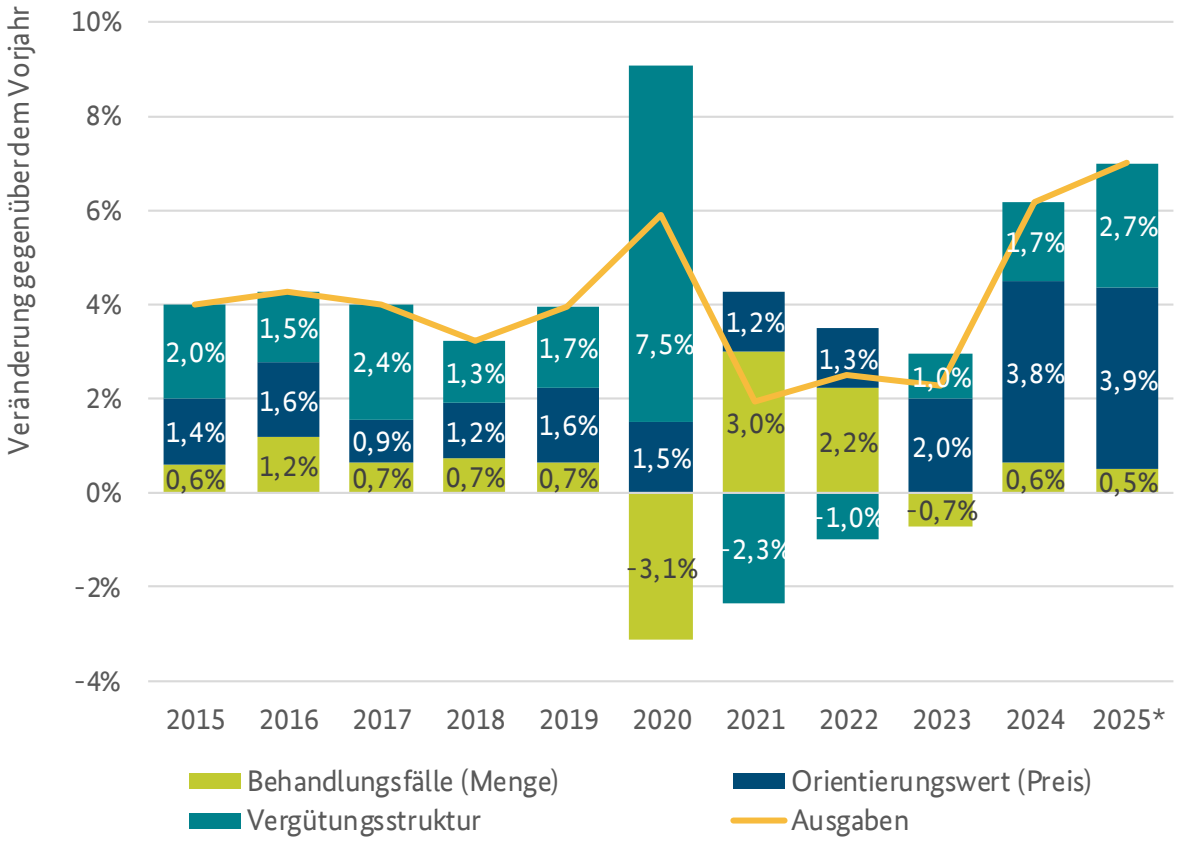
1. Termin-Service-Stellen (TSS)-Terminfall,
2. TSS-Akutfall,
3. Hausarztvermittlungsfall,
4. Neupatient und
5. offene Sprechstunde.

Die Wirkung setzte 2020 ein. Im Zuge der Einführung reduzierte sich der Anteil der MGV an den Ausgaben der vertragsärztlichen Behandlung von etwa 58 % auf 52 % (siehe Abbildung 6.3.1.2).

Erst mit der Abschaffung der Neupatientenregelung und der Rückbereinigung dieses Honorarvolumens in die MGV sowie der teilweisen Bereinigung der MGV um die in offenen Sprechstunden extrabudgetär erbrachten Leistungen in Folge des 2023 in Kraft getretenen GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) stieg der MGV-Anteil wieder auf circa 58 %. Die 2021 und 2022 vorgenommenen Korrekturen an den Regelungen des TSVG wirkten auch kostendämpfend. Zwischen 2015 und 2025 sind die Ausgaben in der MGV um insgesamt etwa 25 %, in der EGV um

74 % und im Bereich der sonstigen Ausgaben, das heißt insbesondere die Direktabrechnung wie die HSA, Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) und ASV, 153 % gestiegen. Die Entwicklungen sind in Abbildung 6.3.1.3 und Abbildung 6.3.8.1 in der Reformempfehlung 9 dargestellt.

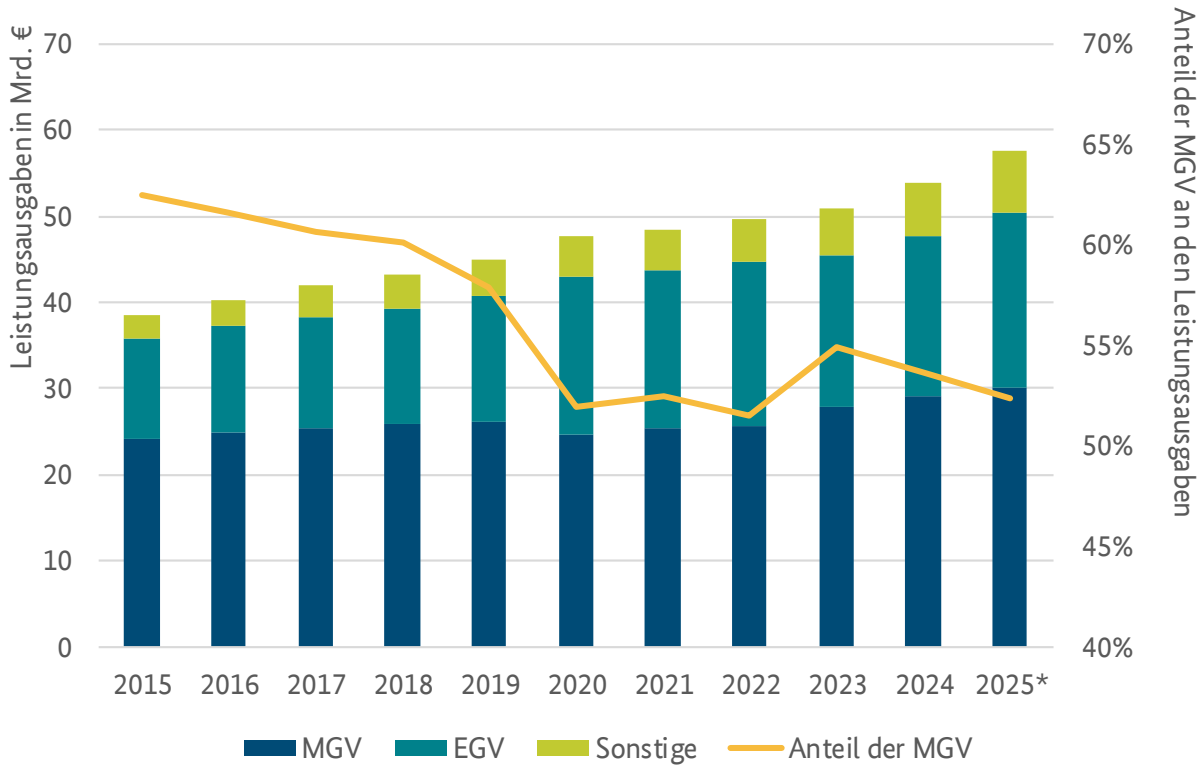
Abbildung 6.3.1.2: Veränderungsraten der Preis -, Mengen und Strukturkomponente in der vertragsärztlichen Versorgung von 2015 bis 2025



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik für die vertragsärztliche Versorgung inklusive Früherkennungsmaßnahmen, Honorarberichte der KBV, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Seit 2023 und nochmals stärker ab 2024 wird die Preiskomponente ein dominanterer Faktor (siehe *Abbildung 6.3.1.2*). Der Orientierungspunktwert verzeichnete 2023 mit 2,0 % bereits den höchsten Anstieg seit über zehn Jahren und stieg 2024 mit 3,85 % nochmals erheblich stärker. Ursache ist zu einem erheblichen Teil die hohe Inflation sowie die damit verbundenen gestiegenen Betriebskosten der Arztpraxen (unter anderem durch Tarifverträge für Praxispersonal) in den beiden Vorjahren, die sich mit Verzögerung auf die Vergütung auswirken. Auch für die Jahre 2025 und 2026 fallen die Veränderungsraten des Orientierungspunktwerts mit 3,9 % und 2,8 % im langjährigen Vergleich hoch aus. Auch für diese Jahre ist daher für die Ausgaben der vertragsärztlichen Versorgung von relativ hohen Veränderungsraten oberhalb von sechs Prozent auszugehen. Neben der Preiskomponente treiben auch gesetzliche Regelungen wie die Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin (seit April 2023) sowie der hausärztlichen Versorgung (ab Oktober 2025) sowie die extrabudgetär vergütete verpflichtende Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) durch die Leistungserbringer die Ausgaben stark an.

Abbildung 6.3.1.3: Ausgabenentwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung von 2015 bis 2025 nach Vergütungssystem



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik für die vertragsärztliche Versorgung inklusive Früherkennungsmaßnahmen, Formblatt 3, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Fazit

Als Fazit kann festgehalten werden, dass die Ausgaben der vertragsärztlichen Versorgung im Zeitraum seit 2015 moderater gestiegen sind als die Ausgaben insgesamt. Allerdings ist seit 2024 eine steigende Dynamisierung der Ausgaben im ärztlichen Bereich zu beobachten. Verantwortlich dafür ist insbesondere der im langjährigen Vergleich stark angehobene Orientierungspunktwert durch den Bewertungsausschuss. Darüber hinaus trägt der konstant steigende Anteil an ärztlichen Leistungen, die außerhalb der MGV und damit ohne mengenbegrenzende Maßnahmen vergütet werden, entscheidend zu einem Kostenanstieg in der vertragsärztlichen Versorgung bei. Hierzu zählen unter anderem die aufgrund gesetzlicher Eingriffe extrabudgetär vergüteten TSVG-Konstellationen sowie extrabudgetäre Vergütungen bestimmter ärztlicher Leistungen, zum Beispiel die Anschubfinanzierung zur ePA. Diese gesetzlichen Maßnahmen führen aktuell zu relevanten Ausgabenzuwächsen, deren Nutzen für die ambulante Versorgung zum Teil nicht belegt ist und die zukünftig potentiell zu weiter steigenden Ausgaben führen könnten.

6.3.2 Reformempfehlung Nr. 3: Streichung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen

Hintergrund	Die Evaluationsergebnisse der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen liefern keine Hinweise auf einen verbesserten Zugang für die Patienten.
Reformempfehlung	Abschaffung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen.
Finanzwirkung	Ca. 1,3 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Mit dem TSVG aus dem Jahr 2019 wurden verschiedene Instrumente in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt, mit dem Ziel, den Zugang zur ärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte zu verbessern. Finanzielle Anreize für die Leistungserbringer durch Zuschläge und die extrabudgetäre Vergütung zielten insbesondere darauf ab, die Wartezeit der gesetzlich Versicherten zu verkürzen und das Sprechstundenangebot zu erweitern.

Das Gesetz führt in § 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V fünf TSVG-Konstellationen auf:

1. Leistungen, die aufgrund einer Vermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) erbracht wurden (TSS-Terminfall)
2. Leistungen, die aufgrund eines akuten Falls durch die TSS vermittelt und erbracht wurden (TSS-Akutfall)
3. Hausarztvermittlungsfall
4. Neupatient
5. offene Sprechstunde

Ab dem Jahr 2023 wurden die TSVG-Konstellationen durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz angepasst. Die bis dahin vergütungsstärkste Konstellation *Neupatient* wurde zum Jahresende 2022 gestrichen, da die angestrebte deutliche Förderung und Verbesserung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten gemäß den vorliegenden Zahlen nicht erreicht wurde, während Mehrkosten für die GKV entstanden sind (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 20/3448, 2022; Institut des Bewertungsausschusses 2025b). Die finanziellen Anreize zur Abrechnung von Zuschlägen bei TSS-Terminfall, TSS-Akutfall und Hausarztvermittlungsfall wurden im Gegenzug ab 2023 verbessert und teilweise erweitert. Derzeit erhalten Hausärzte für die erfolgreiche Vermittlung eine Pauschale in Höhe von 15 €, während Fachärzte abhängig von der Wartezeit mit Zuschlägen von bis zu 100 % auf die Versichertenpauschale extrabudgetär vergütet werden (200 % im Akutfall). Die Folge

war ein sprunghafter Anstieg insbesondere der Hausarztvermittlungsfälle. Besonders hoch sind die Anteile von TSVG-Konstellationen am Honorar bei Fachärzten aus den Bereichen der HNO (20 %) und Orthopädie (13 %), während sie dagegen bei Kinder- und Jugendärzten (0,2 %), Hausärzten (0,4 %) sowie Psychotherapeuten (0,5 %) gering sind (Institut des Bewertungsausschusses 2025b).

Die Einführung der TSVG-Konstellationen hatte erhebliche Auswirkungen auf die ambulante Ausgabenentwicklung (siehe auch Abschnitt 6.3.1). Im Jahr 2023 wurden zusätzlich 508 Mio. € für die TSVG-Regelungen aufgewendet, verglichen mit den finanziellen Aufwendungen, die den Kassen ohne TSVG-Regelung entstanden wären (ohne Zuschläge). Dies entspricht einem Anstieg um 22 Mio. € (4,6 %) gegenüber 2022. Ein Großteil der zusätzlichen TSVG-Kosten entfällt auf Hausarztvermittlungsfälle (228 Mio. €) und die offene Sprechstunde (212 Mio. €). Darüber hinaus wurden für die extrabudgetären Zuschläge im Jahr 2023 112 Mio. € ausgezahlt, was einer Steigerung um das 16-fache vgl. zum Jahr 2022 (7 Mio. €) vor Anpassung der Zuschläge entspricht (Institut des Bewertungsausschusses 2025b).

Gemäß § 87a Absatz 3 Satz 10 bis 13 SGB V wurde das InBA beauftragt zu evaluieren, ob durch die TSVG-Regelungen eine Verbesserung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung eingetreten ist. Die Auswirkungen auf die Wartezeiten von Versicherten können durch den InBA-Bericht nicht abschließend ermittelt werden. Im Bericht wird die Hypothese geprüft, ob die Vergütungssteigerungen die Wartezeiten von GKV-Versicherten im Vergleich zu PKV-Versicherten verringert haben. Die Evaluationsergebnisse liefern Hinweise, dass das gesteigerte Vergütungsvolumen nicht zu einer Verbesserung der Wartezeiten für GKV-Versicherte geführt hat. Im Ergebnis haben die Wartezeiten sowohl von GKV- wie auch von PKV-Versicherten im Zeitraum 2019 bis 2024 zugenommen. Der Unterschied in der Wartezeit von GKV- und PKV-Versicherten hat sich derweil kaum verändert (Institut des Bewertungsausschusses 2025a). Das System setzt zudem derzeit Anreize, Patienten zunächst teilweise abzuweisen, um sie zu einem späteren Zeitpunkt erneut als Vermittlungsfall vorstellig werden zu lassen und so die Abrechnung entsprechender Zuschläge zu ermöglichen. Nachdem der BRH bereits im Jahr 2023 eine Aushöhlung der MGV, unter anderem infolge der Leistungen des TSVG, beanstandet und zugleich festgestellt hatte, dass eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch das TSVG nicht belegt sei, empfahl er im Jahr 2026 die vollumfängliche Streichung der TSVG-Regelungen, da diesen keine zusätzlichen Leistungen gegenüberstehen (Bundesrechnungshof 2023, 2026). Zusätzliche Vergütungen im solidarisch finanzierten Gesundheitssystem sind ethisch nur dann gerechtfertigt, wenn sie nachweislich zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen. Anreizsysteme ohne belegbaren Nutzen oder mit potenziellen Fehlanreizen sollten daher überprüft und gegebenenfalls beendet werden.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse des InBA empfiehlt die Kommission eine vollständige Abschaffung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen.

Die vorgeschlagene Abschaffung betrifft ausschließlich die zusätzliche Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen. Die nicht monetären Instrumente des TSVG, insbesondere offene Sprechstunden und die Terminvermittlung über die TSS, sollten unabhängig davon fortgeführt werden, da für beide Instrumente Hinweise auf einen versorgungspraktischen Nutzen bestehen. Ihre zukünftige Rolle sollte jedoch im Zusammenhang mit der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems überprüft und gegebenenfalls neu geregelt werden.

Geschätzte Finanzwirkung

Bei vollständigem Entfall der TSVG-Vergütungsregelungen beläuft sich die Finanzwirkung für 2027 basierend auf der vergangenen Entwicklung auf 1,3 Mrd. €. Unter der Annahme einer rückläufigen Steigerungsrate ergibt sich für 2030 ein Volumen in Höhe von 1,8 Mrd. € (Institut des Bewertungsausschusses 2025b).

Diskussion

Umsetzbarkeit

Hierfür ist die Anpassung von § 87 Absatz 2b Satz 3 und § 87 Absatz 2c Satz 3 und 4 SGB V und die im Zusammenhang stehende Vergütungsregelung § 87a Absatz 3 Satz 3 und 5 SGB V notwendig. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Nach Abschaffung der Vergütungsregelungen für Terminvermittlungen und der insbesondere mit den Zuschlägen verbundenen finanziellen Anreize kann erwartet werden, dass die dokumentierten Vermittlungsfälle im Sinne der TSVG-Konstellationen grundsätzlich zurückgehen. Da mit den zusätzlichen Vergütungen für TSVG-Fälle keine Reduktion der Wartezeiten beobachtet werden konnte, wird nicht damit gerechnet, dass der Vorschlag für GKV-Versicherte für diese allgemeinfachärztlichen Behandlungen zu (relativ) höheren Wartezeiten führen wird. Der vollständige Wegfall der TSVG-Konstellationen führt zu einer Vereinfachung der Abrechnungen für die Leistungserbringer, da keine Unterscheidung der Patienten nach dem Zugangsweg mehr notwendig ist.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Rücknahme der TSVG-Regelungen betrifft insbesondere Arztgruppen mit einem hohen Anteil der TSVG-Fallkonstellationen, unter anderem HNO, Orthopädie, Neurologie (Institut des Bewertungsausschusses 2025b).

6.3.3 Reformempfehlung Nr. 4: Vollständige Bereinigung der MGV für Leistungen in TSVG-Konstellationen

Hintergrund	Die MGV wird derzeit nicht vollumfänglich um die extrabudgetären Leistungen in TSVG-Konstellationen bereinigt.
Reformempfehlung	Bereinigung der MGV für Leistungen in TSVG-Konstellationen.
Finanzwirkung	Ca. 0,7 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

In der vorangegangenen Reformempfehlung 3 werden die TSVG-Konstellationen beschrieben, innerhalb derer erbrachte Leistungen in voller Höhe extrabudgetär vergütet werden. Infolgedessen entsteht eine höhere Gesamtvergütung, da Leistungen, die regulär der MGV zuzuordnen wären (wie zum Beispiel Leistungen, die aufgrund einer Vermittlung durch die TSS erbracht wurden), im Rahmen der TSVG-Konstellationen erbracht und extrabudgetär vergütet werden, der Umfang der MGV jedoch nicht entsprechend reduziert wird.

Zwar wurden in der Vergangenheit zeitlich befristete Bereinigungsverfahren etabliert und mit dem GKV-FinStG ausgeweitet. Eine vollumfängliche Korrektur der MGV erfolgt jedoch nicht, sodass die Verfahren insgesamt unvollständig bleiben. Dies führt zu einer rechnerischen Überhöhung der MGV und einer Verteilung der zusätzlichen Volumina auf andere ärztliche Leistungserbringer. Im Jahr 2023 wurden dadurch etwa 620 Mio. € an Netto-Mehrkosten verursacht (Institut des Bewertungsausschusses 2025b).

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt, die MGV vollumfänglich um diejenigen Leistungen zu bereinigen, die im Rahmen von TSVG-Konstellationen extrabudgetär vergütet werden. Auf diese Weise wird die Doppelfinanzierung ärztlicher Leistungen verhindert. Da seit dem Jahr 2023 ein deutlicher Anstieg der extrabudgetär vergüteten Behandlungsfälle in TSVG-Konstellationen stattfindet, dem bisher keine Bereinigung der MGV gegenübersteht, sollte die MGV künftig um jene Fälle bereinigt werden, die ab dem Jahr 2023 zusätzlich in TSVG-Konstellationen erbracht wurden.

Geschätzte Finanzwirkung

Das geschätzte jährliche Einsparvolumen bei einer vollständigen Bereinigung der MGV um Leistungen, die innerhalb von TSVG-Konstellationen erbracht wurden, beläuft sich für 2027 auf 700 Mio. € jährlich (Institut des Bewertungsausschusses 2025b und eigene Berechnungen). Unter der

Annahme, dass die TSVG-Konstellationen fortbestehen und die derzeitige Preis- und Mengenentwicklung anhält, ergibt sich für 2030 ein Volumen von 1 Mrd. €.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Hierfür ist die Anpassung der Vergütungsregelungen in § 87a Absatz 3 SGB V mit Vorgaben für den Bewertungsausschuss notwendig. Die konkrete Umsetzung erfolgt im Anschluss durch eine entsprechende Beschlussfassung des Bewertungsausschusses. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die finanziellen Anreize für die einzelnen Leistungserbringer in den TSVG-Konstellationen werden durch die MGV-Bereinigung nicht verändert, da diese weiterhin extrabudgetär und abschlagsfrei vergütet werden. Es ist insofern kein direkter Effekt auf die Versorgung zu erwarten. Die vollständige MGV-Bereinigung führt zu einem Mehraufwand für die Vertragspartner.

6.3.4 Reformempfehlung Nr. 5: Korrektur des Referenzwerts bei der Entbudgetierung von Kinder- und Jugendärzten

Hintergrund	Die aktuelle Systematik bei der Entbudgetierung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin führt zu unsachgemäßen Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen.
Reformempfehlung	Korrekturen an der Regelungssystematik bei der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin (Berücksichtigung von Dynamisierung und saisonalen Effekten bei der Bildung der Kinderarzt-MGV).
Finanzwirkung	Ca. 0,15 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Mit dem SGB V ÄndG 2023 wurden die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin mit Wirkung zum 1. April 2023 entbudgetiert, § 87a Absatz 3b SGB V. Um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte Versorgung für Kinder und Jugendliche zu gewährleisten, sollte die ärztliche Tätigkeit in finanzieller Hinsicht dauerhaft attraktiv ausgestaltet werden (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 20/6014, 2023). Seither werden alle im EBM Kapitel 4 enthaltenen Kinder- und jugendärztlichen Leistungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in voller Höhe abschlagsfrei vergütet.

Die notwendige Bereinigung der MGV wurde im Gesetz durch § 87a Absatz 3b SGB V geregelt. Demnach wurde der Bewertungsausschuss beauftragt, basierend auf dem Honorarvolumen für Leistungen im zweiten Quartal 2022 ein Verfahren festzulegen, mit dem der auf die Kinder- und Jugendärzte entfallende Anteil an der MGV, die sogenannte Kinderarzt-MGV, bestimmt wird. Der Anteil wird nach der erstmaligen Bildung der Kinderarzt-MGV basierend auf den üblichen Anpassungsmechanismen der MGV fortgeschrieben. Sofern das Volumen der Kinderarzt-MGV unter dem tatsächlich abgerechneten Leistungsbedarf durch die Kinder- und Jugendärzte liegt, leisten die Krankenkassen Ausgleichszahlungen in entsprechender Höhe der Differenz. Im umgekehrten Fall einer Unterschreitung der Kinderarzt-MGV durch die tatsächlichen Leistungsausgaben wird die Differenz im folgenden Quartal verrechnet (Bewertungsausschuss 2025b). In allen bisherigen Quartalen zwischen April 2024 und Juni 2025 haben die Kassen Ausgleichszahlungen geleistet (Daten aus Formblatt 3).

Die Bereinigungsregelung ist aufgrund einer unzureichenden Abbildung der Dynamik der Mengenvolumina unvollständig. Zum einen wurde bei der erstmaligen Bildung der Kinderarzt-MGV das im zweiten Quartal des Jahres 2022 ausgezahlte Honorarvolumen herangezogen, anstatt für jedes

Quartal separat das Honorarvolumen des jeweiligen Vorjahresquartals zu berücksichtigen. Zum anderen wurde bei der erstmaligen Bildung der Kinderarzt-MGV im Jahr 2023 keine Dynamisierung des herangezogenen Honorarvolumens um die vertraglich vereinbarten Anpassungsfaktoren (zum Beispiel Versichertenstruktur, Morbidität) vorgesehen. Beide Regelungslücken führen im Ergebnis dazu, dass der Umfang der zu vereinbarenden Kinderarzt-MGV zu gering ausfällt und in der Folge zusätzliche Ausgleichszahlungen der Krankenkassen notwendig werden. Dieser Teil der Ausgleichszahlungen geht nicht auf die vollständige Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin zurück, sondern auf die fehlende Berücksichtigung der Saison- und Dynamisierungs-Effekte und führt zu nicht vorgesehenen Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der fehlenden methodischen Vorgaben im Regelungstext empfiehlt die Kommission eine Anpassung der gesetzlichen Grundlagen, um sicherzustellen, dass bei der Bildung der MGV für die Kinder- und Jugendmedizin künftig sowohl saisonale Effekte als auch Dynamisierungseffekte angemessen berücksichtigt werden. Die Kinderarzt-MGV sollte unter Berücksichtigung dieser Aspekte ab 2027 neu festgelegt und jährlich fortgeschrieben werden. Als Vorlage kann die Regelung für den hausärztlichen Bereich gemäß GVSG dienen (Erweiterter Bewertungsausschuss 2025b).

Geschätzte Finanzwirkung

Das geschätzte jährliche Einsparvolumen durch die beschriebenen Korrekturmaßnahmen beläuft sich für 2027 auf 150 Mio. €.[8] Unter der Annahme, dass sich die derzeitige Preisentwicklung fortsetzt, ergibt sich für 2030 ein Volumen von 180 Mio. €. Die Kosten werden dauerhaft eingespart.

Diskussion

Da die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf solidarischen Beiträgen beruht, ist es auch aus ethischer Sicht wichtig, dass Regelungen zur Vergütung medizinischer Leistungen so ausgestaltet sind, dass sie den tatsächlichen Versorgungsbedarf möglichst präzise abbilden und unbeabsichtigte Mehrbelastungen der Versichertengemeinschaft vermeiden.

Umsetzbarkeit

Zur Umsetzung der Korrektur ist eine Anpassung von § 87a Absatz 3b SGB V mit Vorgaben für den Bewertungsausschuss zur Anpassung der Bildung der Kinderarzt-MGV notwendig. Die konkrete Umsetzung erfolgt im Anschluss durch eine entsprechende Beschlussfassung des

[8] Eigene Berechnungen auf Grundlage der Transparenzdaten des Instituts des Bewertungsausschusses an den Bewertungsausschuss gemäß Nummer 7 des Beschlusses zur Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin in 653. Sitzung des Bewertungsausschusses (Bewertungsausschuss 2023).

Bewertungsausschusses. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die finanziellen Anreize für die einzelnen Kinder- und Jugendärzte durch Entbudgetierung werden durch die MGV-Bereinigung nicht verändert. Damit bliebe der politisch gewünschte Effekt der damaligen gesetzlichen Maßnahme, die vollständige und abschlagsfreie Vergütung kinderärztlicher Leistungen (Entbudgetierung) unter Gewährleistung von Ausgleichszahlungen durch die GKV, unberührt. Es ist kein Effekt auf die Versorgung zu erwarten.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Maßnahme korrigiert unbeabsichtigte Mehrzahlungen, ohne die Entbudgetierung kinderärztlicher Leistungen zu verändern. Die Neuberechnung führt zu einem Mehraufwand für die Vertragspartner.

6.3.5 Reformempfehlung Nr. 6: Rücknahme der Gesetzesänderung zu den KV-spezifischen Veränderungsraten in der MGV

Hintergrund	Die Berechnungssystematik der KV-spezifischen Veränderungsraten in der MGV wurde 2019 mit Wirkung ab 2028 angepasst. Die Änderung führt zu einer höheren Steigerungsrate.
Reformempfehlung	Rücknahme der Gesetzesänderung zu den KV-spezifischen Veränderungsraten in der MGV.
Finanzwirkung	Ca. 80 Mio. € in 2028
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die KVen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einigen sich jährlich bis zum 31. Oktober auf die MGV für die Region der KV im Folgejahr (siehe auch Abschnitt 6.3.1). Dazu wird die aufsetzende Veränderungsrate für den angepassten Behandlungsbedarf aus den Behandlungsdiagnosen sowie demografischen Kriterien gebildet. Im BSG-Urteil vom 13. August 2014 wurde dieses Verfahren bestätigt; die Veränderungsrate ist im Regelfall als Mittelwert zwischen den Raten der Behandlungsdiagnosen und demografischen Kriterien festzusetzen (Bundessozialgericht 2014).

Die gesetzliche Grundlage bildet § 87a Absatz 4 SGB V. Mit dem TSVG aus dem Jahr 2019 wurde in § 87a Absatz 4 SGB V folgender Satz 5 angefügt:

> *Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach Satz 3 ist ab dem Jahr, in dem die nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilte Veränderungsrate auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2023 bis 2025 ermittelt wird, allein auf der Grundlage dieser Veränderungsrate zu vereinbaren (2019 (BGBl. I Nr. 18, S. 646-691)).*

Das heißt, zukünftig wird nur noch der Morbiditätsfaktor zur Fortschreibung der MGV herangezogen. Die angepasste Berechnung der Veränderungsrate wäre aufgrund der zeitverzögerten Berechnung erstmals ab 2028 wirksam. Als Gesetzesbegründung wird angeführt, dass durch die ebenfalls mit dem TSVG erfolgte verbindliche Umsetzung der ambulanten Kodiervorgaben nach § 106d Absatz 1 und 2 SGB V eine Steigerung der Diagnosequalität zu erwarten ist (vgl. (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 19/6337, 2018, S. 111)).

Zwischen 2018 und 2026 war die demographische Veränderungsrate im Durchschnitt um 0,2 Prozentpunkte geringer als die diagnosebezogene Veränderungsrate. Zwischen 2023 und 2025 wurden die diagnosebezogenen Veränderungsraten je KV Bezirk unter gewichteter Einbeziehung der rechnerischen und der empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsraten der beiden Vorjahre berechnet. Das Glättungsverfahren wurde durch die COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen stark veränderten Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen begründet (unter anderem Institut des Bewertungsausschusses 2022). Zwischen 2018 und 2022 betrug die Differenz der Veränderungsraten 0,4 Prozentpunkte. Für 2026 zeigt die diagnosebezogene Veränderungsrate erstmals in allen KV-Bezirken einen Rückgang, insbesondere bedingt durch Nachholeffekte aus der COVID-19-Pandemie. Im Bundesschnitt beträgt der Rückgang 0,74 %, während die demografische Veränderungsrate nur um 0,18 % sinkt. Insgesamt führt der Mittelwert zu einer Reduktion der MGV um durchschnittlich 0,46 %. Für die Folgejahre ist weiterhin eine diagnosebezogene Veränderungsrate oberhalb der demografischen Rate zu erwarten.

Die demografischen Raten, die zur Fortschreibung der MGV herangezogen werden, sind unabhängig von Kodierung oder Abrechnungsanreizen und bilden somit objektiv die altersbedingte Morbiditätsentwicklung ab. Im Gegensatz dazu basieren die Veränderungsraten der Behandlungsdiagnosen zwar auf einem standardisierten, hierarchischen Klassifikationsmodell, jedoch lässt sich nicht vollständig ausschließen, dass ein Teil der beobachteten Morbiditätsentwicklung durch Änderungen im Kodierverhalten oder durch Abrechnungsanreize beeinflusst wird. Dadurch kann es unter Umständen zu einer Über- oder Unterschätzung der diagnostizierten Fallzahlen kommen, selbst wenn die tatsächliche Krankheitslast unverändert bleibt.

Damit handelt es sich beim Verzicht auf die demografischen Raten um eine nicht sachgerechte Erhöhung der MGV-Veränderungsraten. Deshalb hat der Bewertungsausschuss gemäß § 87a Absatz 5 Satz 11 SGB V Kodiereffekte, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der Regelungen zur Kodierung entstehen, in den Berechnungen der Veränderungsraten zu bereinigen (Bewertungsausschuss 2025a).

Reformempfehlung

Da die geplante Neuregelung die Genauigkeit der Schätzung der Morbiditätsentwicklung, insbesondere der altersbedingten Veränderungen, verringern könnte, empfiehlt die Kommission, den Verzicht auf die demografischen Veränderungsraten (§ 87a Absatz 4 Satz 5 SGB V) zurückzunehmen. Ein Verfahren, das potenziell durch Kodierverhalten beeinflusst werden kann, kann die faire und transparente Verwendung solidarischer Mittel beeinträchtigen und langfristig das Vertrauen in die Verteilungsgerechtigkeit des Systems schwächen.

Geschätzte Finanzwirkung

Das geschätzte jährliche Einsparvolumen bei Beibehaltung der demographischen Rate beläuft sich ab dem ersten vorgesehenen Wirkungsjahr 2028 basierend auf den bisherigen Veränderungsraten auf

80 Mio. €. Durch den kumulierten Effekt ergeben sich für 2030 Einsparungen in Höhe von 240 Mio. €.[9]

Die Streichung von § 87a Absatz 4 Satz 5 SGB V hätte außerdem direkte Auswirkungen auf die Reformempfehlung zur Begrenzung der Ausgabensteigerung in der EGV (siehe Reformempfehlung 9 in Abschnitt 6.3.8, geschätzte Finanzwirkung).

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2028 möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Reformempfehlung sieht die Rücknahme einer gesetzlichen Anpassung vor, die zwar formell in Kraft getreten ist, deren Anwendung jedoch erst ab dem Jahr 2028 vorgesehen wäre. Die betreffende Neuregelung hat daher bisher keine Auswirkungen auf die Versorgung entfaltet. Vor diesem Hintergrund sind auch durch die vorgesehene Rücknahme keine Auswirkungen auf die bestehende Versorgung zu erwarten. Vielmehr verbleibt es bei dem derzeit etablierten Verfahren. Veränderungen der Versorgungsqualität sind mit dem Reformempfehlung nicht verbunden.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Es werden keine veränderten Verteilungs - und Belastungseffekte erwartet.

[9] Eigene Berechnungen auf Grundlage des FB 3 und der Berichte des InBA *(Institut des Bewertungsausschusses 2025c)*.

6.3.6 Reformempfehlung Nr. 7: Aussetzen und Überprüfungsauftrag zur Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

Hintergrund	Für die anlasslose Ganzkörper-Früherkennung von Hautkrebserkrankungen gibt es keine belastbare Evidenz, dass damit ein entsprechender Patientennutzen verbunden wäre.
Reformempfehlung	Die uneingeschränkte Finanzierung der anlasslosen Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs bei symptomlosen Gesunden ab 35 Jahren soll überprüft, gegebenenfalls weiterentwickelt und während dieser Zeit ausgesetzt werden.
Finanzwirkung	Ca. 0,24 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

2007 wurde in der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) vom G-BA festgelegt, dass für Versicherte ab 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs besteht. Ziel der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs ist die frühzeitige Entdeckung von malignen Melanomen, spinozellulären Karzinomen und Basalzellkarzinomen. Für Versicherte unter 35 Jahren gibt es für die Krankenkassen die Möglichkeit, die Früherkennung als Satzungsleistung anzubieten.

Die Einführung des Hautkrebs-Screenings wurde vom G-BA mit der nicht-kontrollierten Interventionsstudie „Hautkrebs-Screening in Schleswig-Holstein" (Evidenzstufe I c Verfahrensordnung (VerfO)) und Literatur der Evidenzstufe III begründet (Gemeinsamer Bundesausschuss 2007). Deutschland ist weltweit das einzige Land, das ein allgemeines Ganzkörper-Hautkrebsscreening für symptomlose Gesunde als Kassenleistung anbietet. Seit der Einführung der Hautkrebs-Screenings hat der G-BA wiederholt das BQS-Institut mit einer entsprechenden Evaluation beauftragt und prüft auf der Grundlage der jeweiligen Evaluationsergebnisse, ob und inwieweit sich ein Anpassungsbedarf für das Hautkrebs-Screening ergeben könnte (Gemeinsamer Bundesausschuss 2026c). Unter anderem wurde mit Einführung des Screenings ein einmaliger Sprung in der Inzidenz maligner Melanome festgestellt (BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH 2023; Zentrum für Krebsregisterdaten 2024). Der G-BA hat unlängst eine Fortführung der BQS-Evaluation für die Datenjahre 2026 bis 2029 beschlossen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2026b). Derweil gibt es keine eindeutigen Ergebnisse aus Studien, die den Nutzen der Früherkennungsmaßnahmen durch Senkung der Mortalität bei Hautkrebs belegen (Henrikson et al. 2023). Die Daten des Krebsregisters zeigen keine Reduktion der Mortalität nach Einführung (Zentrum für Krebsregisterdaten 2024). Der BQS-Evaluationsbericht kommt zu dem Schluss, dass die

Daten keine Rückschlüsse auf das Erreichen des Ziels der gesenkten Krankheitslast und Mortalität durch das Hautkrebsscreening zulassen (BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH 2023). Die United States Preventive Services Task Force sieht aufgrund der Evidenzlage keinen ausreichenden Nutzennachweis für eine Empfehlung der Maßnahme (Mangione et al. 2023).

Reformempfehlung

Leistungen der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung sollten grundsätzlich nur dann regelhaft für asymptomatische Versicherte angeboten werden, wenn ein patientenrelevanter Nutzen – insbesondere in Bezug auf Morbidität oder Mortalität – hinreichend belegt ist. Vor dem Hintergrund der fehlenden Evidenz zum Nutzen der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs für gesunde und unauffällige Menschen über 35 Jahre werden folgende Reformen empfohlen:

1. Erteilung eines auf zwei Jahre befristeten Überprüfungsauftrags an den G-BA zur
    a. Definition von besonderen Risikogruppen im Rahmen eines risikobasierten opportunistischen Screenings und
    b. möglichen Nutzung neuer technischer Untersuchungsverfahren
2. Aussetzen des Hautkrebsscreenings während der befristeten Überprüfung aufgrund fehlender Evidenz zur Reduktion von Mortalität und/oder Morbidität durch das Screening
3. Vorgabe in § 25 Absatz 3 SGB V, dass präventive Leistungen nur bei nachgewiesenem patientenrelevanten Nutzen in den Leistungskatalog aufgenommen werden dürfen

Die Reformempfehlung zielt auf die evidenzbasierte Ausgestaltung von Medizin und Prävention ab und stellt dabei nicht die Gefährlichkeit von Hautkrebs in Frage. Ein gezieltes Screening (etwa durch validierte Scores) bei identifizierten Hochrisikogruppen hat das Potential, Effektivität und Effizienz durch eine Erhöhung der Vortestwahrscheinlichkeit zu verbessern, wobei auf der Basis von Studien entschieden werden muss, welche Risikogruppen profitieren könnten. Auch der Einsatz von neuen technischen Verfahren wie KI-basierten Ganzkörperscannern oder Lasermikroskopie sowie Aufklärungskampagnen könnte die Diagnosesicherheit verbessern (Pellacani et al. 2022; Winkler et al. 2023).

Das Hautkrebsscreening ist ein Beispiel für eine Früherkennungsuntersuchung, deren patientenrelevanter Nutzen bisher nicht eindeutig nachgewiesen werden konnte und die aktuell zu Lasten der GKV erbracht wird. Darüber hinaus gibt es weitere Untersuchungen mit unklarer Evidenz bezüglich eines Nutzens (zum Beispiel Check Up 35, U-Untersuchungen). § 25 Absatz 3 SGB V normiert die Voraussetzung für den Anspruch auf Vorsorge- beziehungsweise Früherkennungsuntersuchungen. Ein nachgewiesener Nutzen im Sinne patientenrelevanter Endpunkte (Mortalität oder Morbidität) ist bisher nicht explizit als Voraussetzung für die Erstattung definiert.

Geschätzte Finanzwirkung

Das Einsparvolumen bei einer vollständigen Aussetzung der Kostenübernahme von Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs basierend auf den Auszahlungen im Jahr 2024 gemäß der Frequenzstatistik beläuft sich auf 210 Mio. € jährlich, verteilt auf insgesamt 7,5 Millionen Fälle. Die Finanzwirkung ergibt sich aus den Kosten für Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs (GOP 01745) in Höhe von 150 Mio. € und den Kosten für den Zuschlag zur Gebührenordnungsposition für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (GOP 01746) im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen in Höhe von 60 Mio. € im Jahr 2024. Unter der Annahme, dass sich die derzeitige Preis- und Mengenentwicklung fortsetzt, ergibt sich für 2027 ein Volumen von 240 Mio. €, das bis 2030 auf 260 Mio. € ansteigt.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Hierfür wäre zunächst eine Anpassung der KFE-Richtlinie notwendig. Der G-BA ist eigenverantwortlich als Normgeber für etwaige Änderungen der KFE-Richtlinie zuständig. Das BMG hat im Rahmen seiner Rechtsaufsicht keine Möglichkeit, eine solche Änderung inhaltlich vorzugeben. Der Gesetzgeber kann aber den G-BA gesetzlich beauftragen, die KFE-Richtlinie zu überarbeiten und das Hautkrebsscreening während der befristeten Zeit der Überprüfung auszusetzen. Eine Änderung des § 25 Absatz 3 SGB V ist problemlos möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Abklärung von Auffälligkeiten auf der Haut im Rahmen einer anlassbezogenen Hautuntersuchung ist jederzeit möglich und wird durch die Regelung nicht eingeschränkt. Insofern sind keine negativen Effekte auf die Versorgung zu erwarten. Vielmehr können falsch positive Befunde und unnötige Entnahmen von Hautproben sowie Verunsicherungen von Patienten vermieden werden. Die Effektivität eines gezielten, opportunistischen Screenings für durch den G-BA zu definierende Hochrisikogruppen ist durch Studien zu überprüfen. Gleiches gilt für eine erhöhte Diagnosesicherheit durch neue technische Verfahren. Eine transparente Kommunikation über die Evidenzlage und den Zweck der Überprüfung ist daher zentral, um Vertrauen in präventive Maßnahmen zu erhalten.

Die Abschaffung der uneingeschränkten Ganzkörper-Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs würde zusätzliche Arztkapazitäten im Umfang von etwa 600 bis 900 vollzeitäquivalenten Haus- und Hautärzten pro Jahr freigeben.[10] Gleichzeitig kann eine Verunsicherung der Bevölkerung durch Reduktion einer bekannten Leistung nicht ausgeschlossen werden. Ebenso sind durch die Regelung

[10] Basierend auf der Annahme, dass eine Untersuchung zehn bis fünfzehn Minuten dauert und einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden in 52 Wochen im Jahr (Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums 2025; von Mach 2018).

negative Präventionseffekte durch eine sinkende Sensibilisierung für die von Hautkrebs ausgehende Gefahr nicht auszuschließen.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Regelung betrifft vorrangig Hautärzte und hausärztlich tätige Fachärzte. Ein etwaiges Aussetzen der Hautkrebsfrüherkennung könnte dazu führen, dass entsprechende Untersuchungen den Versicherten verstärkt als privat zu zahlende IGeL-Leistungen in Arztpraxen angeboten würden.

6.3.7 Reformempfehlung Nr. 8: Streichung der Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung

Hintergrund	Die Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) bilden eine Zuschlagszahlung, der keine Leistung oder Lenkungswirkung gegenübersteht.
Reformempfehlung	Streichung der PFG.
Finanzwirkung	Ca. 0,8 Mrd. € in 2027
Kategorie	B

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) wurden im Jahr 2013 im Zuge der EBM-Reform eingeführt, nachdem KBV und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss eine gezielte Stärkung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung vereinbart hatten (Bewertungsausschuss 2012b, 2013). 2015 wurde die Pauschale im Rahmen der Honorarverhandlungen durch einen extrabudgetär vergüteten Anteil um einheitlich 26,7 % für alle Arztgruppen erhöht (Deutsches Ärzteblatt 2014).

Die PFG sind als Zuschläge zu den Grundpauschalen ausgestaltet und vergüten Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung erbracht werden. Ziel der Regelung war die Angleichung der Honorare von Fachärzten mit Tätigkeitsschwerpunkt im konservativen Bereich an die regelhaft höheren Einkommen von operativ tätigen Fachärzten. Demnach sollten durch Ausgleich dieser Differenz konservative sowie grundversorgende Tätigkeiten gezielt gefördert werden. Der Zuschlag entfällt insbesondere auf die Gynäkologie, Orthopädie, Augenheilkunde und Hals-Nase-Ohren-Heilkunde (HNO). Insgesamt entfallen weniger als zwei Prozent der fachärztlichen Vergütung auf die PFG-Zuschläge, mit dem höchsten Anteil von unter sieben Prozent in der HNO (Frequenzstatistik). Die intendierte Lenkungswirkung der Zuschläge ist aufgrund des geringen Anteils dieser Zuschläge an der Gesamtvergütung der jeweiligen Arztgruppen unwahrscheinlich. Die PFG stellt zudem eine Zuschlagszahlung dar, der keine zusätzliche Leistung gegenübersteht.

Reformempfehlung

Zuschlagszahlungen im solidarisch finanzierten System sollten grundsätzlich an klar definierte Leistungen oder nachweisbare Versorgungsziele gebunden sein. Vor dem Hintergrund der fraglichen Lenkungswirkung und des potentiellen Mitnahmeeffekts empfiehlt die Kommission die Rücknahme der PFG.

Dafür wird im § 87 Absatz 2a SGB V angefügt, dass der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zum 1. Januar 2027 dahingehend anzupassen hat, dass die bestehenden Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, sowie die Zuschläge zu diesen Pauschalen gestrichen werden. Außerdem ist die MGV um den nicht extrabudgetär vergüteten Anteil der PFG zu bereinigen.

Geschätzte Finanzwirkung

Das Einsparvolumen bei einem vollständigen Entfall der Zuschläge, basierend auf den abgerechneten PFG-Zuschlägen im Jahr 2024 gemäß der Frequenzstatistik, beläuft sich auf 760 Mio. € jährlich. Das Volumen setzt sich zusammen aus den in der MGV enthaltenen Zuschlägen in Höhe von 600 Mio. € und einem extrabudgetären Anteil von 160 Mio. €. Unter der Annahme, dass sich die derzeitige Preis- und Mengenentwicklung fortsetzt, ergibt sich für 2027 ein Volumen von 800 Mio. €, das bis 2030 auf 850 Mio. € ansteigt.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Hierfür ist die Anpassung von § 87 Absatz 2a SGB V notwendig. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Es sind allenfalls geringe Auswirkungen auf die Versorgung zu erwarten, da sich die Zuschläge nicht auf spezifische Leistungen beziehen. Eine Streichung würde daher primär den Reinertrag der Praxen senken. Eine Verschiebung der Leistungen in den operativen Bereich ist bedingt durch den geringen Anteil der PFG am Praxisertrag nicht zu erwarten.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Streichung der PFG betrifft insbesondere die Grundversorgung der Gynäkologie (118 Mio. €), Orthopädie (110 Mio. €), Augenheilkunde (87 Mio. €) und HNO (85 Mio. €, Frequenzstatistik). Es ist möglich, dass der Bewertungsausschuss die Maßnahme durch Erhöhung anderer, nicht operativer Gebührenordnungspositionen zumindest teilweise ausgleicht.

6.3.8 Reformempfehlung Nr. 9: Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der EGV

Hintergrund	Die Ausgaben in der EGV steigen überproportional und die Zuordnung von Leistungen in die EGV folgt keiner konsistent begründeten Systematik.
Reformempfehlung	Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der EGV mit den KV-spezifischen Veränderungsraten.
Finanzwirkung	Ca. 0,55 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

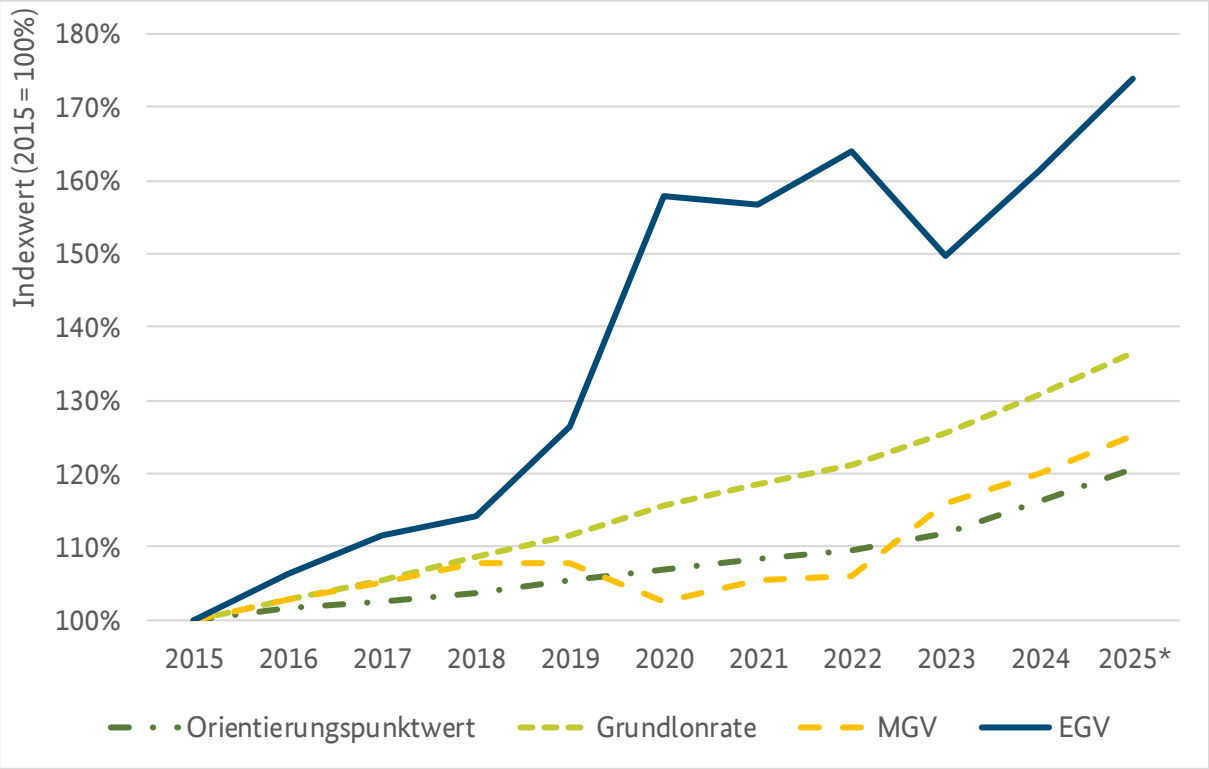
Hintergrund/Handlungsbedarf

Der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung definieren unter anderem gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 ff. SGB V EBM-Leistungen, die ohne Ausgabenobergrenze und ohne Mengenbegrenzung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, das heißt extrabudgetär außerhalb der MGV, in der sogenannten EGV, zu vergüten sind. Die extrabudgetären Leistungsbereiche wurden grundsätzlich mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) zum Jahr 2009 eingeführt und seitdem kontinuierlich erweitert. Dazu zählen zum Beispiel besonders förderungswürdige Leistungen, Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit, Früherkennungsmaßnahmen, psychotherapeutische Leistungen, TSVG-Konstellationen, Ausgleichszahlungen in Zusammenhang mit der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Allgemeinmedizin. Zusätzlich werden Leistungen aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs, sogenannte NVA-Leistungen, extrabudgetär vergütet.

Der BA beschließt insbesondere für neue Leistungen Finanzierungsempfehlungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 SGB V beziehungsweise § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V in Verbindung mit § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Hierzu hat der BA Grundsätze für ein Verfahren beschlossen, nach welchem die neuen Leistungen grundsätzlich auf zwei Jahre befristet extrabudgetär vergütet und am Ende dieser Frist in die MGV überführt werden, sofern die Mengenentwicklung keine weitere extrabudgetäre Vergütung erfordert (Bewertungsausschuss 2014). Dazu vergibt der BA Evaluierungsaufträge an das InBA. In der Vergangenheit wurden vereinbarte extrabudgetäre Leistungen jedoch kaum in die MGV überführt, da es an einheitlichen und objektiven Kriterien zur Überführung von neuen Leistungen in die MGV fehlt. Da lediglich an den Tatbestand der Mengenentwicklung angeknüpft wird, werden nur Leistungen mit stabiler Mengenentwicklung in die MGV überführt, wobei nicht eindeutig definiert ist, ab wann von einer stabilen Mengenentwicklung ausgegangen werden kann.

Im Jahr 2024 sind auf die EGV etwa 18,6 Mrd. € entfallen. Die EGV weist im Vergleich zur MGV eine besonders hohe Ausgabendynamik auf (siehe dazu Abbildung 6.3.8.1). Von 2023 auf 2024 lag die Ausgabensteigerung für die EGV bei 7,4 % im Vergleich zu 3,4 % für die MGV. Im Gegensatz zur MGV liegt das finanzielle Risiko für eine medizinisch nicht erforderliche und gegebenenfalls angebotsinduzierte Entwicklung der extrabudgetären Leistungen vollständig bei der GKV. Der Anteil der EGV an der Gesamtvergütung stieg von 2009 bis 2024 von circa 22 % auf circa 38 %. Die größten Anteile der EGV entfallen auf psychotherapeutische Leistungen, ambulante Operationen, Dialyse-Sachkosten und Früherkennungsmaßnahmen (Eigene Berechnungen auf Grundlage des FB3).

Abbildung 6.3.8.1 Indexierte Ausgabenentwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung nach EGV und MGV von 2015 bis 2025[11]



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik; für die vertragsärztliche Versorgung inklusive Früherkennungsmaßnahmen, Formblatt 3, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal 2025*

Reformempfehlung

Die Verwendung solidarisch finanzierter Mittel sollte transparenten und konsistenten Regeln folgen. Eine Ausgabendynamik ohne nachvollziehbare systematische Begründung bedarf daher einer Begrenzung und regelmäßigen Überprüfung. Vor dem Hintergrund der erheblichen Mengen- und Ausgabensteigerungen im Bereich der EGV empfiehlt die Kommission eine gesetzliche Begrenzung des Ausgabenzuwachses. Die Ausgabenbegrenzung soll solange gelten, bis die langfristig zu

[11] Für Hinweise zum Effekt durch das TSVG siehe Abschnitt 6.3.1.

erarbeitenden Reformempfehlungen zur Systematik der EGV greifen. Die Kommission empfiehlt die Ausgabenbegrenzung wie folgt umzusetzen:

Die Ausgabensteigerung in der EGV wird ab 2027 für die Dauer von zwei Jahren festgesetzt, bis eine Neuordnung der Systematik von EGV und MGV erfolgt ist (siehe unten). Angelehnt an das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) aus dem Jahr 2010 wird gesetzlich für diese Übergangszeit festgelegt, dass das Ausgabenvolumen für EGV-Leistungen das Ausgabenvolumen des jeweiligen Vorjahres (erhöht um die gemäß § 87a Absatz 5 SGB V berechneten KV-spezifischen Veränderungsraten), die Anpassung des OPW und der Versichertenzahl nicht überschreiten soll. Die regionalen Vertragspartner vereinbaren Regelungen zur Mengenbegrenzung oder Preisabstaffelungen. Vertragspartner auf Bundesebene können Empfehlungen zu Verfahren der Ausgabenbegrenzung formulieren. Der Gesetzgeber oder die Partner können weiterhin Ausnahmen für einzelne versorgungsnotwendige Leistungen (wie etwa Dialyse-Sachkosten) definieren, die jedoch einen zuvor definierten Anteil an der Gesamtvergütung nicht überschreiten sollten.

Innerhalb der auf zwei Jahre befristeten Festsetzung der EGV sollte die Systematik der Zuordnung von Leistungen in die EGV versus MGV überarbeitet werden. Hierzu empfiehlt die Kommission, im Rahmen eines Priorisierungsverfahrens systematisch verbindliche Kriterien für besonders förderungswürdige Leistungen, die einer extrabudgetären Vergütung bedürfen, zu erarbeiten. Zur dauerhaften Vermeidung übermäßiger Kostensteigerungen empfiehlt die Kommission, dass der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 SGB V für die EGV Anwendung findet.

Bezüglich der neu in den EBM aufgenommenen Leistungen empfiehlt die Kommission, diese nach Ablauf der bisher geltenden Frist von zwei Jahren automatisch in die MGV zu überführen (Bewertungsausschuss 2014). Leistungen, die gesetzlich vorgeschrieben sind beziehungsweise den zu erarbeitenden Kriterien für besonders förderungswürdige Leistungen entsprechen oder auf Beschlüssen des G-BA beruhen, können von dieser Regelung ausgenommen werden.

Geschätzte Finanzwirkung

Das geschätzte jährliche Einsparvolumen durch Begrenzung der EGV-Ausgaben beläuft sich im Jahr 2027 auf 400 Mio. € bis 700 Mio. €.

Die Spannweite der Schätzung ergibt sich basierend auf den historischen Veränderungsraten in der MGV und den in der Reformempfehlung genannten Fortschreibungsfaktoren. Darauf aufbauend wird für die Finanzschätzung eine Senkung der Ausgabendynamik um etwa drei Prozentpunkte zugrunde gelegt. Die untere Grenze ergibt sich mit möglichen Ausnahmen und bei einer Wechselwirkung mit weiteren Reformempfehlungen, unter anderem dem Reformempfehlung zur Rückführung der Psychotherapie in die MGV und der Rücknahme der TSVG Konstellationen (siehe dazu Reformempfehlungen Nummer 3 und 10).

Unter der Annahme, dass sich die derzeitige Preis- und Mengenentwicklung fortsetzt und ohne Einbezug der derzeit gültigen Dämpfung durch die Änderung der Berechnungsgrundlage für die MGV-Veränderungsraten nach § 87a Absatz 4 Satz 5 SGB V ab 2028 (siehe dazu Reformempfehlung Nummer 4), ergibt sich für 2030 ein Finanzvolumen in Höhe von 1,8 Mrd. € bis zu 2,8 Mrd. €. Die geplante Neuordnung der Systematik soll dann langfristig einen weiteren weit überdurchschnittlichen Zuwachs vermeiden.

Sollte der § 87a Absatz 4 Satz 5 SGB V zur Änderung der Berechnungsgrundlage für die MGV-Veränderungsraten Bestand haben, senkt sich die Finanzwirkung ab 2028 auf 1,5 Mrd. € bis 2,5 Mrd. €. in 2030 (Formblatt 3).

Diskussion

Umsetzbarkeit

Mit dem GKV-FinG wurde von 2010 bis 2011 der § 87d Absatz 4 SGB V für die Begrenzung des Ausgabenvolumens für EGV-Leistungen in den Jahren 2011 und 2012 eingeführt. Die Umsetzung des Reformempfehlungs zur erneuten Begrenzung des Ausgabenanstiegs kann mit einer vergleichbaren Regelung erfolgen. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 möglich. Die konkrete Umsetzung der Begrenzung auf KV-Ebene erfolgt dabei durch die Vertragspartner.

Auswirkungen auf die Versorgung

Es sind insgesamt höchstens geringe Auswirkungen auf die Versorgung zu erwarten, da sich die EGV-Begrenzung nicht auf spezifische Leistungen bezieht, sondern zur pauschalen Reduktion des Ausgabenanstiegs beitragen soll. Die Umsetzung würde daher primär den Reinertrag der Praxen senken. Es besteht für die Vertragsärzte ähnlich zu budgetierten Leistungen außerdem ein geringerer Anreiz zur Erbringung der Leistungen, die mit Mengenbegrenzung beziehungsweise Preisabstaffelungen vergütet werden.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Der Reformempfehlung betrifft insbesondere Fachgruppen mit einem hohen Anteil an EGV-Leistungen, wie zum Beispiel die Strahlentherapie.

6.3.9 Reformempfehlung Nr. 10: Rückführung der Psychotherapie in die MGV

Hintergrund	Psychotherapeutische Leistungen werden in der GKV vollständig extrabudgetär und ohne geeignete Maßnahmen zur Ausgabensteuerung vergütet.
Reformempfehlung	Rückführung der Psychotherapie in die MGV.
Finanzwirkung	Ca. 90 Mio. € in 2027
Kategorie	B

Hintergrund/Handlungsbedarf

Nichtärztliche Psychotherapeuten sind seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) zum 1. Januar 1999 offiziell in die vertragsärztliche Versorgung der GKV integriert. Im Jahr 1999 kam es auch zu den sogenannten 10-Pfennig-Urteilen des BSG, was die KVen dazu verpflichtet hat, aus Gründen der Honorarverteilungsgerechtigkeit, den Punktwert zeitgebundener psychotherapeutischer Leistungen durch einen Stützwert (damals 10 Pfennig) zu stabilisieren (Bundessozialgericht 1999, 2001). Diese Rechtsprechung diente der Herstellung der Finanzierungsgerechtigkeit, weil aufgrund der festen Zeitgebundenheit bei psychotherapeutischen Leistungen eine individuelle Mengenausweitung, wie bei den anderen Facharztgruppen, nicht möglich ist und die Psychotherapeuten damit in der Honorarverteilung im Vergleich zu den anderen Facharztgruppen benachteiligt sind.

Aufgrund einer hohen Mengendynamik durch eine Angebotsausweitung im Bereich der Psychotherapie, die innerhalb der MGV zu einer Umverteilung zugunsten der Psychotherapeuten geführt hat, haben sich die Vertragspartner zum 01.01.2013 auf die Ausdeckelung der psychotherapeutischen Leistungen verständigt. Der Entscheidung gingen unter anderem innerärztliche Konflikte und eine Empfehlung des Bewertungsausschusses voraus (Bewertungsausschuss 2012a; Bundesministerium für Gesundheit 2012; Deutsches Ärzteblatt 2012). Im Jahr 2025 hat die GKV für psychotherapeutische Leistungen etwa 3,8 Mrd. € aufgewendet. Die Anzahl Leistungserbringender in der Versorgung psychischer Erkrankungen ist konstant steigend (Dilling & Engel 2025). Zwischen 2015 und 2025 lag die durchschnittliche jährliche Steigerung der Ausgaben bei circa 7 %. Im Vergleich gab es im Bereich der ärztlichen Behandlungen im selben Zeitraum jährlich eine durchschnittliche Steigerung von etwa 4 %. Zwischen 2015 und 2025 sind die Ausgaben in der Psychotherapie demnach um etwa 50 Prozentpunkte stärker gestiegen als in der ärztlichen Behandlung (KJ1 Statistik). Gleichzeitig steigt die administrative Prävalenz psychischer Erkrankungen, also die Häufigkeit entsprechender Diagnosen in den Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung, in der Bevölkerung sowie die Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer

Erkrankungen (Dehl et al. 2024 S. IX; Robert Koch-Institut 2025b). Dies weist auf einen wachsenden Versorgungsbedarf hin und unterstreicht die Bedeutung einer transparenten und steuerbaren Vergütungssystematik.

Ein Abflachen der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen ist in den verfügbaren Daten bislang nicht erkennbar. Vielmehr zeigt sich ein anhaltender Anstieg der Inanspruchnahme, der sowohl mit einer steigenden administrativen Prävalenz psychischer Erkrankungen als auch mit regionalen Versorgungsstrukturen zusammenhängt. Analysen weisen zudem auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen der regionalen Psychotherapeutendichte und der Inanspruchnahme (zum Beispiel Grobe et al. 2020). Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass psychotherapeutische Behandlungen nicht immer entsprechend der in Leitlinien vorgesehenen Frequenz und Intensität erfolgen. Vor diesem Hintergrund erscheint eine stärkere Orientierung der Versorgung an evidenzbasierten Behandlungspfaden und eine bessere Priorisierung von Patientinnen und Patienten mit dringendem Behandlungsbedarf sinnvoll. Hierzu bedarf es langfristig wirksamer Steuerungsinstrumente.

Nach Rechtsprechung des BSG und § 87 Absatz 2c Satz 8 SGB V führt der Bewertungsausschuss aktuell jährlich eine Angemessenheitsprüfung durch, um die angemessene Vergütung von Psychotherapeuten in Bezug auf vergleichbar tätige Fachärzte zu gewährleisten. Die Angemessenheitsprüfung psychotherapeutischer Leistungen hat in den letzten Jahren zu starken Honorarsteigerungen geführt. Zusätzlich zu anderweitigen Anpassungen der psychotherapeutischen Vergütung zur Angleichung der Reinerträge wurden im Rahmen der Nachvergütung zwischen 2019 und 2024 125 Mio. € durch die GKV nachträglich ausgezahlt (Formblatt 3). Die letzten beiden Angemessenheitsprüfungen, im Jahr 2025 und aktuell im Jahr 2026 haben ergeben, dass die Reinerträge der Vergleichsarztgruppen zwischenzeitlich geringer ausfallen, als die der Psychotherapeuten. Die psychotherapeutischen Honorare werden im Ergebnis der Angemessenheitsprüfung 2026 durch Beschluss des BA zum 1. April um 4,5 % abgesenkt. Durch eine gegenläufige Anpassung der Strukturzuschläge ergibt sich eine geschätzte Absenkung der Gesamtvergütung um 2,8 % (Deutsches Ärzteblatt 2026; Erweiterter Bewertungsausschuss 2025a, 2026).

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der im Rahmen der Angemessenheitsprüfung in den vergangenen Jahren erfolgten Nachzahlungen durch die GKV und dem überdurchschnittlichen Ausgabenanstieg in der Psychotherapie empfiehlt die Kommission, den zuletzt gezahlten Betrag für psychotherapeutische Leistungen in die MGV zu überführen und auszugleichende Differenzen zwischen den Vergleichsarztgruppen, die sich im Rahmen der Angemessenheitsprüfung ergeben in Zukunft aus der MGV zu begleichen sodass keine Nachzahlungen zulasten der GKV entstehen. Die KVen haben dazu über die Honorarverteilung zum Beispiel über entsprechende Vorwegabzüge im Folgejahr der Angemessenheitsprüfung sicherzustellen, dass der Unterschied in den Reinerträgen zwischen den in

der Angemessenheitsprüfung zu vergleichenden Arztgruppen ausgeglichen wird. Der Ausgleich sollte über Vorwegabzüge bei den Arztgruppen mit den größten Reinerträgen erfolgen.

Geschätzte Finanzwirkung

Das geschätzte jährliche Einsparvolumen beläuft sich für 2027 auf 90 Mio. €. Die Berechnung ergibt sich anhand einer angenommenen Senkung der Kostendynamik um 3 Prozentpunkte und einer Überführung ab dem 1. April 2027 aufgrund der unterjährigen Honorarkorrektur. Für das Jahr 2030 ergäben sich somit Einsparungen in Höhe von 480 Mio. €. Die Ergebnisse sind unter der Annahme berechnet, dass die Differenzen, die sich aus der Angemessenheitsprüfung ergeben, innerhalb der MGV beglichen werden und somit nachträgliche Zahlungen ausgeschlossen werden.

Die Wechselwirkung mit dem Vorschlag zur Begrenzung der EGV-Vergütung (siehe Reformempfehlung 9) ist durch eine um das Volumen der Psychotherapie angepasste Fortschreibung der EGV zu berücksichtigen.

Diskussion

Psychische Erkrankungen sind mit erheblichem Leidensdruck verbunden und eine bedarfsgerechte Versorgung muss sichergestellt sein. Gleichzeitig sollten auch psychotherapeutische Leistungen im solidarisch finanzierten Gesundheitssystem in eine transparente und steuerbare Vergütungssystematik eingebunden sein. Eine Rückführung in die MGV zielt daher nicht auf eine Einschränkung der Versorgung, sondern auf eine systematische Ausgabensteuerung innerhalb der vertragsärztlichen Vergütung.

Umsetzbarkeit

Der Vorschlag wird durch eine entsprechende gesetzliche Regelung in § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V umgesetzt. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 möglich. Aufgrund der Honoraranpassungen in Folge der Angemessenheitsprüfung zum 1. April 2026 wird zur einheitlichen Berechnungsgrundlage eine Umsetzung zum 1. April 2027 vorgeschlagen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Direkte Auswirkungen auf die Versorgung sind nicht zu erwarten. Psychotherapeutische Leistungen bleiben weiterhin Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Allerdings könnte eine stärkere Einbindung in die MGV die finanziellen Anreize für eine Ausweitung psychotherapeutischer Behandlungskapazitäten verringern.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Regelung wird kann zu innerärztlichen Verteilungskonflikten innerhalb der MGV führen, ähnlich wie vor Stand der Auslagerung der psychotherapeutischen Leistungen aus der MGV. Dies ist

insbesondere der Fall, wenn aus dem Ausgleich der aus der Angemessenheitsprüfung resultierenden Differenzen geringere Auszahlungsquoten in den übrigen Fachgruppen folgen.

6.3.10 Reformempfehlung Nr. 11: Streichung der Zuschläge zur Kurzzeittherapie

Hintergrund	Die 2020 eingeführten Zuschläge zur Kurzzeittherapie haben keinen messbaren Effekt auf die Versorgung psychisch Erkrankter.
Reformempfehlung	Rücknahme der Zuschläge zur Kurzzeittherapie.
Finanzwirkung	Ca. 95 Mio. € in 2027
Kategorie	B

Hintergrund/Handlungsbedarf

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychThGAusbRefG) aus dem Jahr 2019 wurden durch eine Ergänzung des § 87 Absatz 2c SGB V um einen Satz 9 f. ab 2020 Zuschläge in Höhe von 15 % auf diejenigen psychotherapeutischen Leistungen vorgesehen, die im Rahmen des ersten Therapieblocks einer Kurzzeittherapie erbracht werden. Seither können Psychotherapeuten bei den ersten zehn Sitzungen einer Kurzzeittherapie im Rahmen von Einzel- und Gruppentherapien entsprechende Zuschläge abrechnen, sofern sie die Mindestsprechstundenzahl erfüllt haben. Abhängig von der Gruppengröße entspricht das aktuell einem Zuschlag in Höhe von 10 € bis 17 € je Sitzung. Mit den Zuschlägen zielte der Gesetzgeber darauf ab, einen zusätzlichen finanziellen Anreiz zu geben, mehr Patienten mit Bedarf für eine Kurzzeittherapie zu behandeln und die Therapiedauer im Gegensatz zur Langzeittherapie zu verkürzen. Dadurch sollten durch die Behandlung von insgesamt mehr Patienten auch Wartezeiten reduziert werden (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 19/13585, 2019, S. 84).

Die Anzahl sowohl von Kurzzeittherapien als auch Langzeittherapien ist seit 2018 im Mittel steigend. Dabei gab es seit Einführung der Zuschläge im Jahr 2020 eine nur geringfügige Veränderung des Anteils von Kurzzeittherapien an allen Therapieformen: 2018 wurden 49,0 % aller Therapien als Kurzzeittherapie abgerechnet, 2024 50,4 %. Zwischenzeitlich lag der Anteil auf einem Tiefstwert von 46 % (2021) und einem Höchstwert von 51 % (2023). Der Anteil von Zuschlägen für Kurzzeittherapien an der psychotherapeutischen Gesamtvergütung liegt seit 2021 konstant bei etwa zwei Prozent (Frequenzstatistik).

Für Kurzzeittherapien besteht die Möglichkeit der Umwandlung in eine Langzeittherapie, sofern die Krankenkasse den formellen Antrag auf Basis einer psychotherapeutischen Gutachtenempfehlung genehmigt. Da die Zuschläge für Kurzzeittherapien, die in eine Langzeittherapie umgewandelt werden, nicht zurückgezahlt werden müssen, besteht ein Anreiz die Behandlung zunächst in Form der Kurzzeittherapie zu beginnen und den Zuschlag für eine Kurzzeittherapie abzurechnen, auch bei bereits zu Beginn bestehendem Bedarf für eine Langzeittherapie (sogenannter Mitnahmeeffekt).

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der fehlenden Evidenz zu der erzielten Wirkung sowie des potentiellen Mitnahmeeffekts empfiehlt die Kommission die Rücknahme der gesetzlichen Vorgabe für die Etablierung von Zuschlägen zur Kurzzeittherapie.

Geschätzte Finanzwirkung

Das Einsparvolumen bei einem vollständigen Entfall der Zuschläge basierend auf den Auszahlungen im Jahr 2024 gemäß der Frequenzstatistik beläuft sich auf 87 Mio. € jährlich. Unter der Annahme, dass sich die derzeitige Preis- und Mengenentwicklung fortsetzt, ergibt sich für 2027 ein Volumen von 95 Mio. €, das bis 2030 auf 100 Mio. € ansteigt. Derzeit werden die Zuschläge im Rahmen der Angemessenheitsprüfung durch den Bewertungsausschuss anteilig mit dem Faktor 0,2 in die erreichbare Vergütung einbezogen. Bei einer Fortführung dieser Berechnungsgrundlage ist von einer Reduktion des oben genannten Einsparvolumens um etwa 20 % auszugehen.[12] Die Kosten werden dauerhaft eingespart.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Hierfür ist die Anpassung von § 87 Absatz 2c Satz 9 SGB V notwendig. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Psychotherapeutische Behandlungsentscheidungen sollten sich primär am klinischen Bedarf orientieren und nicht durch spezifische Vergütungsanreize verzerrt werden. Durch Abschaffung der Zuschläge wird ein möglicher Fehlanreiz dahingehend, eher oder sogar vorwiegend oder ausschließlich Fälle mit voraussichtlich kürzerem Behandlungsbedarf zu behandeln, bei denen voraussichtlich eine kürzere Therapiedauer erforderlich ist, reduziert. Der Anreiz, Kurzzeittherapien zu erbringen, bleibt derweil aufgrund des vereinfachten Genehmigungsverfahrens bestehen. Anträge auf Kurzzeittherapien müssen von den Kassen innerhalb von drei Wochen bearbeitet werden und können nur mittels Gutachten abgelehnt werden. Alternativ wird der Antrag automatisch bewilligt. Regelhaft ist die Kurzzeittherapie daher genehmigungsfrei.

Insgesamt ist unter Berücksichtigung des geringen Anteils der Zuschläge an der psychotherapeutischen Vergütung und der Tatsache, dass sich nach Einführung der Zuschläge der Anteil der kurzzeittherapeutischen Leistungen an allen Leistungen nicht signifikant verändert hat, keine Einschränkung im Zugang zur Psychotherapie oder veränderten Wartezeiten zu erwarten.

[12] Eigene Berechnungen auf Grundlage der KJ1 Statistik und der derzeitigen Systematik des erweiterten BA *(Erweiterter Bewertungsausschuss 2023, 2025a)*.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Der durchschnittliche Anteil der Vergütung von Kurzzeittherapien am Gesamteinkommen psychotherapeutischer Praxen in Höhe von zwei Prozent kann sich je nach der individuellen Praxisstruktur unterscheiden. Praxen mit einem hohen Anteil an Kurzzeittherapien werden durch die Reformempfehlung entsprechend stärker finanziell belastet.

6.3.11 Reformempfehlung Nr. 12: Entfall des Konsiliarberichts vor psychotherapeutischen Leistungen bei bestehender Voruntersuchung

Hintergrund	Derzeit ist vor Beginn jeder psychotherapeutischen Behandlung ein Konsiliarbericht vorgeschrieben, obwohl dessen Notwendigkeit nicht in allen Fällen gegeben ist.
Reformempfehlung	Entfall des Konsiliarberichts vor Beginn der psychotherapeutischen Behandlung bei ärztlich überwiesenen Patienten und bei einer psychotherapeutischen Anschlussbehandlung nach einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung.
Finanzwirkung	Ca. 0,1 Mio. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Gemäß § 28 Absatz 3 Satz 3 SGB V sind Psychotherapeuten verpflichtet, vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung beziehungsweise spätestens nach den probatorischen Sitzungen einen Konsiliarbericht eines Vertragsarztes, gegebenenfalls zusätzlich, eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes einzuholen. Dadurch sollen mögliche somatische Erkrankungen vor Durchführung psychotherapeutischer Maßnahmen abgeklärt werden. Außerdem wird geprüft, ob neben der psychotherapeutischen Behandlung eine ärztliche oder ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich ist.

Derzeit sieht das Gesetz keine Ausnahmen für ärztlich überwiesene oder anderweitig vorab untersuchte Patienten vor, wodurch in einigen Fällen vermeidbare Doppeluntersuchungen beziehungsweise unnötige Arztkontakte entstehen.

Reformempfehlung

Die Pflicht für einen Konsiliarbericht vor Beginn der psychotherapeutischen Behandlung entfällt bei ärztlich überwiesenen Patienten und bei einer psychotherapeutischen Anschlussbehandlung nach vorangegangener Krankenhausbehandlung.

Geschätzte Finanzwirkung

Das geschätzte jährliche Einsparvolumen durch die Ausnahmeregelungen zum Konsiliarbericht beläuft sich auf 100.000 € - 180.000 € jährlich.

Die untere Grenze der Finanzwirkung ergibt sich aus den direkten Ausgaben für Konsiliarberichte in Höhe von 320.000 € im Jahr 2024 und der Annahme, dass jeder vierte Patient direkt aus der

ambulanten Versorgung überwiesen wird und jeder 20. Patient die ambulante Behandlung im Anschluss an einen stationären psychotherapeutischen Aufenthalt aufsucht. Die obere Grenze ergibt sich mit der Annahme, dass bei bis zu 56 % der Patienten, die eine Therapie beginnen, im Vorquartal im Rahmen eines Hausarztbesuches eine Diagnose zu einer psychischen Erkrankung gestellt wurde.[13] Unter Einbezug der möglichen Auslösung einer Quartalspauschale, Konsultationspauschalen und weiteren durch die Anforderung des Konsiliarberichts ausgelösten Leistungen erhöht sich die Finanzwirkung auf ein Einsparvolumen in Höhe von 300.000 € bis 600.000 € jährlich.

Unter der Annahme, dass sich die steigende Preisentwicklung bei derzeitigem Rückgang abgerechneter Konsiliarberichte fortsetzt, ergibt sich für 2027 bis 2030 ein konstantes Finanzvolumen in Höhe der Schätzungen aus 2024.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Hierfür ist die Anpassung von § 28 Absatz 3 Satz 3 SGB V notwendig. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Für Patienten, welche ohne Überweisung durch einen Vertragsarzt oder eine vorangegangene psychotherapeutische Behandlung im stationären Sektor die psychotherapeutische Sprechstunde aufsuchen, bleibt der verpflichtende Konsiliarbericht unverändert bestehen. Für Patienten, bei denen zukünftig der Konsiliarbericht entfällt, wird der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung vereinfacht und wiederholte Untersuchungen bei bereits ausgeschlossenen somatischen Ursachen vermieden. Die Qualität der Versorgung wird demnach nicht beeinträchtigt. Stattdessen würden die freigewordenen Kapazitäten im vertragsärztlichen Bereich potentiell Wartezeiten für Konsiliarberichte und weitere Leistungen verkürzen. Die Reduktion notwendiger Konsiliarberichte führt zu einer Vereinfachung der bürokratischen Vorgänge vor dem Beginn psychotherapeutischer Behandlungen und freiwerdenden Arztkapazitäten.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Reformempfehlung resultiert in wegfallenden Honoraren für die ausstellenden Vertragsärzte.

[13] Ausgaben auf Grundlage der Frequenzstatistik, untere Grenze gemäß Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), obere Grenze gemäß Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

6.3.12 Reformempfehlung Nr. 13: Beendigung der vollständigen Finanzierung von Erprobungsstudien

Hintergrund	Die Kosten von Erprobungsstudien werden derzeit in der Regel aus Mitteln der GKV finanziert, auch wenn die Erprobung durch die Hersteller initiiert wird.
Reformempfehlung	Beendigung der vollständigen Finanzierung von Erprobungsstudien nach § 137e SGB V zulasten der GKV.
Finanzwirkung	Ca. 10 Mio. € in 2027
Kategorie	B

Hintergrund/Handlungsbedarf

Erprobungsstudien gemäß § 137e SGB V dienen der Generierung wissenschaftlicher Evidenz zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen für die Versorgung bislang nicht ausreichend belegt ist, bei denen jedoch ein Potenzial für eine positive Bewertung angenommen wird (Gemeinsamer Bundesausschuss 2026d). Gelangen die Beratungen des G-BA im Rahmen der Methodenbewertung zu dem Ergebnis, dass für eine Methode zwar noch kein ausreichender Nutzennachweis erbracht werden kann, die Methode jedoch das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative hat, muss der G-BA eine Erprobungsstudie beschließen, um die erforderliche Evidenz für eine abschließende Nutzenbewertung zu generieren, § 137e Absatz 1 SGB V. Nach § 137e Absatz 7 SGB V können - unabhängig von einem Beratungsverfahren nach § 135 SGB V oder § 137c SGB V - Hersteller eines Medizinprodukts, auf dessen Einsatz die technische Anwendung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode maßgeblich beruht, und Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter einer neuen Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, beim G-BA beantragen, dass dieser eine Richtlinie zur Erprobung der neuen Methode nach Absatz 1 beschließt. Der G-BA führt eine Übersicht zu den Verfahren nach § 137e SGB V (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2026a). Im Moment gibt es 38 laufende Verfahren.

Die von den Leistungserbringern im Rahmen der Erprobung erbrachten und verordneten Leistungen werden gemäß § 137e Absatz 4 SGB V unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Kosten der vom G-BA rahmenvertraglich zu veranlassenden oder eigenständig beauftragten wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung trägt gemäß § 137e Absatz 6 SGB V der G-BA - und damit über § 139c SGB V letztlich die GKV.

An der Erprobung beteiligte Medizinproduktehersteller oder Unternehmen, die als Anbieter der zu erprobenden Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, können nach § 137e Absatz 5 Satz 2 SGB V auch selbst eine unabhängige wissenschaftliche

Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung beauftragen, wenn sie diese Absicht innerhalb eines vom G-BA bestimmten Zeitraums mitteilen.

Auch ein Antrag auf Aufnahme eines Hilfsmittels nach § 139 Absatz 3 SGB V kann eine Nutzenbewertung nach Maßgabe von § 135 SGB V und bei entsprechendem Potenzial eine Erprobung auslösen - und auch in dieser Konstellation fallen die entsprechenden Kosten der GKV zur Last.

§ 137e Absatz 6 SGB V a. F., der den Beschluss des G-BA s für eine Erprobung davon abhängig gemacht hatte, dass sich die Hersteller dieses Medizinprodukts oder Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter der Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, zuvor gegenüber dem G-BA bereit erklärt hatten, die nach Absatz 5 entstehenden Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung in angemessenem Umfang zu übernehmen, wurde durch das TSVG ersatzlos gestrichen.

Die aktuelle Finanzierungssystematik führt dazu, dass die GKV Studien finanziert, die teilweise der Evidenzgenerierung für neue Produkte oder Verfahren dienen, deren wirtschaftlicher Nutzen überwiegend bei Herstellern oder anderen Anbietern liegt und von diesen beantragt wird.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt die Beendigung der vollständigen Finanzierung von Erprobungsstudien nach § 137e SGB V zulasten der GKV, wenn diese unabhängig von einem Beratungsverfahren nach § 135 SGB V oder § 137c SGB V erfolgen. Die Finanzierung soll in diesen Fällen vollständig durch die Hersteller erfolgen. In diesem Fall würden Erprobungsstudien, wie ursprünglich praktiziert, nur dann durchgeführt, wenn der Hersteller die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung und Durchführung sicherstellt. Die GKV würde keine Kosten für diese Studien übernehmen.

Geschätzte Finanzwirkung

Die vollständige Beendigung der Finanzierung von Erprobungsstudien durch die GKV würde zu Einsparungen von 10 Mio. € jährlich ab 2027 führen.

Diskussion

Solidarisch finanzierte Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung sollten in erster Linie der Versorgung der Versicherten dienen. Wenn Erprobungsstudien überwiegend der Evidenzgenerierung für neue Produkte mit wirtschaftlichem Nutzen für Hersteller dienen und allein auf deren Antrag erfolgen, ist eine Finanzierung durch diese Anbieter sachgerecht.

Umsetzbarkeit

Die rechtliche Umsetzung erfordert insbesondere Anpassungen der Regelungen in § 137e SGB V sowie gegebenenfalls in § 139 Absatz 3 SGB V, um die Finanzierungspflichten der Hersteller oder anderer wirtschaftlich interessierter Anbieter entsprechend zu regeln.

Auswirkungen auf die Versorgung

Eine vollständige Finanzierungspflicht der Hersteller könnte potenziell dazu führen, dass weniger Erprobungsstudien durchgeführt werden, wenn Hersteller nicht bereit sind, die entsprechenden Kosten zu tragen. In solchen Fällen könnten innovative Methoden oder Produkte möglicherweise nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht werden und dadurch nicht in die Regelversorgung gelangen, obwohl sie potenziell einen Nutzen für Patientinnen und Patienten hätten. Allerdings liegt keine Evidenz dafür vor, dass die Finanzierung der Erprobungsstudien durch die GKV mehr Innovationen als vorher in bestimmten Bereichen hervorgebracht hat oder dass eine Finanzierung durch die GKV eine notwendige Voraussetzung für die Innovation gewesen wäre. Daher ist nicht ersichtlich, dass die Versorgung durch die Reformmaßnahme negativ beeinträchtigt werden könnte.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Der Reformempfehlung verortet die Finanzierung der Evidenzgenerierung stärker am Verursacher- beziehungsweise Nutznießerprinzip. Für Hersteller dürfte die Reform daher zu zusätzlichen finanziellen Verpflichtungen führen. Gleichzeitig könnte eine stärkere finanzielle Beteiligung der Hersteller dazu beitragen, dass Studien gezielter auf Produkte mit relevantem Nutzen und realistischem Versorgungspotenzial ausgerichtet werden und dadurch langfristig zu einer effizienteren Nutzung von Ressourcen beitragen.

6.3.13 Reformempfehlung Nr. 14: Rücknahme der Vergütung für die Aktualisierung und Erstbefüllung der ePA ab 2027

Hintergrund	Die elektronische Patientenakte (ePA) ist seit Januar 2025 für alle gesetzlich Versicherten eingeführt. Die Befüllung und Aktualisierung sind gesetzlich vorgeschrieben und erfolgen auf einer technisch weitgehend automatisierbaren Grundlage.
Reformempfehlung	Rücknahme der Vergütung für die Aktualisierung und Erstbefüllung der ePA ab 2027.
Finanzwirkung	Ca. 0,6 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die bundesweite Umsetzung der elektronischen Patientenakte (ePA) wurde maßgeblich mit dem 2024 in Kraft getretenen Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz - DigiG) vorangetrieben. Seit dem 15. Januar 2025 ist die Bereitstellung einer ePA für alle gesetzlich Versicherten durch die jeweilige Krankenkasse vorgeschrieben. Die Versicherten können der ePA jederzeit widersprechen (sogenanntes Opt-out (Bundesministerium für Gesundheit 2025e)).

Seit dem 1. Oktober 2025 sind die Leistungserbringer zur Nutzung der ePA verpflichtet. Die Nutzung umfasst die Befüllung der ePA mit den gesetzlich festgeschriebenen Daten im Rahmen der jeweiligen Behandlung. Die Leistungen zur Erstbefüllung und Aktualisierung der ePA werden seit 2021 auf Grundlage des gesetzlichen Auftrags gemäß § 87 Absatz 2a Satz 25 und 26 SGB V vergütet.

Ein Arzt erhält im Jahr 2026 11,34 € für jeden Versicherten, für den eine ePA sektorübergreifend das erste Mal mit Daten gefüllt wird (GOP 01648, 89 Punkte). Die Aktualisierung der ePA bei einem Arzt-Patientenkontakt ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig und wird 2026 mit 1,91 € vergütet (GOP 01647, 15 Punkte). Die Befüllung ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und ohne Arzt-Patienten-Kontakt per Video ist bis zu viermal im Arztfall berechnungsfähig und wird 2026 mit 0,38 € vergütet (GOP 01431, 3 Punkte). Die Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der ePA erfolgt extrabudgetär.

Die Regelungen zur Vergütung wurden vor der flächendeckend verpflichtenden Nutzung der ePA eingeführt. Seit 2025 ist das Abrechnungsvolumen stark gestiegen. Der Großteil der Zahlungen für die Erstbefüllung der ePA fällt im Jahr 2026 an. Ab 2027 wird der größte Anteil auf die regelmäßige Befüllung entfallen.

Je nach verwendetem Praxisverwaltungssystem ist die Nutzung der ePA mit keinem zusätzlichen Dokumentations- oder Bearbeitungsaufwand verbunden. Langfristig führt die Nutzung der ePA zu einem Effizienzgewinn, da vorhandene Dokumentationsinhalte strukturiert erfasst, digitalisiert und zentral für alle Leistungserbringenden bereitgestellt werden. Dadurch wird die Anamnese erleichtert und der Austausch mit anderen Leistungserbringenden weniger zeitintensiv, sodass mehr Kapazitäten für weitere Behandlungsfälle zur Verfügung stehen.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der flächendeckenden Einführung der ePA und der Möglichkeiten technischer Automatisierung empfiehlt die Kommission die Rücknahme der Vergütung der Erstbefüllung und Aktualisierung der ePA ab dem 01.01.2027. Zwei Jahre nach der Verfügbarkeit der ePA erscheint eine monetäre Unterstützung für die (Erst-)Befüllung nicht mehr erforderlich, da davon auszugehen ist, dass die Effizienzgewinne den hierfür notwendigen Zeitaufwand übersteigen. Tätigkeiten, die gesetzlich verpflichtend sind und technisch weitgehend automatisiert erfolgen können, bedürfen grundsätzlich keiner dauerhaften gesonderten Vergütung. Die vorliegende Reformempfehlung zielt auf eine sachgerechte Vergütung medizinischer Leistungen ab und stellt den langfristigen Nutzen der ePA dabei nicht in Frage.

Geschätzte Finanzwirkung

Das geschätzte Einsparvolumen der Reformempfehlung beläuft sich zwischen 2027 und 2030 auf ca. 600 Mio. € jährlich.

Die Schätzung des Einsparvolumens aus dem Wegfall der Vergütung für die Aktualisierung basiert auf einer aktuellen Zahl von rund 600 Millionen ambulanten Fällen pro Jahr (Mangiapane et al. 2026, Tabelle 2) und der Annahme, dass davon etwa die Hälfte mit einer ePA-Aktualisierung verbunden sind (Widerspruch gegen die Anlage einer ePA, Ausschluss von Fällen ohne Patientenkontakt und von Fällen ohne notwendige Aktualisierung der ePA). Nicht berücksichtigt sind die Einsparungen aus der Streichung der Regelung zur Erstbefüllung durch vor allem Neugeborene und GKV-Neuzugänge mit einem geschätzten Volumen von unter 10 Mio. €, sowie Fälle außerhalb des ambulanten Sektors.

Diskussion

<u>Umsetzbarkeit</u>

Hierfür sind die gesetzlichen Vorgaben zur Vergütung der Erstbefüllung und der Aktualisierung nach § 87 Absatz 2a Sätze 25–26 SGB V zu streichen und gleichzeitig in § 87 SGB V festzulegen, dass eine solche Vergütung nicht weiter vorgesehen ist. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Reformempfehlung hat keine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, da sich die Zuschläge nicht auf spezifische Versorgungsleistungen beziehen. Die gesetzliche Verpflichtung zur Befüllung der ePA durch Leistungserbringende bleibt unverändert bestehen.

Die automatische Einspeisung in die ePA beziehungsweise eine unkompliziert-automatisierte Hintergrundsynchronisation zwischen Praxisverwaltungssystemen und ePA sollte von den Herstellern der Praxisverwaltungssysteme im Versorgungsalltag sichergestellt werden. Soweit dies gewährleistet wird, ist zukünftig nur mit geringen beziehungsweise keinen Mehraufwänden für die ePA-Aktualisierung zu rechnen. Eine Streichung würde daher primär den Reinertrag der Praxen senken.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Erstbefüllung, deren Bedeutung zahlenmäßig in den kommenden Jahren abnehmen wird, wird größtenteils durch Allgemeinmediziner vorgenommen. Das finanzielle Gewicht liegt jedoch in der Vergütungsregelung für die Aktualisierung, deren Streichung insbesondere Arztgruppen mit einer hohen Fallzahl betrifft.

6.3.14 Reformempfehlung Nr. 15: Rücknahme der Hygienezuschläge

Hintergrund	Es gibt keine inhaltliche Grundlage für die getrennte Zahlung von Hygienezuschlägen zusätzlich zu den im EBM berücksichtigten Kostenstrukturerhebungen. Dadurch entsteht eine Doppelfinanzierung von hygienebedingten Aufwendungen.
Reformempfehlung	Rücknahme der Hygienezuschläge.
Finanzwirkung	Ca. 0,12 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die Hygienezuschläge gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V in seiner 74. Sitzung am 17. November 2021 zur Versichertenpauschale wurden ohne gesetzlichen Auftrag mit Wirkung ab 2022 eingeführt. Für alle Fachgebiete kann für jeden Behandlungsfall mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt ein Zuschlag in Höhe von 2 Punkten (EBM) berechnet werden (Erweiterter Bewertungsausschuss 2021a). Nach dem derzeit geltenden OPW ergibt sich ein Zuschlag in Höhe von circa 25 Cent pro Fall.

Ziel der während der Pandemie eingeführten Zuschläge war die ausreichende Refinanzierung zusätzlicher Kosten für die Gewährleistung der Hygiene. Zur Begründung wurden die Vorgaben aus der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes angeführt. Eine differenzierte Berechnung der entstandenen Kosten wurde nicht durchgeführt, die Berücksichtigung von Skaleneffekten wurde nicht vorgesehen (Erweiterter Bewertungsausschuss 2021c).

Die Refinanzierung der Praxiskosten erfolgt auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamts (Kostenstrukturerhebung). Da diese Erhebung mit Zeitverzögerung vorliegt, wird die jährliche Veränderungsrate des Orientierungswerts nach einem zwischen KBV und GKV-SV vereinbarten Verfahren anhand von Preisindizes fortgeschrieben. Durch diese Fortschreibung werden Hygieneaufwände automatisch in den Praxiskosten berücksichtigt, sodass eine Refinanzierung auf Grundlage tatsächlicher Kostendaten gewährleistet ist. Eine gesonderte Zahlung von Hygienezuschlägen parallel zur Berücksichtigung in den statistischen Kostendaten führt zu einer Doppelfinanzierung der Hygieneaufwendungen.

Die Vergütung der Hygienezuschläge entfällt überwiegend auf die MGV. Darüber hinaus kommt es zu extrabudgetären Auszahlungen, sofern der Hygienezuschlag innerhalb einer TSVG-Konstellation abgerechnet und der gesamte Behandlungsfall dadurch extrabudgetär vergütet wird. Die MGV wird nicht um diese Zuschläge bereinigt.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der Doppelfinanzierung durch die Berücksichtigung von Aufwendungen für die Praxishygiene in den Kostenstrukturerhebungen empfiehlt die Kommission die Rücknahme der Hygienezuschläge. Zur Umsetzung wird empfohlen, im § 87 Absatz 2a SGB V anzufügen, dass der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zum 1. Januar 2027 dahingehend anzupassen hat, dass die bestehenden Hygienezuschläge gestrichen werden. Außerdem ist die MGV um das Volumen der Hygienezuschläge zu bereinigen. Die 2024 eingeführten Zuschläge zur Abbildung des zusätzlichen Hygieneaufwands bei ambulanten Operationen sind von diesem Vorschlag unberührt (Bewertungsausschuss 2024).

Geschätzte Finanzwirkung

Das Einsparvolumen bei einer vollständigen Rücknahme der Hygienezuschläge und Bereinigung der MGV basierend auf den Auszahlungen im Jahr 2024 beläuft sich auf 110 Mio. € jährlich. Unter der Annahme, dass sich die derzeitige Preis- und Mengenentwicklung fortsetzt, ergibt sich für 2027 bis 2030 ein Volumen von jährlich 120 Mio. € (Frequenzstatistik).

Diskussion

Umsetzbarkeit

Hierfür ist die Anpassung von § 87 Absatz 2a SGB V notwendig. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Reformempfehlung hat keine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, da die Hygienekosten schon in der Kalkulation der Praxiskosten berücksichtigt und damit bereits über den OPW finanziert werden. Eine Streichung würde daher primär den Reinertrag der Praxen senken.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Regelung betrifft insbesondere Arztgruppen mit einer hohen Fallzahl, das heißt insbesondere Ärzte der Dermatologie, HNO, Augenheilkunde und Urologie (Honorarberichte der KBV).

6.3.15 Reformempfehlung Nr. 16: Evidenzbasierte Anpassung der Laboruntersuchungen im Gesundheits-Check-up

Hintergrund	Laboruntersuchungen im Rahmen des Gesundheits-Check-up werden obligat auch bei bereits vorliegenden Befunden und nicht anlassbezogen durchgeführt.
Reformempfehlung	Reduktion von Laborleistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung durch Abschaffung obligater Harnstreifentests und Lipidprofile.
Finanzwirkung	Ca. 5 Mio. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die Richtlinie des G-BA über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) bestimmt auf Grundlage des § 25 SGB V die Rahmenbedingungen für Anspruch und Inhalt der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung (GU, Gesundheits-Check-up) ohne Krebsfrüherkennungsmaßnahmen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021). Alle gesetzlich Versicherten haben ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zum Ende des 35. Lebensjahres einmalig Anspruch auf eine GU. Ab Vollendung des 35. Lebensjahres besteht alle drei Jahre Anspruch auf eine GU. Neben der Anamnese und einer körperlichen Untersuchung sind Laboruntersuchungen in der Richtlinie (Anlage 1 unter 3.) wie folgt vorgeschrieben:

- Untersuchungen aus dem Urin (Harnstreifentest)
  - Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit
- Untersuchungen aus dem Blut
  - Lipidprofil (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride)
  - Nüchternplasma-Glukose

Für Personen unter 35 Jahren ist der Harnstreifentest nicht vorgesehen, eine Untersuchung aus dem Blut erfolgt nur bei entsprechendem Risikoprofil. Bei symptomlosen, gesunden Personen über 35 Jahren erfolgt die Untersuchung anlasslos. Im Jahr 2024 wurden etwa 10 Mio. Gesundheitsuntersuchungen durchgeführt (Frequenzstatistik).

Es existiert kein Nutzennachweis für eine anlasslose Untersuchung des Urins zur Erkennung von Tumoren oder Nierenerkrankungen. Die Erfassung der Uringlukose doppelt sich mit der Blutzuckermessung. Hinweise auf eine asymptomatische Bakteriurie haben keine therapeutische

Konsequenz. Nicht erforderliche Untersuchungen können auf falsch positive Befunde folgen (Oberhofer 2020).

Die Messung des Lipidprofils im Blut zur Risikoabschätzung ist grundsätzlich indiziert. Die Cholesterinwerte sind jedoch weitgehend genetisch determiniert und zeigen dadurch meist nur geringe Schwankungen im Zeitverlauf. Häufig liegen in Praxen mehrere Lipidmessungen über viele Jahre vor, die dadurch nur im Bereich der Messvarianz voneinander abweichen und keine therapeutische Konsequenz haben. Triglyceride sind in der Regel nicht Bestandteil der kardiovaskulären Risiko-Scores (SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration 2021).

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund fehlender Evidenz und möglicher Überdiagnostik empfiehlt die Kommission die Anpassung der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie zur Reduktion bestimmter Laborleistungen im Rahmen der GU durch

1. Abschaffung des obligatorischen Harnstreifentests
2. Bestimmung des Lipid-Profils nur bei Bedarf, das heißt bei etwaigen Risikopatienten oder wenn bisher kein Profil bekannt ist

Geschätzte Finanzwirkung

Die geschätzte Finanzwirkung beläuft sich für 2027 auf 5 Mio. € und nachfolgend auf 9 Mio. € jährlich. Die Schätzung basiert auf vermiedenen Urinuntersuchungen in 9 Mio. Fällen (jeweils 0,50 €) und der Annahme, dass in 4,5 Millionen GUs die Untersuchungen des Lipid-Profils vermeidbar sind (jeweils 1 €). Zusätzliche Kaskadeneffekte durch vermiedene Folgeuntersuchungen sind nicht berücksichtigt. Die Finanzwirkung für 2027 wird aufgrund der Umsetzung hälftig mit 5 Mio. € ausgewiesen.

Diskussion

Diagnostische Maßnahmen in Prävention und Früherkennung sollten auch aus ethischer Perspektive einen nachweisbaren Nutzen haben. Untersuchungen ohne ausreichende Evidenz können zu falsch-positiven Befunden und unnötiger Abklärungsdiagnostik führen. Ihre Begrenzung dient daher sowohl dem Schutz vor Überdiagnostik als auch dem verantwortungsvollen Einsatz solidarisch finanzierter Ressourcen.

Umsetzbarkeit

Hierfür ist eine Anpassung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie notwendig. Der G-BA ist eigenverantwortlich als Normgeber für etwaige Änderungen der Richtlinie zuständig. Der Gesetzgeber kann aber über eine Konkretisierung des § 25 Absatz 4 SGB V eine Überarbeitung der Richtlinie mit einer Fristsetzung zum 01.07.2027 beauftragen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Es sind positive Effekte auf die Qualität der Versorgung zu erwarten, da die Regelung Leistungen betrifft, die klinisch nicht indiziert sind. Der Wegfall von vermeidbarer beziehungsweise dem Patienten nicht nutzenbringender Diagnostik wird zur Verringerung falsch-positiver Befunde und damit der Reduktion von Überversorgung unter anderem durch vermeidbare Abklärungsdiagnostik führen. Anlassbezogene Untersuchungen sind weiterhin möglich und werden nicht eingeschränkt.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Es ist eine geringfügige Senkung des Reinertrags in der Labormedizin zu erwarten. Ressourcen und finanzielle Mittel können bedarfsnotwendig eingesetzt werden.

6.3.16 Reformempfehlung Nr. 17: Verbot der Selbstzuweisung laborärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung

Hintergrund	Die Möglichkeit der Selbstzuweisung von Laborleistungen schafft ökonomische Fehlanreize zur Mengenausweitung.
Reformempfehlung	Verbot der Selbstzuweisung von Laborleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung.
Finanzwirkung	Ca. 20 Mio. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die Ausgaben für labormedizinische Leistungen im ambulanten Bereich nach EBM Kapitel 32 betrugen im Jahr 2024 2,6 Mrd. € und machten damit einen signifikanten Anteil an den Leistungsausgaben in der vertragsärztlichen Versorgung aus (Formblatt 3). Aufgrund großer Skaleneffekte infolge fortgeschrittener Automatisierung wurden die Vergütungen für die Bestimmung einzelner Laborwerte im Routine-Labor bereits deutlich abgesenkt.

Problematisch erscheint nicht der Einzelpreis, sondern die Indikationsstellung und Menge an veranlassten Laborleistungen, vor allem im sogenannten Speziallabor-Bereich, der etwa 70 % der Gesamtlaborausgaben ausmacht (EBM Kapitel 32.3, Formblatt 3). In bestimmten Versorgungsstrukturen werden Laborleistungen in der eigenen Praxis oder in Apparategemeinschaften durchgeführt und im Wege der sogenannten Selbstzuweisung abgerechnet. Die Erbringung und Abrechnung von Speziallaborleistungen durch Vertragsärzte, die nicht über eine entsprechende Qualifikation verfügen, ist im BMV-Ä nicht vorgesehen, wird aber vielfach geduldet. Teilweise erfolgt die tatsächliche Leistungserbringung in räumlich entfernten Strukturen, obwohl die Abrechnung die persönliche beziehungsweise in unmittelbarer Verantwortung erbrachte Leistung voraussetzt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2026b, Kapitel 32.3; Kassenärztliche Bundesvereinigung & GKV-Spitzenverband 2025, § 7 Fachwissenschaftler der Medizin, § 15 Persönliche Leistungserbringung).

Die Möglichkeit der Selbstzuweisung schafft ökonomische Fehlanreize zur nicht sachgerechten Ausweitung der Leistungsmenge. So könnte eine breit angelegte oder häufig wiederholte sowie gleichzeitige Bestimmung unterschiedlichster Hormonspiegel erfolgen, obwohl gemäß evidenzbasierter Leitlinien lediglich eine einmalige und gezielte Bestimmung einzelner Hormone sachgerecht und ausreichend wäre.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt das Verbot der Selbstzuweisung für veranlasste Laborleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

Point-of-Care Diagnostik, die ohne Übergabe ins Labor direkt am Patienten durchgeführt wird, ist davon ausgenommen. Ob das Verbot der Selbstzuweisung eventuell nur auf Spezial-Laborleistungen beschränkt sein soll, könnte diskutiert und abgewogen werden. Eine Übergangsregelung für Laborgemeinschaften aus Besitzstandsgründen könnte entsprechend definiert werden. Außerdem ist die MGV um das Volumen der vermiedenen Leistungen zu bereinigen.

Geschätzte Finanzwirkung

Das geschätzte jährliche Einsparvolumen beläuft sich für 2027 auf etwa 20 Mio. € (Spanne: (15-25 Mio. €). Die Schätzung basiert auf den Gesamtausgaben für ambulante Laborleistungen in 2024 und einer geschätzten Reduktion der Ausgaben um 1 bis 2 %. Zusätzliche Kaskadeneffekte durch vermiedene Folgeuntersuchungen sind nicht berücksichtigt. Aufgrund einer möglichen Übergangsregelung wird von einer hälftigen Finanzwirkung für das Jahr 2027 ausgegangen. Die geschätzte Finanzwirkung für 2028 bis 2030 beläuft sich auf etwa 40 Mio. € (Spanne: 30-50 Mio. €) jährlich.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Hierfür ist die Anpassung von § 87 Absatz 2 SGB V und eine Anweisung zur Umsetzung an die Vertragspartner notwendig. Die Partner der Bundesmantelverträge sollten bis zum 30.06.2027 eine Regelung treffen, nach der Leistungen der Laboratoriumsmedizin, die nicht aus medizinischen Gründen unverzüglich erbracht werden müssen, von einem Vertragsarzt, der nicht ausschließlich in einem Fachgebiet der Medizinischen Diagnostik tätig ist, nicht für eigene Patienten erbracht, sondern nur als Auftragsleistungen veranlasst werden darf. Dies gilt entsprechend, wenn der veranlassende und der beauftragte Vertragsarzt in Berufsausübungsgemeinschaften zusammenarbeiten oder auf andere Weise in der vertragsärztlichen Versorgung in wirtschaftlicher Hinsicht verbunden sind. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 möglich. In der Finanzprognose wird eine Übergangsregelung bis zum 1. Juli 2027 berücksichtigt.

Auswirkungen auf die Versorgung

Es sind keine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten. Nicht indizierte Mengenausweitungen durch Selbstzuweiser-Strukturen in Apparategemeinschaften für Allgemein- oder Speziallabor würden verhindert. Der Wegfall von vermeidbarer beziehungsweise dem Patienten nicht nutzenbringender Diagnostik wird zur Verringerung falsch-positiver Befunde und damit der Reduktion von Überversorgung unter anderem durch vermeidbare Abklärungsdiagnostik führen. Als

Nebeneffekt wird auch in der Privatabrechnung nach GOÄ und damit der staatlichen Beihilfe ein Einsparbetrag aus unwirtschaftlicher Labordiagnostik im Selbstzuweisungslabor entstehen.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Es ist eine Senkung des Reinertrags der betroffenen Ärzte zu erwarten. Ressourcen und finanzielle Mittel können bedarfsnotwendig eingesetzt werden.

6.3.17 Reformempfehlung Nr. 18: Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-OPs

Hintergrund	Die Zahl ambulanter Katarakt-OPs ist unverändert hoch. Die Reduktion der Operationsdauer durch technischen Fortschritt ist im EBM derzeit nicht berücksichtigt.
Reformempfehlung	Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-OPs.
Finanzwirkung	Ca. 75 Mio. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die Katarakt-OP (Operation des grauen Stars) ist heute eine standardisierte Routineoperation mit hoher medizinischer Sicherheit und sehr guten Behandlungsergebnissen. Sie zählt zu den am häufigsten durchgeführten operativen Eingriffen in der Augenheilkunde. Vor rund 20 Jahren wurde die Vergütung für diese Operation bewusst relativ hoch angesetzt.[14] Hintergrund war das gesundheitspolitische Ziel, ambulante Operationen zu fördern und Eingriffe, die medizinisch nicht zwingend stationär erfolgen müssen, stärker in den ambulanten Bereich zu verlagern.

Die vergleichsweise hohe Vergütung führt bis heute zu einer deutlichen Honorardifferenz zwischen konservativ und operativ tätigen Augenärztinnen und Augenärzten. Dadurch entsteht ein finanzieller Anreiz zugunsten operativer Leistungen. Inzwischen hat sich die Versorgungssituation jedoch deutlich verändert. Der Ambulantisierungsgrad bei Katarakt-OPs liegt heute bei über 90 %. Das ursprüngliche gesundheitspolitische Ziel, ambulante Eingriffe zu fördern, ist damit weitgehend erreicht (Frequenzstatistik und InEK Daten). Vor diesem Hintergrund erscheint eine vergleichsweise hohe Vergütung zur Anreizsetzung nicht mehr erforderlich. Die bestehenden Vergütungsstrukturen sollten daraufhin überprüft werden, ob sie noch angemessen sind oder ob sie unbeabsichtigte Mengenanreize zugunsten operativer Leistungen setzen. Auch bei den Praxiseinkommen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen operativ und konservativ tätigen Augenärzten. Der durchschnittliche Reinertrag je Praxisinhaber lag im Jahr 2023 bei operierenden Augenärzten bei rund 517.000 €. Nicht operierend tätige Augenärzte erzielten im gleichen Zeitraum einen durchschnittlichen Reinertrag von etwa 262.000 €. Zum Vergleich: Der durchschnittliche Reinertrag aller Vertragsärzte lag bei rund 220.000 € (Statistisches Bundesamt 2025c).

[14] Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 c SGB V (bis 2015 Besondere ambulante ärztliche Versorgung) siehe zum Beispiel den Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 c SGB V (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein & AOK Rheinland 2007).

Ein erster Schritt zur Neubewertung erfolgte im Rahmen der EBM-Reform 2020 durch eine pauschale Abwertung der Vergütung um 7,5 %. Die kalkulatorische Zeit für den operativen Eingriff beträgt seitdem 36 Minuten (Erweiterter Bewertungsausschuss 2019). Diese Abwertung hatte jedoch keinen nachhaltigen Effekt auf die Leistungsentwicklung. Die Zahl der Eingriffe ist weiterhin deutlich gestiegen. Dies kann darauf hindeuten, dass die Bewertung im EBM weiterhin vergleichsweise hohe Anreize setzt.

Parallel ist zu beobachten, dass die hohen Renditeerwartungen in diesem Bereich das Engagement von Finanzinvestoren begünstigt haben. Insbesondere augenchirurgische Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) stehen im Fokus von Investoren, sodass sich über mehrere Jahre hinweg größere Praxis- und MVZ-Ketten gebildet haben.

Auch die Leistungszahlen zeigen eine starke Dynamik. Die Zahl der ambulanten Katarakt-OPs ist von rund 360.000 Eingriffen im Jahr 2015 auf etwa 750.000 im Jahr 2024 gestiegen. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von etwa 8 % (Frequenzstatistik). Diese Entwicklung lässt sich nicht allein durch die demografische Alterung der Bevölkerung erklären.

Einzelne Studien und Experteneinschätzungen zu Schnitt-Naht-Zeiten geben Hinweise, dass eine Katarakt-OP in kürzerer Zeit, etwa in durchschnittlich unter 20 Minuten, durchgeführt werden kann (Baldascino et al. 2022; Framme et al. 2023; Ganesh et al. 2024; Ramírez Mejía et al. 2023). Es wird geschätzt, dass infolge des technischen Fortschritts die vormals kalkulierten Zeitbedarfe ungefähr dem Doppelten der tatsächlich benötigten Operationszeiten entsprechen.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der gestiegenen Effizienz bei Katarakt-OPs und der in der Literatur beschriebenen nahezu halbierten Operationszeit empfiehlt die Kommission eine Absenkung der Punktwerte für die zugehörigen Leistungen im EBM-Katalog um 20 bis 40 % zu prüfen.

Geschätzte Finanzwirkung

Unter der Annahme, dass sich die derzeitige Preis- und Mengenentwicklung fortsetzt, wird durch die Reduktion der Punktwerte für die zugehörigen GOPs ein Einsparvolumen in Höhe von rund 150 Mio. € in 2027 prognostiziert, welches bis 2030 auf rund 180 Mio. € ansteigt. Die Finanzwirkung ergibt sich basierend auf einer angenommenen Absenkung in Höhe von 30 % und wird für 2027 wird aufgrund der voraussichtlich erst Mitte 2027 erfolgenden Umsetzung durch den BA für 2027 hälftig mit 75 Mio. € ausgewiesen. Über 80 % des geschätzten Einsparvolumens entfallen dabei auf die OP-Leistung, der übrige Anteil auf Leistungen der Anästhesie (Frequenzstatistik).

Diskussion

Vergütungsregelungen sollten den tatsächlichen Ressourceneinsatz medizinischer Leistungen möglichst realistisch abbilden. Wenn technischer Fortschritt zu einer deutlichen Verkürzung der

Behandlungsdauer führt, sollten die Vergütungsstrukturen regelmäßig überprüft und angepasst werden, um unbeabsichtigte Anreize zur Mengenausweitung zu vermeiden und solidarische Mittel verantwortungsvoll einzusetzen.

Umsetzbarkeit

Hierfür ist eine Anpassung des § 87 Absatz 2a SGB V und eine Anweisung an den BA notwendig. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz mit Finanzwirkung in 2027 möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Eine Reduktion des Angebots operativ tätiger MVZ und Vertragsarztpraxen ist grundsätzlich möglich. Hintergrund ist, dass sich in den vergangenen Jahren insbesondere im Bereich der augenchirurgischen Versorgung ein stark wachsendes und teilweise investorengetriebenes Angebot entwickelt hat. Ein Teil dieser Strukturen ist wahrscheinlich aufgrund der derzeitigen Vergütungsanreize entstanden.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Reformempfehlung beschränkt sich auf operativ-tätige Augenärzte mit Spezialisierung auf Katarakt-OPs, deren Reinertrag voraussichtlich sinken wird, sofern die Absenkung nicht durch eine Mengenausweitung kompensiert wird.

6.3.18 Reformempfehlung Nr. 19: Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM

Hintergrund	Der technische Leistungsanteil (TL) im EBM ist nicht an Skaleneffekte, den technischen Fortschritt und die tatsächliche Nutzungsdauer angepasst.
Reformempfehlung	Kurzfristige Absenkung der Bewertung des TL-Anteils im EBM für technische Facharztgruppen.
Finanzwirkung	Ca. 95 Mio. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die Vergütung im Rahmen des EBM setzt sich aus zwei wesentlichen Komponenten zusammen: dem *ärztlichen Leistungsanteil (ÄL)*, der das Einkommen der Vertragsärzte abbildet, sowie dem *technischen Leistungsanteil (TL)*, der die mit der Praxisführung verbundenen Kosten abdeckt. Letzterer umfasst insbesondere Aufwendungen für Personal, Mietkosten sowie anteilige Investitionskosten für medizinisch-technische Geräte. Der Vergütungsanteil für medizinisch-technische Geräte variiert dabei in Abhängigkeit von der Art der erbrachten Leistung sowie der ärztlichen Fachgruppe erheblich.

Der EBM sieht für eine Leistung eine feste Vergütung vor. Diese ist unabhängig von der tatsächlichen Geräteauslastung, von der effektiven Nutzungsdauer des Geräts über die kalkulatorische Abschreibungszeit hinaus sowie von Effizienzgewinnen, etwa durch verkürzte Untersuchungszeiten oder automatisierte Abläufe. Bei der EBM-Kalkulation wird zugrunde gelegt, dass die Anschaffungskosten der Geräte über die in den Tabellen für die Abschreibung für Abnutzung (AfA-Tabellen (Bundesministerium der Finanzen 1995)) vorgegebene Nutzungsdauer gleichmäßig abgeschrieben werden. Mehrere Mechanismen können dazu führen, dass eine höhere Finanzierung erfolgt als tatsächliche Kosten entstanden sind:

- Die tatsächliche wirtschaftliche Nutzungsdauer bei Geräten mit hohen Investitionskosten liegt über der im EBM angenommenen Zeitspanne. Nach Ablauf der in den AfA-Tabellen vorgesehenen Nutzungsdauer gelten die Geräte als ausfinanziert, während die Vergütung über den EBM unverändert fortbesteht.
- Der technologische Fortschritt führt zu verkürzten Untersuchungszeiten. Dadurch können mehr Patienten in gleicher Zeit versorgt werden. Insbesondere in der Bildgebung und Strahlentherapie steigern Innovationen wie KI-gestützte Befundung, reduzierte Scanzeiten und automatisierte Vorbereitungsprozesse die Produktivität und senken die durchschnittlichen Kosten je Untersuchung.

- Spezialisierung sowie die Bildung größerer Organisationseinheiten erhöhen die tatsächliche Geräteauslastung. Die in der ursprünglichen Kalkulation unterstellten Auslastungsgrade werden damit überschritten, sodass die kalkulatorischen Annahmen die realen Betriebsbedingungen nicht mehr adäquat abbilden.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der oben genannten Argumente empfiehlt die Kommission, eine Absenkung des TL um 20 bis 30 % für die technischen Fachgruppen der Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin zu prüfen.

Der Bewertungsausschuss hat durch Vorgabe im Gesetz den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen dahingehend anzupassen, dass die in den Bewertungen der Leistungen berücksichtigten Kosten für medizinisch-technische Geräte entsprechend abgesenkt werden. Außerdem ist die MGV um das reduzierte Vergütungsvolumen zu bereinigen.

Geschätzte Finanzwirkung

Die Vergütung für die Fachgruppen der Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin im ambulanten Bereich belief sich im Jahr 2024 auf etwa 3,4 Mrd. €.[15] Die geschätzte jährliche Finanzwirkung ab 2027 beläuft sich nach Angaben des GKV-SV basierend auf den Kostenarten im Kalkulationssystem für den EBM und bei einer angenommenen Absenkung um 30 % auf 225 Mio. € jährlich. Bei einer Absenkung um 20 % reduziert sich die Einsparung folglich auf 150 Mio. €. Die Finanzwirkung für 2027 wird aufgrund der Umsetzung als hälftiger Mittelwert in Höhe von mit 95 Mio. € ausgewiesen.

Diskussion

<u>Umsetzbarkeit</u>

Hierfür ist die Anpassung von § 87 Absatz 2 SGB V notwendig. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz mit Finanzwirkung in 2027 möglich.

<u>Auswirkungen auf die Versorgung</u>

Es werden keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung erwartet. Allerdings könnte die Absenkung des TL zu einem Modernisierungsstau und langfristigen Einbußen in der Strukturqualität führen. Da die Vergütung im EBM als Gesamtsumme ausgezahlt wird und nicht explizit zwischen den Anteilen trennt, ist unklar, inwieweit Leistungserbringer ihre Investitionsentscheidungen entlang der rechnerischen Aufteilung von ÄL und TL ausrichten. Es ist möglich, dass die Leistungserbringer mit einer Mengenausweitung reagieren.

[15] Formblatt 3 ohne Fachgruppenübergreifende Gebührenordnungspositionen und Ultraschall

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Reformempfehlung senkt den TL in den technischen Facharztgruppen der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie ab. Mit durchschnittlich rund 475.000 € je Praxisinhaber liegen Reinerträge dieser Fachgruppen über dem Durchschnitt aller Facharztgruppen von etwa 220.000 € (Statistisches Bundesamt 2023a; Statistisches Bundesamt 2025c, ohne MVZ).

6.3.19 Reformempfehlung Nr. 20: Streichung der Erstattung von homöopathischen Leistungen

Hintergrund	Homöopathische Leistungen werden trotz des bekannten fehlenden medizinischen Nutzens, zum Teil über die GKV erstattet
Reformempfehlung	Vollständige Streichung der Erstattung von homöopathischen Leistungen durch die GKV
Finanzwirkung	ca. 40 Mio. € jährlich ab 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Leistungen der GKV unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Absatz 1 SGB V. Damit müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Homöopathische Leistungen sind seit jeher Auslöser kontroverser Debatten, da diese zwar keine Regelleistung der GKV darstellen, jedoch als freiwillige Satzungsleistung im freien Ermessen einzelner Krankenkassen erstattet werden können. Es gibt bisher keine wissenschaftlich belastbare Evidenz, die zeigt, dass der Effekt durch diese Behandlungsmittel über einen Placebo-Effekt hinausgeht (Gupta & Mathur 2016).

§ 11 Absatz 6 SGB V erlaubt es den Krankenkassen, in ihrer Satzung für einzelne, abschließend aufgezählte Leistungsbereiche zusätzliche und vom G-BA nicht ausgeschlossene Leistungen vorzusehen (zur Geltung des Erlaubnisvorbehalts nach § 135 Absatz 1 SGB V auch für besondere Therapierichtungen (Bundessozialgericht 1998)).

Homöopathische Leistungen können entweder über § 11 Absatz 6 SGB V im Rahmen von Satzungsleistungen erstattungsfähig sein oder gemäß § 140a SGB V über Selektivverträge in Form einer besonderen Versorgung. Darüber hinaus besteht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr eine Erstattungsfähigkeit dieser Mittel als Satzungsleistung gemäß § 34 Absatz 1 Satz 2 und Satz 5 SGB V.

Deutschland gilt als Geburtsstätte der Homöopathie, weshalb historisch und gesellschaftlich viele Versicherte homöopathische Präparate weiterhin nutzen. Das Institut für Demoskopie Allensbach beschreibt im Rahmen eines Kurzberichts in 2023, dass etwa 60 % der Bevölkerung ab 16 Jahren schon mal homöopathische Arzneimittel genutzt haben (IfD Allensbach 2023). Auf dem OTC-Markt werden 8,7 Mrd. € in Deutschland in 2024 an homöopathischen Mitteln umgesetzt (Bundesverband der pharmazeutischen Industrie e. V. 2025).

Da die Verordnung von homöopathischen Leistungen auf verschiedene Regelungskreise fällt, ist eine eindeutige Erfassung der GKV-Ausgaben nicht möglich. Der Bundesverband der pharmazeutischen

Industrie e. V. nannte in seinem Pharma-Report 2023 ca. 20 Mio. € als Ausgaben für Homöopathika und Anthroposophika zu Lasten der GKV sowie 75 Mio. € als Umsatz für verordnete Homöopathika im Apothekenmarkt (Bundesverband der pharmazeutischen Industrie e. V. 2023). Diese könnten im Rahmen von § 11 Absatz 6 SGB V ebenfalls von Krankenkassen übernommen worden sein, sofern diese Rechnungen von den Versicherten eingereicht wurden. Über den von der GKV erstatteten Anteil an diesen Ausgaben können lediglich Annahmen getroffen werden. Unter der Annahme, dass etwa 50 % der Versicherten ihr Rezept bei ihrer Krankenkasse für eine Erstattung einreichen, betragen die Ausgaben der GKV insgesamt rund 50 Mio. € für homöopathische und anthroposophische Leistungen. Der Ausgabenanteil von nur homöopathischen Präparaten wird auf etwa 40 Mio. € geschätzt.

Eine Aufhebung von homöopathischen Leistungen wird seit vielen Jahren von verschiedener Stelle gefordert, scheiterte letztlich aber am politischen Entscheidungswillen. Die Ärzteschaft hat bereits einen ersten Schritt getan und die ärztliche Zusatzbezeichnung Homöopathie in den meisten Bundesländern beziehungsweise Ärztekammerbereichen gestrichen (Bundesärztekammer 2022).

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt die Streichung der Kostenübernahme für homöopathische Leistungen. Darüber hinaus sollen alle weiteren Leistungen, die mit diesem Bereich zusammenhängen, aus der Erstattungsfähigkeit gestrichen werden, wie zum Beispiel die homöopathische Anamnese. Der Wettbewerb der Krankenkassen sollte nicht auf Kosten des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 Absatz 1 SGB V ausgetragen werden.

Die Kommission empfiehlt grundsätzlich nur Leistungen mit nachgewiesenem medizinischen Nutzen von der GKV erstatten zu lassen. Dies gilt sowohl für die Regel-, als auch Satzungs- und Ermessensleistungen. Die Kommission hat entsprechende Empfehlungen an anderer Stelle formuliert (zum Beispiel Hautkrebsscreening (siehe Abschnitt 6.3.6), strengere Regelungen für DiGAs (siehe Abschnitt 6.8.3)): Leistungen mit fehlender Evidenz und ausbleibenden therapeutischen Nutzen sollten nicht von der GKV bezahlt werden. Die Homöopathie gilt hier als Beispiel einer Leistung ohne Nutzennachweis, die jährlich Kosten in zweistelliger Millionenhöhe verursacht.

Geschätzte Finanzwirkung

Eine Streichung von homöopathischen Leistungen aus der Erstattungsfähigkeit der GKV würde ab 2027 etwa 40 Mio. € pro Jahr einsparen.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Empfehlung ist kurzfristig mit Finanzwirkung im Jahr 2027 umsetzbar. Hierzu sind die Rechtsnormen anzupassen, die derzeit eine Erstattungsfähigkeit vorsehen (§ 11 Absatz 6 SGB V, § 34 Absatz 1 SGB V). Die Erstattungsfähigkeit in Verträgen nach § 140a SGB V ist auszuschließen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Grundsätzlich ist nicht davon auszugehen, dass sich die Versorgungsqualität durch die Maßnahme verschlechtert, da es keinerlei belastbare Belege für die Wirksamkeit homöopathischer Leistungen gibt, die über einen Placebo-Effekt hinausgehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Versicherten homöopathische Leistungen aufgrund subjektiv wahrgenommener Effekte nachfragt. Wenn Versicherte diese weiter in Anspruch nehmen wollen, sind diese weiterhin auf Selbstzahlerbasis verfügbar, jedoch nicht finanziert über die Solidargemeinschaft.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Grundsätzlich betroffen wären Hersteller solcher Präparate und Leistungserbringer, die homöopathische Leistungen anbieten. Da ein Großteil der OTC-Umsätze bereits auf Selbstzahlerbasis finanziert wird, ist nur eine geringe Belastung für Hersteller homöopathischer Produkte zu erwarten.

6.3.20 Reformempfehlung Nr. 21: Rücknahme der Vergütung für eine Organspendeberatung

Hintergrund	Im Jahr 2022 wurde eine Vergütung für eine Organspendeberatung eingeführt. Es gibt keine Evidenz zu den Effekten der Vergütung auf die Organspendebereitschaft.
Reformempfehlung	Rücknahme der Vergütung für eine Organspendeberatung.
Finanzwirkung	Ca. 60 Mio. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende aus dem Jahr 2020, ergänzt durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) im Jahr 2021 wurde der Bewertungsausschuss durch eine Ergänzung in § 87 Absatz 2b SGB V damit beauftragt, bis zum 31. Dezember 2021 eine Anpassung des EBM zu beschließen, wonach eine regelmäßige zeitgebundene ärztliche Beratung über die Organ- und Gewebespende nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes (TPG) gesondert vergütet werden soll. Der Vergütungsanspruch besteht je Patient alle zwei Kalenderjahre. Die Leistung ist ab dem vollendeten 14. Lebensjahr des Patienten durch Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte berechnungsfähig.

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. März 2022 mit Aufnahme der GOP 01480 einen entsprechenden Beschluss gefasst (Erweiterter Bewertungsausschuss 2021b). Die GOP ist mit einer Kalkulationszeit von 5 Minuten und 65 Punkten bewertet, das entspricht in 2026 einer Vergütung in Höhe von 8,28 €. Obligater Leistungsinhalt ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt mit Beratung über Organ- und Gewebespenden, gegebenenfalls ergänzt um die Aushändigung von Aufklärungsunterlagen oder eines Organspendeausweises, beziehungsweise Übertragung des Vorhandenseins auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK).

Im Jahr 2024 wurden 5,6 Mio. Fälle einer Organspendeberatung abgerechnet, das entspricht einem Anstieg von 49 % gegenüber dem Vorjahr (Frequenzstatistik). Die Vergütung erfolgt vollständig extrabudgetär.

Ob die eingeführte Vergütung tatsächlich zu einer relevanten Veränderung der Organspendebereitschaft geführt hat, lässt sich aus der vorhandenen Datenlage nicht ableiten. Die Zahl der Organspender und transplantierten Organe ist seit 2022 nach der COVID-19-Pandemie wieder gestiegen, insgesamt jedoch nicht deutlich über dem Niveau von 2019 (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2025). Eine systematische Evaluation der Effektivität war nicht vorgesehen.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der fehlenden Evidenz zu den Effekten der gesonderten Vergütung auf die Organspendebereitschaft empfiehlt die Kommission die Rücknahme des gesetzlichen Auftrags für eine gesonderte Vergütung. Entsprechende Beratungsleistungen können mit der regulären Versichertenpauschale abgedeckt werden. Das heißt, die ärztliche Beratung zur Organspende bleibt weiterhin möglich und kann im Rahmen regulärer Arzt-Patienten-Gespräche erfolgen.

Geschätzte Finanzwirkung

Das geschätzte jährliche Einsparvolumen beläuft sich für 2027 bis 2030 auf 60 Mio. € jährlich. Die Schätzung basiert auf den Gesamtausgaben in 2024 gemäß der Frequenzstatistik in Höhe von 44 Mio. €, fortgeschrieben mit der derzeitigen Preisentwicklung und einem zusätzlichen Mengenanstieg von etwa 20 % basierend auf dem unterjährigen Trend in 2025. Bis 2030 wird keine weitere Dynamik unterstellt.

Diskussion

Eine zusätzliche Vergütung sollte im solidarisch finanzierten Gesundheitssystem vor allem dort eingesetzt werden, wo ein nachweisbarer oder zumindest plausibel erwartbarer Nutzen für die Versorgung besteht.

Umsetzbarkeit

Hierfür sind die gesetzlichen Vorgaben zur Vergütung der Organspendeberatung durch Hausärzte nach § 87 Absatz 2b Sätze 5 und 6 SGB V und der korrespondierende § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 7 SGB V zu streichen und gleichzeitig in § 87 SGB V festzulegen, dass eine solche Vergütung nicht weiter vorgesehen ist. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Reformempfehlung dürfte allenfalls geringe Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben. Die Möglichkeiten zur Organspende sowie der ärztlichen Beratung bleiben unverändert bestehen, die ärztliche Beratungsleistung wird lediglich nicht mehr gesondert vergütet. Strukturelle Zugangshürden oder Einschränkungen der Beratungsoptionen sind damit nicht verbunden. Eine Veränderung im Organspendeverhalten wird nicht erwartet. Eine Streichung würde daher primär den Reinertrag der Praxen senken. Die Förderung von Organtransplantationen durch andere, wirksame Maßnahmen (etwa in Entnahmekliniken) ist davon unabhängig und weiterhin sinnvoll.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Der Effekt der Empfehlung beschränkt sich auf Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte.

6.3.21 Diskussion zur Einführung einer Kontaktgebühr

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die Kontaktgebühr bezeichnet eine pauschale Zahlung der Versicherten bei Inanspruchnahme insbesondere ambulanter ärztlicher Leistungen, typischerweise je Arztkontakt oder als "Praxisgebühr" etwa je Quartal. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive wird sie nicht primär als einzelne Finanzierungsmaßnahme, sondern als mögliches Steuerungsinstrument für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen betrachtet. Ausgangspunkt der Diskussion zur Einführung einer solchen Kontaktgebühr ist die mit dem Sachleistungsprinzip verbundene, weitgehend kostenfreie Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Aufgrund der fehlenden finanziellen Beteiligung wird die individuelle Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nur begrenzt durch Preise beeinflusst. Dies kann zu einer höheren Inanspruchnahme führen, als sie bei vollständiger Kosteninternalisierung durch die Versicherten zu erwarten wäre. Dieses Phänomen wird in der gesundheitsökonomischen Literatur als „Moral-Hazard" bezeichnet (Breyer et al. 2013). Während ein Teil des Moral Hazard effizient sein kann, weil die Versicherung die Inanspruchnahme von Leistungen erlaubt, die ohne Versicherung aus finanziellen Gründen unterblieben wäre, kann ein anderer Teil ineffizient sein, weil Versicherung auch die Inanspruchnahme solcher Leistungen erhöhen kann, deren zusätzlicher Nutzen die zusätzlichen Kosten nicht rechtfertigt (Nyman 2004). Eigenbeteiligungen, wie eine Kontaktgebühr, dienen dem Zweck, diesen ineffizienten Moral Hazard zu vermeiden, wobei gleichzeitig sichergestellt werden soll, dass alle Versicherten weiterhin Zugang zur Versorgung haben und nicht aufgrund finanzieller Hürden auf Leistungen verzichten.

Die internationale empirische Literatur zu den Auswirkungen von Eigenbeteiligungen findet generell, dass letztere zu einer Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. Beispielsweise zeigen Ergebnisse des RAND Health Insurance Experiments, einer randomisierten Feldstudie aus den USA in den 1970er-1980er Jahren, eine signifikante Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für Studienteilnehmer in Tarifen mit hohen prozentualen Zuzahlungen. Für zu Beginn der Studie gesunde Studienteilnehmer führte die geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht zu Einbußen im Gesundheitszustand. Studienteilnehmer, die schon zu Beginn des Experiments chronisch erkrankt oder schlechterer Gesundheit waren dagegen, zeigten eine deutlich schlechtere gesundheitliche Entwicklung in Versicherungstarifen mit höheren Zuzahlungen (Gross & Notowidigdo 2024; Newhouse 1993).

Vor diesem Hintergrund sollte eine Kontaktgebühr idealerweise als Eigenbeteiligung mit „Preissignal" konstruiert werden, das in erster Linie nicht Einnahmen generieren, sondern Inanspruchnahmeentscheidungen der Versicherten lenken soll ohne Zugangshürden zu errichten. Schon geringe Eigenbeteiligungen können dazu führen, dass Patientinnen und Patienten den Arztkontakt stärker abwägen und statt einer unmittelbaren Konsultation auf einen Arztkontakt verzichten, die Selbstbeobachtung oder alternative Versorgungswege wählen.

Empirische Untersuchungen zur deutschen Praxisgebühr (2004 bis 2012) zeigen, dass ambulante Arztkontakte nach Einführung dieser Gebühr entweder gar nicht (Augurzky et al. 2007; Schreyögg & Grabka 2010) oder leicht zurückgegangen sind (Farbmacher & Winter 2013), da Versicherte auf die quartalsweise Ausgestaltung der Praxisgebühr reagierten und Arztkontakte in einzelnen Quartalen bündelten. Farbmacher und Winter (2013) finden insbesondere einen Rückgang der Anzahl an Arztkontakten unter jungen Erwachsenen sowie die Reduktion der Wahrscheinlichkeit mindestens eines Arztkontaktes je Quartal, insbesondere unter gesünderen Versicherten (Farbmacher et al. 2017, S. 1246). Die Praxisgebühr hat damit zwar die Anzahl an ambulanten Arztkontakten insgesamt nicht wesentlich beeinflusst, dennoch aber eine Steuerung der Inanspruchnahme bewirkt.

Einzelne ex-post Querschnittsbefragungen zeigten auch, dass in Gruppen mit geringem Einkommen die Praxisgebühr als finanzielle Belastung empfunden und die Respondenten angaben, aufgrund der Gebühr Arztkontakte verschoben oder unterlassen zu haben (Rückert et al. 2008; Münster et al. 2010, S. 67). Eine Längsschnittstudie, die die Situation vor und nach Einführung der Praxisgebühr v erglich, kam jedoch zu dem Schluss, dass die Inanspruchnahme von Arztkontakten weder bei Versicherten mit geringem Einkommen, noch bei chronisch Erkrankten insgesamt zurückging (Schreyögg & Grabka 2010). Dies könnte darauf hindeuten, dass die Belastungsgrenzen der Zuzahlungen auf 2% beziehungsweise 1 % des Einkommens in § 62 SGB V ihren Zweck erfüllt haben und auch vulnerable Gruppen wie chronisch Erkrankte und Versicherte mit geringem Einkommen weiterhin Zugang zur Versorgung hatten. Möglicherweise ist dafür aber auch die quartalsmäßige Ausgestaltung der Praxisgebühr verantwortlich, aufgrund derer die Versicherten durch Bündelung von Arztkontakten in Quartalen Arztkontakte ohne Zahlung der Gebühr in Anspruch nehmen konnten.

Im Koalitionsvertrag der derzeitigen Bundesregierung wurde die Einführung eines Primärversorgungssystems vereinbart, die zugleich eine verstärkte Patientensteuerung beabsichtigt. So hat zu dessen Vorbereitung das Bundesministerium für Gesundheit Fachdialoge zum Primärversorgungssystem geführt (Bundesministerium für Gesundheit 2026). Eine Kontaktgebühr könnte im Sinne eines Instruments der finanziellen Patientensteuerung insbesondere dann Wirkung entfalten, wenn sie an eine unkoordinierte Inanspruchnahme gekoppelt ist, etwa an den unmittelbaren Zugang zu spezialisierten Leistungen ohne vorgelagerte Untersuchung zum Beispiel durch einen Hausarzt. In dieser Perspektive fungiert sie als ergänzender Anreiz zu r Nutzung koordinierter Versorgungspfade (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018) und dient damit der Förderung bedarfsgerechter Inanspruchnahme. Je stärker das Instrument in ein System strukturierter Versorgung eingebettet ist, desto eher wird es als Steuerungsanreiz interpretiert; je pauschaler es wirkt, desto stärker treten mögliche Limitierungen des Zugangs und Akzeptanzfragen in den Vordergrund (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018).

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems und einer umfassenden Reform der Notfallversorgung sieht die Kommission es derzeit als verfrüht und nicht als sachgerecht an, eine konkrete Empfehlung für oder gegen die Einführung einer Kontaktgebühr auszusprechen. Eine Bewertung erscheint erst im Zusammenhang mit der im Primärversorgungssystem und der zukünftig sektorenübergreifenden Notfallversorgung geplanten Patientensteuerung sinnvoll, ist also zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht sachgerecht gestaltbar. Die Kommission empfiehlt, eine bedarfsgerechte Patientensteuerung primär über die Ausgestaltung der medizinischen Versorgung zu organisieren, beispielsweise über Patientenpfade. Finanzielle Instrumente, wie eine Kontaktgebühr, könnten hierbei - etwa bei bewusst unkoordinierter Inanspruchnahme - ggf. unterstützend wirken. Im Kontext eines Primärversorgungssystems sowie einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung könnte eine Kontaktgebühr daher beispielsweise nur dann erhoben werden, wenn eine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen außerhalb des Primärversorgungssystems erfolgt.

Diskussion

Die Diskussion über eine Kontaktgebühr berührt aus ethischer Sicht ein grundlegendes Spannungsfeld: Einerseits besteht die Verpflichtung, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bedarfsgerecht zu steuern und begrenzte, solidarisch finanzierte Ressourcen effizient einzusetzen. Andererseits darf eine solche Steuerung nicht dazu führen, dass die notwendige medizinische Versorgung aus finanziellen Gründen verzögert oder unterlassen wird, insbesondere bei sozial benachteiligten oder gesundheitlich besonders belasteten Patientengruppen.

Umsetzbarkeit

Die Erhebung einer Kontaktgebühr in Arztpraxen erscheint grundsätzlich praktikabel. Dort erfolgen bereits jetzt Zahlungsabwicklungen, wie im Rahmen individueller Gesundheitsleistungen (IGeL). Neben Bargeld stehen inzwischen verbreitet bargeldlose beziehungsweise digitale Zahlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Auch im Rahmen der früheren Praxisgebühr hat die Erhebung keine grundsätzlichen Probleme bereitet. Praktiker weisen jedoch auf konkrete Inkasso-Probleme im Alltag hin, zum Beispiel bei unter Umständen. mehreren Hundert Patientinnen und Patienten je Praxistag während der Infektsaison, bei kognitiv eingeschränkten, hilfsbedürftigen Patientinnen und Patienten oder beim Hausbesuch in Regionen oder Gebäuden ohne Online-Konnektivität.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Kontaktgebühr kann sowohl als Effizienzinstrument verstanden werden, das ungesteuerte Inanspruchnahme reduziert, aber als auch als Zugangshürde, die gegebenenfalls notwendige Versorgung verzögert (siehe Abschnitt 6.1.2).

Aus gesundheitsökonomischer Sicht lässt sich pauschal keine Wirkung einer Kontaktgebühr bestimmen. Entscheidend ist weniger ihre bloße Existenz als ihre konkrete Ausgestaltung und

Einbettung in den jeweiligen Versorgungskontext. Vor diesem Hintergrund sollte die Kontaktgebühr eher nicht als isolierte Maßnahme gesehen werden, sondern als ein Baustein innerhalb übergeordneter Steuerungsansätze. Die Einführung eines Primärversorgungssystems und die Reform der Notfallversorgung werden derzeit von der Bundesregierung vorbereitet und sind bislang nicht abschließend ausgestaltet. Vor diesem Hintergrund kann die Frage nach einer Kontaktgebühr auch nur als mögliche flankierende Maßnahme diskutiert werden, ohne dass sich hieraus bereits Aussagen und Empfehlungen zu ihrer konkreten Ausgestaltung ableiten lassen. Ihre potenziellen Vorteile und Risiken bestehen parallel und hängen maßgeblich vom institutionellen Rahmen ab. Positive Versorgungseffekte wären vor allem unter der Voraussetzung eines funktionierenden Koordinationssystems zu erwarten.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Verteilungs- und Belastungseffekte hängen wesentlich von der konkreten Ausgestaltung einer Kontaktgebühr ab. So ist zum Beispiel zu prüfen, ob auch empfohlene beziehungsweise arztinduzierte Früherkennungs-Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder regelmäßige Psychotherapien inkludiert sein sollen und wie mit Serien von Strahlen - oder Chemotherapiesitzungen bei onkologischen Patientinnen und Patienten verfahren werden soll.

Eine Gebühr je Arztbesuch würde grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten betreffen. Dagegen würde eine Kontaktgebühr bei einer Inanspruchnahme außerhalb von Versorgungspfaden, zum Beispiel bei einem unmittelbaren Facharztbesuch ohne vorherige Ersteinschätzung durch einen Primärversorger, nur diejenigen Patientinnen und Patienten belasten, die Gesundheitsleistungen ohne entsprechende Koordination in Anspruch nehmen.

Schließlich sind auch Belastungsgrenzen (von derzeit 2% beziehungsweise 1% des Einkommens) und daraus resultierende Befreiungen von der Zahlung einer Kontaktgebühr zu berücksichtigen, die gezielt übermäßige Belastungen von Patientengruppen aus unteren Einkommensschichten vermeiden sollen (Verweis zu Abschnitt 6.1.2).

6.4 Zahnärztliche Versorgung und Zahnersatz

6.4.1 Kostentreiberanalyse - zahnärztliche Versorgung

Vergütungssystematik und Abrechnung

Zahnärzte ohne Zahnersatz

Mit dem Bundesmantelvertrag–Zahnärzte (BMV-Z) werden die Rahmenbedingungen für die Versorgung zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und GKV-SV geregelt. Die zugelassenen Zahnärzte bilden für den Bereich jedes Bundeslandes eine Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV), beziehungsweise zwei KZVen in Nordrhein-Westfalen. Auf Grundlage des BMV-Z werden die sogenannten Gesamtverträge zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Vertretern der Krankenkassen auf Länderebene ausgehandelt.

Die KZVen vereinbaren nach § 85 Absatz 2 SGB V mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen eine jährliche Gesamtvergütung, vergleichbar mit der MGV im ambulant-ärztlichen Bereich, deren prozentuale Veränderungen nach § 85 Absatz 3 SGB V jedes Jahr neu verhandelt werden. Dabei werden unter anderem folgende Faktoren berücksichtigt:

- Zahl und Struktur der Versicherten
- Entwicklung der oralen Morbidität
- Änderungen im Leistungsumfang der GKV
- Grundsatz der Beitragssatzstabilität (gleichrangig mit den anderen Kriterien)

Die Verteilung erfolgt nach § 85 Absatz 4 SGB V durch die KZV nach Art und Umfang der von den Zahnärzten abgerechneten Leistungen. Die Abrechnung der Zahnärzte erfolgt auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA). Der BEMA bringt die einzelnen Leistungen in ein wertemäßiges Verhältnis zueinander und weist den Leistungen Punkte zu. Grundlage der Bewertung ist insbesondere der durchschnittliche Diagnose- und Therapieaufwand, auch unter Berücksichtigung des erforderlichen Material- beziehungsweise Geräteeinsatzes. Die Bereiche des BEMA sind wie folgt aufgeteilt (Anteile der Ausgaben gemäß KJ1 Statistik 2024):

- konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (68 %),
- systematische Behandlung von Parodontopathien (11 %),
- kieferorthopädische Behandlung (10 %),
- Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (6 %),
- Individualprophylaxe (6 %)

Für die aufsuchende Behandlung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, die eine Zahnarztpraxis nicht oder nur mit übermäßigem Aufwand aufsuchen können, erhalten Zahnärzte eine zusätzliche Vergütung zur Abgeltung des erhöhten personellen, instrumentellen und zeitlichen Aufwands. Die Krankenkassen zahlen einen weiteren Zuschlag, wenn die aufsuchenden

Behandlungen im Rahmen von Kooperationsverträgen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Zahnärzten stattfinden. Von diesen Kooperationsverträgen gibt es mittlerweile rund 7.000 (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2026, S. 160). Für Leistungen, die nicht zum Leistungsspektrum der GKV gehören und von den Versicherten selbst bezahlt werden müssen, gilt die privatzahnärztliche Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Der Anteil dieser privat finanzierten Leistungen an den Gesamteinnahmen von Zahnarztpraxen liegt bei rund 50 % des Gesamtumsatzes (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2026, S. 120 Tabelle 5.5).

Zahnersatz

Die Vergütungen für Leistungen zur Versorgung mit Zahnersatz gehören nicht zur Gesamtvergütung. Hier erhalten die Versicherten von ihrer Krankenkasse einen befundorientierten Festzuschuss und rechnen die Kosten direkt mit der Zahnarztpraxis ab. Die Zuschüsse decken standardmäßig 60 % der Durchschnittskosten der Regelversorgung ab. Durch ein Bonusheft und in sogenannten Härtefällen sind höhere Zuschüsse möglich, bei einem lückenlosen Bonusheft steigt der Zuschuss nach 5 Jahren auf 70 %, nach 10 Jahren auf 75 % und für Härtefälle werden 100 % der Kosten übernommen.

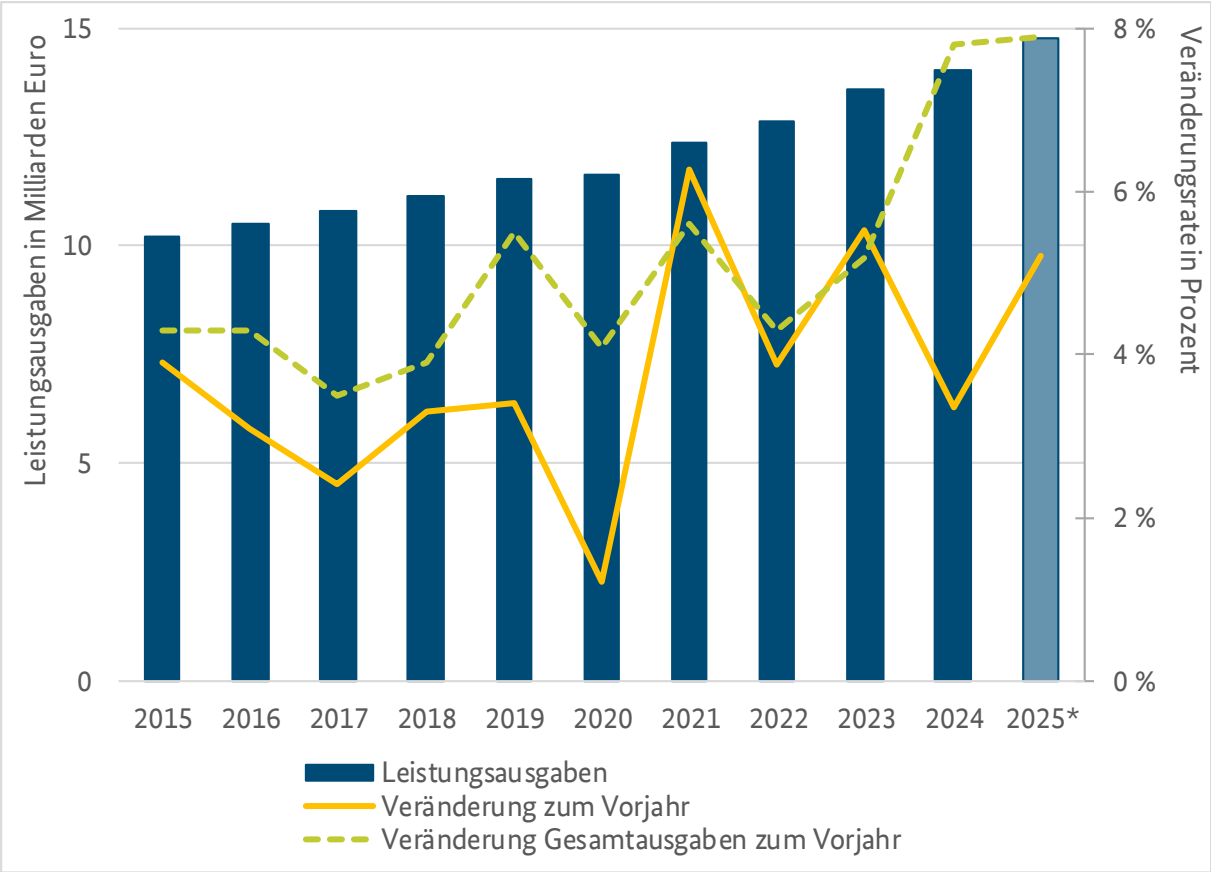
Ausgabenentwicklung

Die Gesamtausgaben für zahnärztliche Behandlungen inklusive Zahnersatz betrugen im Jahr 2025 19,1 Mrd. €. Davon entfielen 14,8 Mrd. €, das heißt etwa 77 %, auf die Ausgaben für den Bereich Zahnärzte ohne Zahnersatz und 4,3 Mrd. € auf den Bereich des Zahnersatzes (KV45).

Zahnärzte ohne Zahnersatz

Die Ausgabenentwicklung im Bereich der Zahnärzte ohne Zahnersatz zeigt Abbildung 6.4.1.1. Zwischen den Jahren 2015 und 2019 lag die Veränderungsrate relativ konstant zwischen 2,4 und 3,9 %. In 2020 und 2021 ist insbesondere ein Effekt durch die COVID-19-Pandemie zu erkennen mit anschließend gestiegener Ausgabenentwicklung.

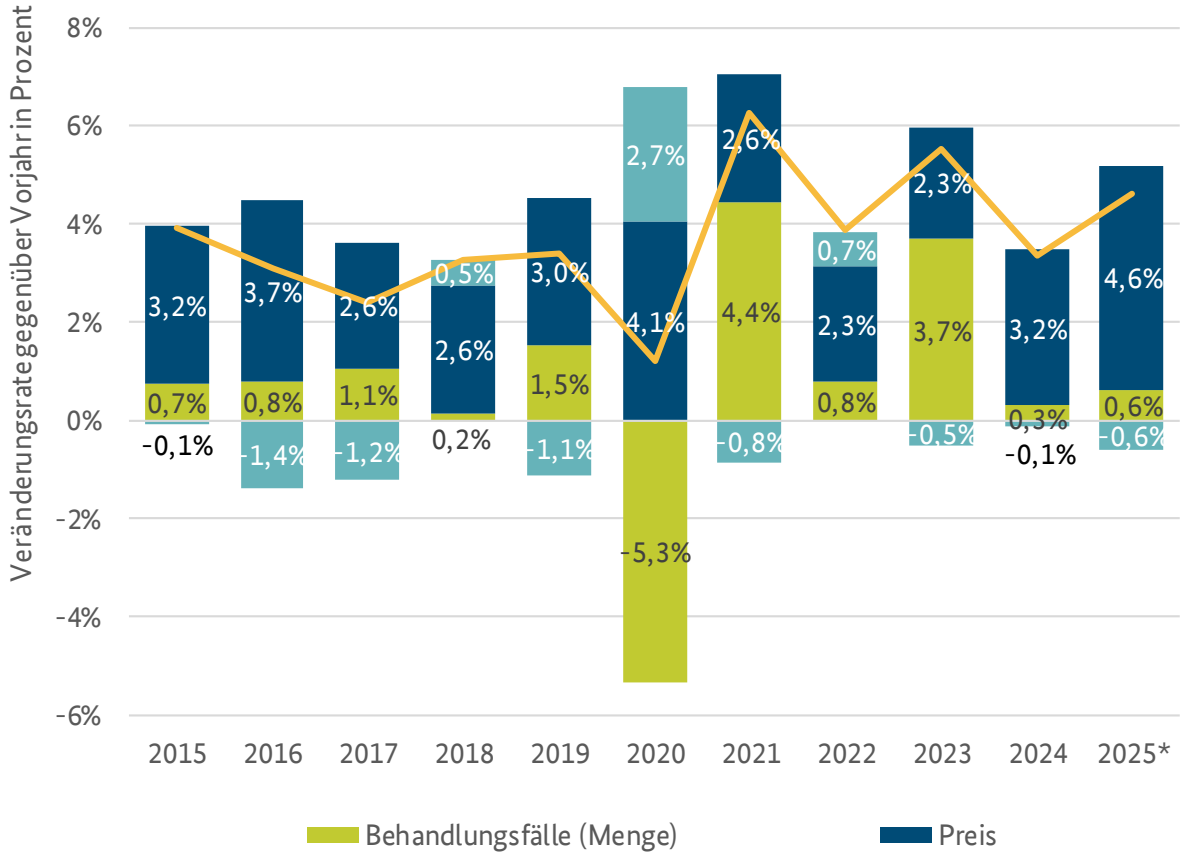
Abbildung 6.4.1.1: Ausgabenentwicklung für Zahnärzte ohne Zahnersatz von 2015 bis 2025



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Aus Abbildung 6.4.1.2 geht hervor, dass der dominante Treiber für die Gesamtentwicklung die Preiskomponente ist. Die Kompensation der Mengenentwicklung durch die Strukturkomponente lässt darauf schließen, dass die Mengenentwicklung trotz gesetzlich aufgeweichter Kriterien kaum Relevanz für die Vergütungsverhandlung hat und die Grundlohnratenanbindung weiterhin das maßgebliche Kriterium für die Höhe der Gesamtvergütung ist.

Abbildung 6.4.1.2: Veränderungsraten der Preis-, Mengen und Strukturkomponente für Zahnärzte ohne Zahnersatz von 2015 bis 2025



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, Jahresberichte der KZBV, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Mit dem GKV-VSG aus dem Jahr 2015 wurde § 22a SGB V eingefügt, der den Anspruch auf zusätzliche zahnmedizinische Präventionsleistungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung regelt. Die entsprechende Richtlinie des G-BA ist zum 1.7.2018 in Kraft getreten (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023).

Mit dem TSVG aus dem Jahr 2019 wurde die Punktwertdegression für vertragszahnärztliche Leistungen beseitigt. Zudem wurde eine Regelung zur Gründung zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser geschaffen. Eine starke Auswirkung dieser Regelungen war in 2019 nicht zu beobachten, das Jahr 2020 kann aufgrund der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme nicht zum Vergleich herangezogen werden. Zu Beginn der COVID-19-Pandemie sank im Jahr 2020 die Veränderungsrate der Ausgaben auf 1,3 %, wobei zu berücksichtigen ist, dass der starke Mengenrückgang von etwa 5,3 % durch Ausgleichszahlungen kompensiert wurde.

Im Jahr 2021 stieg die Veränderungsrate wieder auf 6,3 %, wobei neben dem Nachholeffekt der Mengenkomponente die Parodontitis-Richtlinie (PAR-Richtlinie) am 1.7.2021 in Kraft trat und zu steigenden Ausgaben führte, da durch die neue Regelung nicht mehr nur die akute Behandlung,

sondern auch die anschließende zweijährige Nachbehandlung abgedeckt wird (Gemeinsamer Bundesausschuss 2025b).

Trotz Ausgabendeckelungen, analog der Jahre 2011 und 2012, durch das GKV-FinStG für die Jahre 2023 und 2024, stiegen die Ausgaben 2023 um 5,6 % an. Im Jahr 2024 war der Ausgabenanstieg hingegen mit 3,4% moderater, insbesondere auch im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen. Die Entwicklung für 2025 liegt trotz Aufhebung der Begrenzung des Ausgabenanstiegs auf dem Niveau der Grundlohnrate bei 5,2 %.

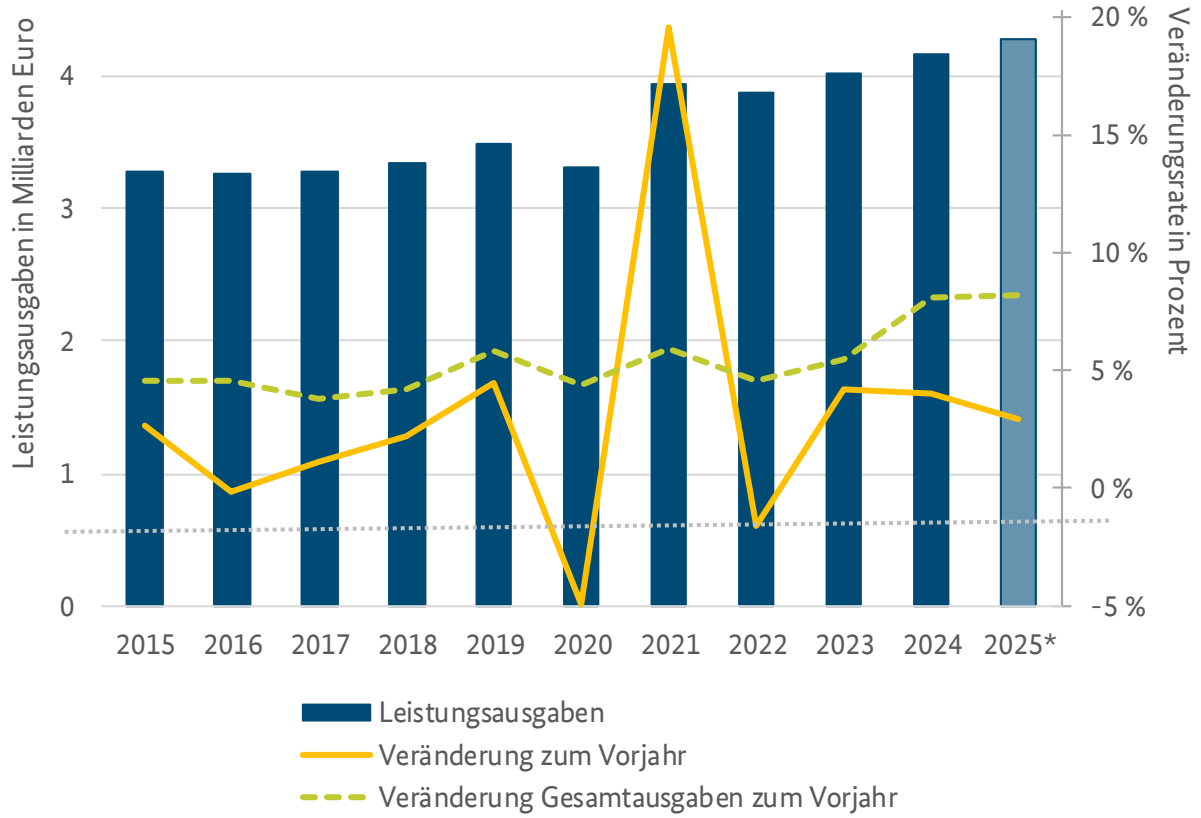
Fazit

Die Gesamtausgaben der GKV für den Bereich der zahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz lagen im Jahr 2025 bei rund 15 Mrd. €. Das entspricht einem Anteil von etwa 4,2 % an den Gesamtausgaben der GKV. Insgesamt gehört der Bereich der Zahnärzte ohne Zahnersatz im Vergleich zu allen Ausgabenbereichen der GKV zu denen mit einer vergleichsweise moderaten Entwicklung, die durchschnittliche Entwicklung lag zuletzt mit etwa 4,0 % auf dem Niveau der Entwicklung der Beitragspflichtigen Einnahmen. Im Jahr 2025 verzeichnete der Bereich eine Steigerungsrate von knapp 5,2 %. Haupttreiber der Entwicklung ist die Preiskomponente. Die teilweise Anbindung an die Grundlohnrate hat in der Vergangenheit dazu beigetragen, die Ausgabenzuwächse zu begrenzen.

Zahnersatz

Die Ausgabenentwicklung im Bereich Zahnersatz zeigt Abbildung 6.4.1.3. Zwischen den Jahren 2015 und 2019 lag die Veränderungsrate zwischen -0,5 und 4,2 %. In 2020 und 2021 ist insbesondere ein Effekt durch die COVID-19-Pandemie und die angepassten Festzuschusshöhen (siehe Reformempfehlung 22) erkennbar. Die Anhebung der Festzuschüsse führte im Jahr 2021 zu einem überdurchschnittlichen Ausgabenanstieg von insgesamt 19,3 %.

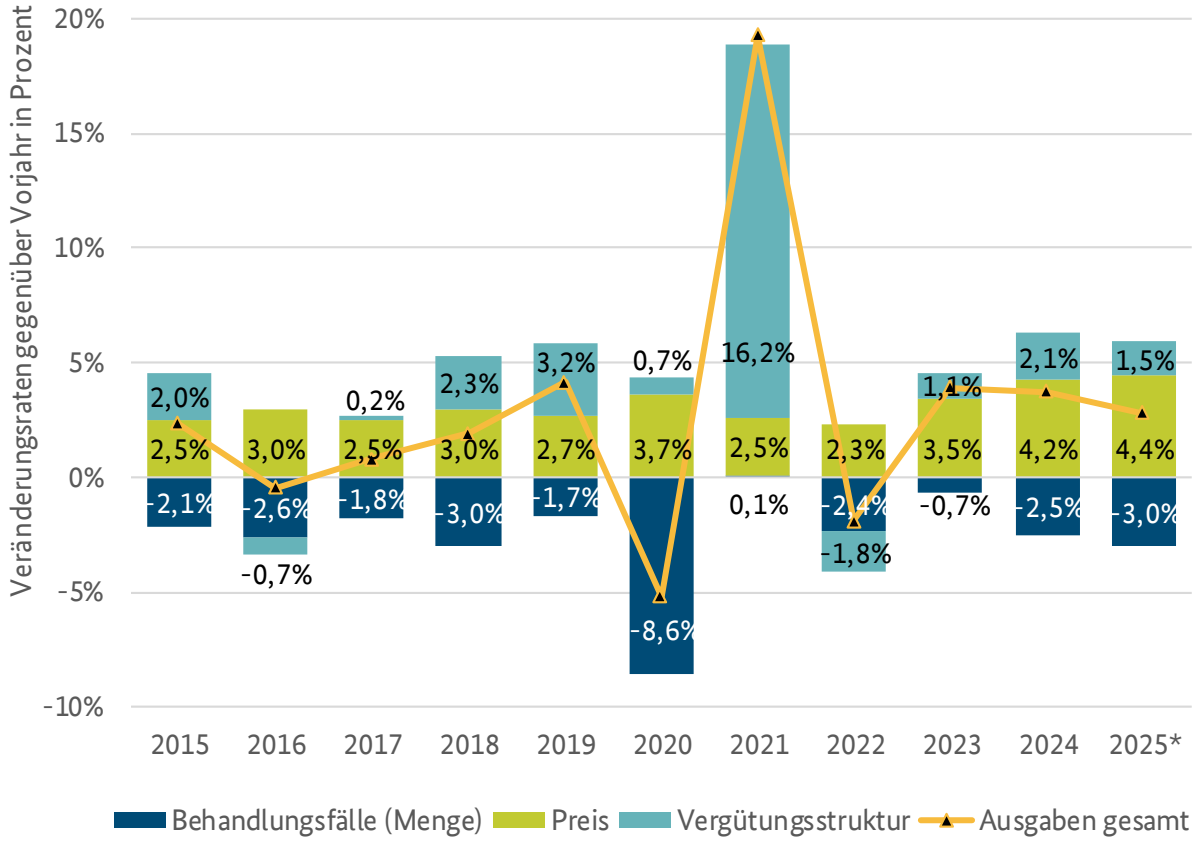
Abbildung 6.4.1.3: Ausgabenentwicklung für Zahnersatz von 2015 bis 2025



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Aus der Komponentenzerlegung in Abbildung 6.4.1.4 geht hervor, dass auch im Bereich des Zahnersatzes der dominante Treiber in der Preisentwicklung liegt.

Abbildung 6.4.1.4: Veränderungsraten der Preis-, Mengen und Strukturkomponente im Bereich Zahnersatz von 2015 bis 2025



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, Jahresberichte der KZBV, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Seit dem Jahr 2023 verzeichnet der Bereich des Zahnersatzes moderate Veränderungsraten, im Jahr 2023 lag diese bei 3,9 %, im Jahr 2024 bei 3,7 % und für das Jahr 2025 bei etwa 2,6 %. Die moderate Veränderungsrate lässt sich insbesondere durch Mengenrückgänge begründen.

Eine Besonderheit im Bereich des Zahnersatzes ist die stetig abnehmende Mengenentwicklung; grundsätzlich gilt Zahnerhalt vor Zahnersatz. Die Fallzahlentwicklung in dem Bereich ist ein Indikator dafür, dass Prävention und Aufklärung einen wesentlichen Beitrag zur Kostendämpfung leisten. Unter anderem haben die Versicherten einen Anreiz zu regelmäßigen Kontrolluntersuchungen, da der Festzuschuss bei vollständig geführtem Bonusheft steigt, zudem ist die Eigenverantwortung aufgrund des hohen Eigenanteils vermutlich stärker ausgeprägt als in anderen Bereichen.

Fazit

Die Gesamtausgaben für den Bereich des Zahnersatzes lagen im Jahr 2025 bei rund 4,3 Mrd. € und damit bei etwa 1,2 % der Gesamtausgaben. Insgesamt gehört der Bereich des Zahnersatzes zu den Ausgabenbereichen der GKV mit moderater Entwicklung. Im Jahr 2025 verzeichnete der Bereich eine Steigerungsrate von knapp 2,6 %. Haupttreiber der Entwicklung sind die Preiskomponente und die stetig abnehmende Anzahl der Behandlungsfälle.

6.4.2 Reformempfehlung Nr. 22: Rücknahme der Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz

Hintergrund	Mit dem TSVG wurden die Festzuschüsse für Zahnersatz ab 2020 mit dem Ziel der finanziellen Entlastung der Patientinnen und Patienten erhöht. Die Zeitreihen zum Zahnersatz zeigen eine insgesamt rückläufige Inanspruchnahme, auch infolge einer erfolgreichen Prävention.
Reformempfehlung	Rücknahme der Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz.
Finanzwirkung	Ca. 0,59 Mrd. € in 2027
Kategorie	B

Hintergrund/Handlungsbedarf

§ 55 SGB V regelt den Anspruch der gesetzlich Versicherten auf Festzuschüsse für Zahnersatz. Die Versicherten erhalten bei Zahnersatz einen Zuschuss als prozentualen Anteil der durchschnittlichen Kosten für die jeweilige Regelversorgung, die verbleibenden Beträge müssen die Patienten selber zahlen oder privat absichern. Den Patienten steht frei, die Behandlung im Sinne der Regelversorgung durchführen zu lassen, oder die Mehrkosten für eine gleichartige oder andersartige Versorgung zu zahlen (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung o. J.). Mit dem TSVG aus dem Jahr 2019 wurden die Festzuschüsse zum Zahnersatz zum 1.10.2020 erhöht; die Veränderung ist in Tabelle 6.4.2.1 dargestellt. Ziel der Neufassung war es, Patientinnen und Patienten, die auf die Versorgung mit Zahnersatz angewiesen sind, bei der Aufbringung ihres Eigenanteils zu entlasten (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 19/6337, 2018, S. 146). Die regelmäßige Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen berechtigt nach § 55 Absatz 1 Satz 3 SGB V zu erhöhten Zuschüssen und wird durch die Patienten mit dem sogenannten Bonusheft nachgewiesen. Durch diese Regelung ist ein direkter Anreiz zur Übernahme von Eigenverantwortung durch regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen im System verankert. Nicht die allgemeine Höhe des Festzuschusses, sondern die durch das Bonusheftsystem eröffnete Möglichkeit, diesen durch regelmäßige Inanspruchnahmen präventiver Untersuchungen zu erhöhen, stellt damit das zentrale Instrument zur Förderung präventiven Verhaltens dar.

Die Härtefallregelung für Personen mit unzumutbarer Belastung nach § 55 Absatz 2 und 3 SGB V gilt unter anderem für Patienten mit geringem Einkommen und erhöht den Festzuschuss bis auf eine vollständige Kostenübernahme durch die GKV.

Tabelle 6.4.2.1: Anteil der Festzuschüsse zum Zahnersatz vor und nach Anhebung durch das TSVG

Festzuschuss zum Zahnersatz	Regelung bis 01.10.2020	Regelung seit 01.10.2020
Für Patienten der GKV	50 %	60 %
Für Patienten mit regelmäßiger Vorsorge (5 Jahre)	60 %	70 %
Für Patienten mit regelmäßiger Vorsorge (10 Jahre)	65 %	75 %
Für Patienten mit Härtefallregelung	100 %	100 %

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des § 55 SGB V

Die Inanspruchnahme von Versorgung mit Zahnersatz ist im langjährigen Trend rückläufig, zwischen 2014 und 2024 um etwa 3 % jährlich (KG3 Statistik). Diese Entwicklung deutet auf eine wirksame, insgesamt erfolgreiche, Prävention hin. Auch nach Erhöhung der Festzuschüsse durch das TSVG änderte sich der rückläufige Trend in der Inanspruchnahme nicht dauerhaft. Der durchschnittlich erhaltene Festzuschuss der Inanspruchnehmenden stieg von 62,8 % im Jahr 2019 auf 70,7 % im Jahr 2023 (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2025b, S. 94). Im selben Zeitraum stieg der durch die GKV übernommene Anteil der Gesamtausgaben für Zahnersatz weniger stark von 42 % im Jahr 2019 auf 45 % im Jahr 2023 (BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung 2025, BEMA-Teil 5). Der Kassenanteil lag bereits vor Anhebung des Festzuschusses im Jahr 2019 deutlich über der Kostenübernahme zahnärztlicher und kieferorthopädischer Leistungen insgesamt durch Pflichtversicherungen im OECD-Durchschnitt, die 2023 32% betrug (OECD 2025b, Abb. 5.7).

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt die Reduzierung der Festzuschüsse für Zahnersatz auf das vor dem 01.10.2020 gültige Niveau (siehe Tabelle 6.4.2.1). Die Härtefallregelungen nach § 55 Absatz 2 SGB V werden insoweit angepasst, dass sich für ansonsten unzumutbar belastete Patienten weiterhin ein Festzuschuss in Höhe von 100 % ergibt.

Geschätzte Finanzwirkung

Unter der Annahme, dass sich die derzeitige Preis- und Mengenentwicklung fortsetzt, wird ein Einsparvolumen durch eine Reduktion der Festzuschüsse in Höhe von rund 590 Mio. € in 2027 prognostiziert, welches bis 2030 auf rund 640 Mio. € ansteigt (KJ1 Statistik; eigene Berechnungen).

Diskussion

Beim Zahnersatz können neben der medizinisch notwendigen Regelversorgung häufig auch unterschiedliche Versorgungsvarianten mit zusätzlichen Komfort- oder Qualitätsmerkmalen gewählt werden. In solchen Bereichen ist eine angemessene Eigenbeteiligung gerechtfertigt, solange der Zugang zur notwendigen Versorgung für sozial besonders belastete Personen durch Härtefallregelungen abgesichert bleibt.

Umsetzbarkeit

Hierfür ist die Anpassung von § 55 Absätze 1 und 2 SGB V notwendig. Die Umsetzung der Maßnahme ist durch die Änderung im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Reformempfehlung erhöht den Eigenanteil der Patienten, hat aber keine Auswirkungen auf die Regelversorgung mit Zahnersatz. Die Sicherung des Zugangs für Personen mit unzumutbarer Belastung durch die Kosten für Zahnersatz wird mit der Härtefallregelung weiterhin gewährleistet. Das Festzuschusssystem eröffnet den Versicherten weiterhin die Wahlmöglichkeiten zwischen der Regelversorgung, gleichartiger Versorgung, die nur im Detail von der Regelversorgung abweicht, und Zahnersatz, der sich vollkommen von der Regelversorgung unterscheidet (andersartiger Versorgung). Die erhöhte finanzielle Beteiligung in Kombination mit dem etablierten Bonussystem stärkt zudem die Anreize zur Eigenverantwortung insbesondere hinsichtlich einer regelmäßigen Teilnahme an zahnärztlicher Vorsorge.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Insgesamt wird die Belastung für die Versicherten erhöht. Trotz der geltenden Härtefallregelung zur Sicherung der sozialen Verträglichkeit gaben im Mikrozensus 2022 10 % der Befragten GKV-Versicherten an, dass die Kosten für die zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung für den Haushalt eine große Belastung darstellen (im Vergleich zu 7,5% bei Arzneimitteln und 4,1% der privat versicherten Haushalte (Hollederer 2025)).

Im Jahr 2024 lag laut dem Barmer Zahnreport die durchschnittliche Eigenbeteiligung zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen je Inanspruchnehmenden bei 764 € (BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung 2025, BEMA-Teil 5). Für die im Jahr 2021 etwa 18 Millionen Versicherten mit Zahnzusatzversicherung (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. 2023) hatten die Erhöhungen der Festzuschüsse in 2020 wahrscheinlich keinen direkten entlastenden finanziellen Effekt, sondern kamen vor allem den privaten Versicherern zugute. Es ist aber nicht auszuschließen, dass private Versicherer eine Absenkung der Festzuschüsse auf das Niveau von vor 2020 durch entsprechende Prämienerhöhungen an die Versicherten weitergeben.

6.4.3 Reformempfehlung Nr. 23: Begrenzung von potentieller Über- und Fehlversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung

Hintergrund	In der kieferorthopädischen Versorgung bestehen strukturelle und qualitative Defizite, auch weil Steuerung und Qualitätssicherung nicht hinreichend wissenschaftlich gesichert sind.
Reformempfehlung	Die Kommission empfiehlt ein Bündel von fünf Maßnahmen, das durch eine Kombination aus Pauschalvergütung und evidenzbasierter Leistungserbringung die Versorgungsqualität stärkt sowie die Leistungsmenge wirksam steuert.
Finanzwirkung	Ca. 0,11 Mrd. € in 2027
Kategorie	A*

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung des G-BA sind am 1.1.2004 in Kraft getreten und beschreiben die Grundsätze der Befunderhebung, Diagnostik und Planung der Therapie bei Kiefer- oder Zahnfehlstellungen. Bestandteil der Richtlinie sind weiterhin ein Verzeichnis kieferorthopädischer Indikationsgruppen, die sogenannten KIG, die in fünf Stufen eingeteilt sind sowie Kriterien zu deren Anwendung (Gemeinsamer Bundesausschuss 2003). Ziel der Richtlinie ist die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Maßnahmen, die nicht dem rein kosmetischen Zweck dienen.

Ein Leistungsanspruch besteht, wenn mindestens eine KIG von Grad 3 besteht, zum Beispiel ab einer Frontzahnstufe von mindestens 6 mm. Die KIG-Einstufung soll sicherstellen, dass nur Kosten für die Behandlung solcher Kiefer- oder Zahnfehlstellungen erstattet werden, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen. Kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, werden bis auf wenige Ausnahmen bei schweren Kieferanomalien nicht durch die GKV übernommen. Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung stellt der behandelnde Zahnarzt einen Behandlungsplan auf und legt ihn der Krankenkasse zur Genehmigung vor. Die Kassen haben daraufhin die Möglichkeit, ein Gutachterverfahren einzuleiten (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2018). Die Vergütung der kieferorthopädischen Behandlung erfolgt nach dem Einzelleistungsprinzip und wird im BEMA beschrieben (siehe auch Kapitel 6.4.1). Gemäß § 29 Absatz 2 SGB V zahlen Versicherte zunächst einen Eigenanteil in Höhe von 20 % der Kosten; dieser wird von den Krankenkassen am Ende einer erfolgreichen Behandlung, das heißt dem Abschluss der Behandlung gemäß Behandlungsplan, erstattet (§ 29 Absatz 3 SGB V).

Die Zahl der Neuplanungen kieferorthopädischer Behandlungen lag im Jahr 2024 bei etwa 450.000 Fällen und betrifft damit rund zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen eines Jahrgangs (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2026, S. 63). Gleichzeitig wurden in 15 von 100 Behandlungsfällen, das heißt in insgesamt etwa 70.000 Fällen, Gutachten erstellt, die in 46 % der Fälle eine vollständige (17 %) oder teilweise Ablehnung (29 %) der Behandlung zur Folge hatten (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2025a, S. 52). Im Jahr 2025 wurden von der GKV insgesamt etwa 1,5 Mrd. € für kieferorthopädische Leistungen aufgewendet (KV45, für 2024 nach KJ1 1,4 Mrd. €).

In vielen europäischen Ländern erfolgen deutlich weniger kieferorthopädische Behandlungen.[16] Bereits 2001 wurde im Gutachten des *Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* die Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Kieferorthopädie kritisiert (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, 192 f.). Seitdem häufen sich die Hinweise auf Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Kieferorthopädie, das heißt, dass potentiell mehr Schaden als Nutzen durch diese Versorgungsart entsteht. Die Überversorgung hat vor allem zwei Ursachen:

Zum einen werden überholte und nicht hinreichend wissenschaftlich gesicherte Maßnahmen auf Kosten der GKV durchgeführt: Das DIMDI (2008, S. 5), der BRH (2018a, S. 6), das IGES im Auftrag des BMG (Hoffmann et al. 2018, S. 8) und die hkk-Krankenkasse (Braun & Spassov 2024) haben jeweils unabhängig voneinander gerügt, dass kieferorthopädische Leistungen mit unzureichender wissenschaftlicher Begründung erbracht werden. Insbesondere die verbreitete Praxis, regelhaft zum Teil nicht zwingend erforderliche Röntgendiagnostik durchzuführen, oder zunächst weniger wirksame herausnehmbare Zahnspangen und später doch festsitzende Zahnspangen einzusetzen, wird wegen zum Teil unnötiger Strahlenbelastung im Widerspruch zur Strahlenschutzverordnung (StrlSchV), möglichem gesundheitlichen Schaden, unzureichender Wirksamkeit, unnötig verlängerter Therapiedauer und insgesamt vermeidbaren Kosten kritisiert.

Zum anderen bestehen gravierende strukturelle Probleme durch die Gestaltung des Vergütungssystems und eine weitgehend fehlende Sicherung der Ergebnisqualität: Die durchgängige Einzelleistungsvergütung wirkt als Fehlanreiz und führt zu einer Ausweitung von unnötigen Behandlungen und kontinuierlich steigenden Kosten. Über die Ergebnisqualität der kieferorthopädischen Behandlungen und deren langfristige Auswirkungen sind keine beziehungsweise nur wenige belastbare Erkenntnisse verfügbar, obwohl die Kieferorthopädie seit mehr als 50 Jahren Bestandteil der GKV ist.

Derzeit sind alle approbierten Zahnärzte berechtigt, kieferorthopädische Leistungen anzubieten, auch ohne spezielle Facharztweiterbildung in der Kieferorthopädie. Damit werden zusätzliche Kosten durch potentiell vermehrt nicht sach- und bedarfsgerecht erbrachte Behandlungen verursacht. Um

[16] Zum Beispiel in Schweden, Großbritannien und Finnland etwa 20 % bis 30 % einer Generation beziehungsweise eines Jahrgangs (Rolland et al. 2016; Linden et al. 2019; Göranson et al. 2025).

die Gebietsbezeichnung *Fachzahnarzt für Kieferorthopädie* beziehungsweise *Kieferorthopäde* führen zu dürfen, ist eine dreijährige Weiterbildung mit abschließender Prüfung durch die jeweilige Zahnärztekammer notwendig (Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie 2026).

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt die folgenden Reformen:

1. Die faktisch unbegrenzte Einzelleistungsvergütung zur kieferorthopädischen Behandlung soll durch eine Pauschalvergütung mit zugleich obligatorischer Messung der Ergebnisqualität ersetzt werden.

Ein mögliches Vorbild bildet die sogenannte „Gratis-Zahnspange" in Österreich, für die Kieferorthopäden mit einer Pauschale, unabhängig von der Behandlungsdauer, vergütet werden. Die Messung der Ergebnisqualität erfolgt dort mit dem Peer-Assessment-Rating Index (Österreichische Zahnärztekammer 2015 unter anderem § 25 Struktur- und Ergebnisqualitätskriterien, § 28 Tarif für die Leistung nach § 16). Die Regelungen zur Eigenbeteiligung nach § 29 Absätze 2 und 3 SGB V bleiben dabei unverändert.

Langfristig ist hier gegebenenfalls auch die Umsetzung eines befundbezogenen Festzuschusssystems unter Anpassung der Regelungen zur Eigenbeteiligung, wie aus der zahnärztlichen Versorgung bekannt, zu prüfen (siehe auch Abschnitt 6.4.2).

2. Die Abrechnungspositionen Ä934a im BEMA (Fernröntgenaufnahmen) und Ä935d (Panorama-Aufnahmen) werden nur noch nach einer evidenzbasierten Indikations- und Kontraindikationsliste genehmigt. Insbesondere Röntgenaufnahmen im Behandlungsverlauf bedürfen einer strengen Indikationsstellung. Hierzu wird der G-BA beauftragt, eine verbindliche evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste zu beschließen.
3. Abrechnung von kieferorthopädischen Behandlungen sollen nur noch durch Vertragszahnärzte, die eine Fachzahnarztweiterbildung der Kieferorthopädie besitzen, erfolgen. Eine Ausnahmeregelung aufgrund von regionaler Unterversorgung kann unter Beachtung sinnvoller Mindestmengen ggf. geschaffen werden, falls für Patienten ansonsten Fahrzeiten von über 30 Minuten resultieren würden.[17]
4. Einführung einer Überweisungspflicht für kieferorthopädische Behandlungen.
5. Der G-BA wird um eine mittelfristige Überprüfung der allgemeinen Anspruchskriterien zur kieferorthopädischen Behandlungen sowie der zugehörigen Indikationen und Kontraindikationen gebeten.

[17] Der Barmer Zahnreport (Rädel et al. 2024, 65f.) 2024 impliziert regionale Unterschiede der kieferorthopädischen Umsätze in Praxen ohne kieferorthopädischen Schwerpunkt. Bei durchschnittlich 12,9 % des kieferorthopädischen Gesamtumsatzes, ist dieser Anteil besonders in Ostdeutschland mit 16 % bis 18 % höher.

Geschätzte Finanzwirkung

Das geschätzte jährliche Einsparvolumen beläuft sich für 2027 auf 110 Mio. €. Die Schätzung basiert auf den Gesamtausgaben für Kieferorthopädie in 2025 in Höhe von 1,5 Mrd. € und folgenden Annahmen:

Zu Empfehlung 1.:

Die Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung betrugen im Jahr 2025 nach Angaben der AOK Baden-Württemberg im Durchschnitt 3.800 €. Wenn durch die Pauschalen die Kosten durch eine reduzierte Behandlungsdauer und sachgerechten Spangeneinsatz um 10 % gesenkt werden können, ergibt sich unter Ausschluss der folgenden bildgebenden Leistungen und der Berücksichtigung des Effekts aus 3. ein Einsparvolumen in Höhe von 140 Mio. €.

Zu Empfehlung 2:

Im Jahr 2023 wurden für die bildgebenden Leistungen der Ziffern Ä934a und Ä935d im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen etwa 22 Mio. € aufgewendet (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2026, Tabelle 4.11). Wenn ein Drittel dieser Menge aufgrund der evidenzbasierten Neuregelung entfällt, ergibt sich eine Finanzwirkung in Höhe von 7 Mio. €.

Zu Empfehlung 3.:

Derzeit werden nach Angaben der AOK Baden-Württemberg etwa 13 % der Leistungsmenge in der Kieferorthopädie von Zahnärzten ohne Fachzahnarztweiterbildung der Kieferorthopädie erbracht, das entspricht einem Finanzvolumen in Höhe von 200 Mio. €. Wenn ein Drittel dieser Menge ohne Substitution entfällt, ergibt sich eine Finanzwirkung in Höhe von 70 Mio. € jährlich.

Die beschriebene Finanzwirkung der Empfehlungen 1., 2. und 3. wird für 2027 aufgrund von Übergangsregelungen und einer möglicherweise verzögerten Umsetzbarkeit nur hälftig einberechnet. Für die Empfehlungen 4. und 5. wird keine geschätzte Finanzwirkung ausgewiesen. Unter der Annahme, dass sich die derzeitige Preis- und Mengenentwicklung fortsetzt, ergibt sich für 2030 ein Finanzvolumen in Höhe von 240 Mio. €.

Diskussion

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sollten auch aus ethischer Perspektive nur dann erbracht werden, wenn ein medizinischer Nutzen wissenschaftlich plausibel belegt ist. Maßnahmen ohne ausreichende Evidenz können Patientinnen und Patienten unnötigen Risiken, etwa durch vermeidbare Strahlenbelastung oder verlängerte Behandlungsdauer, aussetzen. Eine stärker evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Ausgestaltung der kieferorthopädischen Versorgung dient daher sowohl dem Patientenschutz als auch dem verantwortungsvollen Einsatz solidarisch finanzierter Ressourcen.

Umsetzbarkeit

Die Umsetzung der Vorschläge erfordert Anpassungen in § 29 Absatz 4 SGB V und nachfolgend der Kieferorthopädie-Richtlinie, dem Bewertungsmaßstab (BEMA) beziehungsweise dem Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z). Die Umsetzung der Maßnahmen ist durch die Änderungen im Gesetz kurzfristig mit Finanzwirkung ab 2027 beziehungsweise spätestens 2028 möglich.

Eine Pauschale kann kurzfristig für 2027 auf Basis von Kassendaten berechnet werden. Für ein langfristiges Festzuschusssystem sind an den Kosten orientierte indikationsbezogene Pauschalen erforderlich, die mit entsprechender Vorbereitung mittelfristig im Auftrag durch den G-BA entwickelt werden könnten. Zur Überprüfung des Outcomes bei der Vergütung durch Pauschalen oder Festzuschüsse muss zur Qualitätssicherung der Eingangsbefund und der Endbefund anhand eines anerkannten Scores verglichen werden und damit überprüfbar sein. Die Umsetzung eines solchen Qualitätssicherungsverfahren durch den GKV-SV und die KZBV könnte dazu führen, dass die Empfehlung erst 2028 finanzwirksam umgesetzt werden kann.

Um eine evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage zu schaffen, wird der G-BA gesetzlich beauftragt, eine verbindliche evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste zu beschließen. Der G-BA kann solche Regelungen in die bereits bestehende Richtlinie für kieferorthopädische Behandlungen aufnehmen. In diesem Rahmen kann der G-BA dem IQWiG den Auftrag erteilen, den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufzuarbeiten. Die Maßnahmen sind mit entsprechender Fristsetzung an den G-BA mittelfristig umsetzbar. Der 1. Juli 2027 wird als Frist für die Umsetzung empfohlen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Maßnahmen zielen auf eine kosteneffektive und bedarfsgerechte Versorgung ab, die gleichzeitig die Patientensicherheit fördert. Die Behandlung medizinisch relevanter kieferorthopädischer Erkrankungen wird durch die Regelung nicht eingeschränkt. Insofern sind keine negativen Effekte auf die Versorgungsqualität zu erwarten. Ein erschwerter Zugang zur kieferorthopädischen Versorgung in Regionen mit Versorgungsdefiziten wird durch die entsprechende Ausgestaltung von Empfehlung 3. verhindert. Die Überweisungspflicht schränkt den Zugang nicht ein, sondern dient der erweiterten Sicherung der Strukturqualität und sachgerechter beziehungsweise bedarfsgerechten Steuerung.

Evidenzbasierte Indikationen im Bereich der Behandlung und insbesondere der Bildgebung reduzieren Leistungen, die für die Indikationsstellung und Verlaufsbeurteilung nicht erforderlich sind. Dadurch werden Folgeuntersuchungen durch klinisch nicht relevante Zufallsbefunde vermieden und die strengen Anforderungen der StrlSchV (unter anderem §119 Rechtfertigende Indikation) erfüllt.

Durch die Einschränkung medizinisch nicht notwendiger Behandlungen insbesondere im Bereich der Versorgung durch Zahnärzte ohne spezielle Facharztweiterbildung in der Kieferorthopädie und einer erwarteten Verkürzung der Behandlungsdauer ist mit freien Arztkapazitäten zu rechnen, die für bedarfsnotwendige Zwecke eingesetzt werden können.

Das vorgeschlagene System pauschaler Vergütung beziehungsweise der Zahlung von Festzuschüssen ist im Gegensatz zum strikten Ausschluss von Behandlungsverlängerungen mit weniger Risiken für Versicherte mit komplexen Fehlstellungen verbunden. Es erübrigt sich die Definition medizinisch begründeter Ausnahmefälle. Bei Einführung der Behandlungspauschale sind Kieferorthopäden motiviert, keine unnötige Ausweitung der Maßnahmen anzustreben. Somit kann auch ein weiterer Verwaltungsaufwand für Indikationsstellungen, Begründungen bei gleichzeitiger Bewahrung der Therapiefreiheit vermieden werden. Die konsequente Umsetzung eines Qualitätssicherungsverfahrens kann etwaigen Qualitätseinbußen entgegenwirken. Ein erhöhter administrativer Aufwand in den Praxen für die Umsetzung der Qualitätssicherung kann abhängig von der konkreten Ausgestaltung nicht ausgeschlossen werden, wobei eine sorgfältige Befunddokumentation auch schon jetzt erforderlich ist.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die stärksten finanziellen Auswirkungen werden für zahnärztliche Praxen mit einem hohen Umsatzanteil kieferorthopädischer Leistungen, aber ohne kieferorthopädische Weiterbildung durch die empfohlene Voraussetzung dieser Weiterbildung (Empfehlung 3.) erwartet. Zahnärzte könnten versuchen, Einkommensverluste durch ein erweitertes Angebot an privatzahnärztlichen Leistungen, auch aber nicht nur bei komplexen, aufwändig zu behandelnden Fehlstellungen, zu kompensieren.

6.5 Heilmittel

6.5.1 Kostentreiberanalyse – Heilmittel

Vergütungssystematik

Heilmittel sind medizinische Dienstleistungen, die von Vertragsärzten, Vertragszahnärzten, Vertragspsychotherapeuten sowie im Rahmen des stationären Entlassmanagements verordnet und von entsprechend qualifizierten und zugelassenen Therapeuten erbracht werden. Hierzu zählen Leistungen der Physiotherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSST), der Ergotherapie, der Podologie sowie der Ernährungstherapie. Die Verordnungsvoraussetzungen richten sich nach der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des G-BA gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V. Sie legt fest, unter welchen medizinischen Bedingungen Heilmittel zulasten der GKV verordnet werden dürfen, und konkretisiert im Heilmittelkatalog, welche Leistungen bei welchen Indikationen verordnungsfähig sind. Bezogen auf den Versicherten und/oder den einzelnen Heilmittelerbringer findet keine Begrenzung der Leistungsmengen statt.

Durch das TSVG wurde im Jahr 2019 die zuvor regional differenzierte Vergütungsstruktur durch eine bundeseinheitliche, kollektivvertragliche Struktur abgelöst. Die bundeseinheitlichen Vergütungen für Heilmittelleistungen werden seither auf Grundlage der §§ 125 und 125a SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden der Heilmittelerbringer verhandelt. Gesetzlich ist vorgegeben, dass die vereinbarten Preise eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung sowie einen wirtschaftlichen Praxisbetrieb sicherstellen müssen; dabei sind insbesondere die Entwicklung der Personal- und Sachkosten sowie die durchschnittlichen Betriebskosten einer Praxis zu berücksichtigen (§ 125 Absatz 3 SGB V). Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V findet gemäß § 125 Absatz 3 Satz 3 SGB V keine Anwendung.

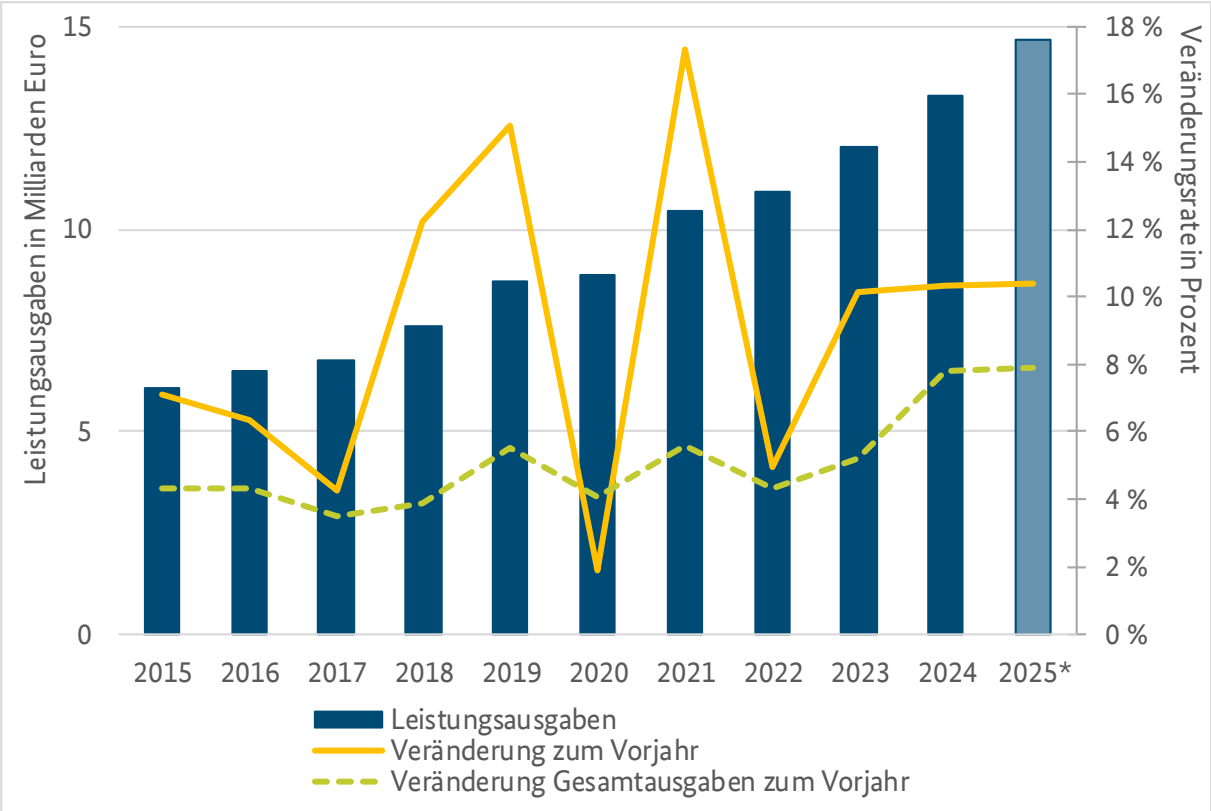
Während § 125 SGB V die Regelversorgung mit indikationsbezogen festgelegten Heilmitteln und vorgegebenen Leistungsmengen betrifft, eröffnet § 125a SGB V die Möglichkeit einer Versorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (sog. Blankoverordnung). In diesem Rahmen verbleibt die in der Regel ärztliche Verordnung als Grundlage der Leistungserbringung, jedoch erhalten die Therapeuten weitergehende Entscheidungsspielräume hinsichtlich Auswahl, Frequenz und Dauer der Behandlung innerhalb der Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie. Die Vergütungssystematik unterscheidet sich insoweit, als im Anwendungsbereich des § 125a SGB V ergänzende pauschale Vergütungsbestandteile vorgesehen sind.

Ausgabenentwicklung und Treiber

Die Ausgaben der GKV im Jahr 2025 für Heilmittel betrugen rund 14,7 Mrd. € (KV45 1.-4. Quartal 2025). Der größte Anteil entfällt dabei auf physiotherapeutische Leistungen mit 67,4 %, gefolgt von der Ergo- und der SSSST-Therapie mit 17,1 % beziehungsweise 10,8 %. Podologische Leistungen machen rund 3,6 % aus; der verbleibende Anteil entfällt auf Ernährungstherapie und sonstige Leistungen.

Die Ausgabenentwicklung im Heilmittelbereich im Zeitraum von 2015 bis 2025 ist in Abbildung 6.5.1.1 dargestellt. Über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg ist der Leistungsbereich im Durchschnitt um jährlich 9,1 % gewachsen und zählt – gemessen an der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate – neben den Bereichen Schutzimpfungen und medizinische Behandlungspflege zu den drei am stärksten wachsenden Bereichen (siehe Abbildung 4.1.1.2). Das jährliche Wachstum in den letzten drei Jahren bis einschließlich 2025 betrug im Schnitt ca. 10,3 %. In allen betrachteten Vergleichszeiträumen stiegen die Ausgaben für Heilmittel – mit Ausnahme des ersten COVID-19-Jahres 2020 – deutlich stärker als die GKV-Gesamtausgaben. Der starke Anstieg in den Jahren 2018 und 2019 ist insbesondere auf regulatorische Änderungen zurückzuführen. Hierzu zählen die zunächst vorübergehende und ab 2019 dauerhafte Aussetzung der Grundlohnratenbindung im Rahmen der Vergütungsverhandlungen sowie die bundesweite Anhebung der zuvor regional differenzierten Preise auf das jeweilige Bundeshöchstniveau mit dem TSVG. Der außergewöhnliche Anstieg im Jahr 2021 ist dagegen auch auf Nachholeffekte aufgrund der COVID-19-Pandemie zurückzuführen.

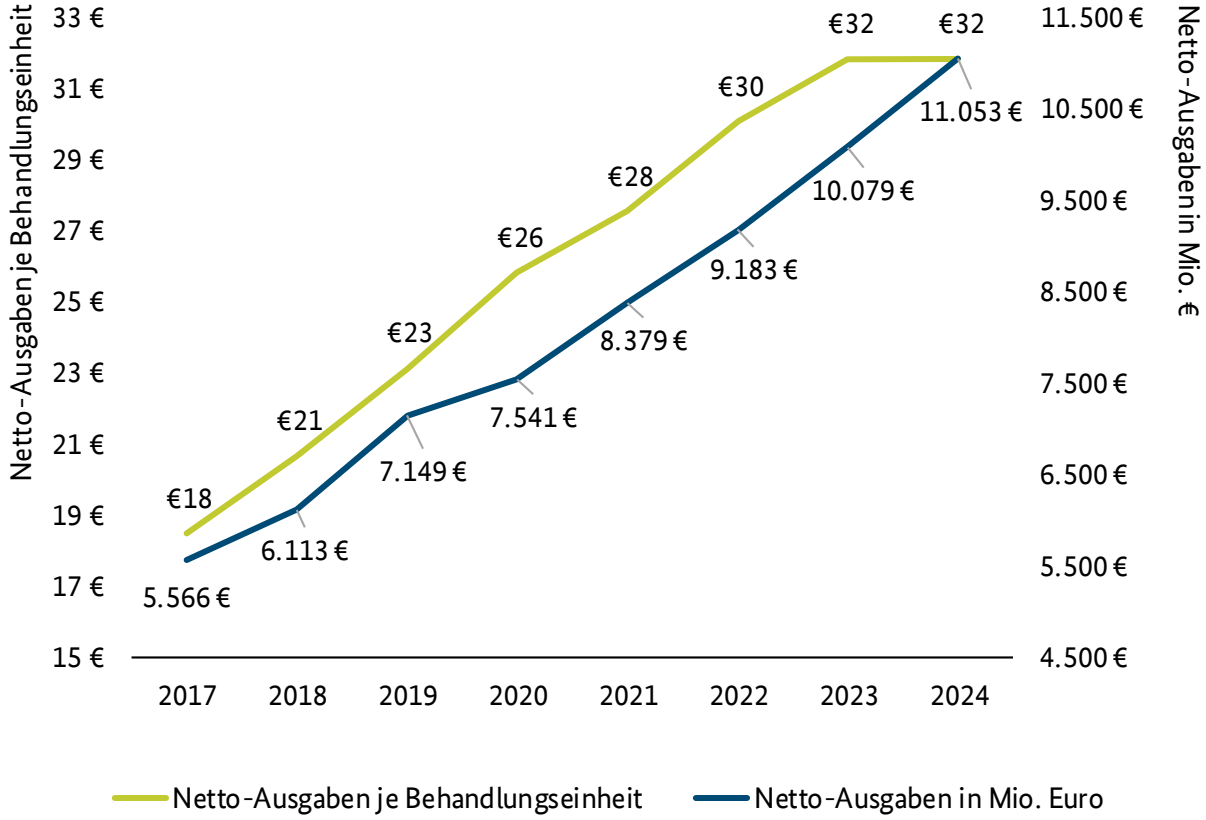
Abbildung 6.5.1.1: Ausgabenentwicklung im Heilmittelbereich von 2015 bis 2025



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Sowohl die bestehende Vergütungssystematik als auch die in den vergangenen Jahren umgesetzten Reformen prägen maßgeblich die zentralen Kostentreiber im Heilmittelbereich. Abbildung 6.5.1.2 stellt die Entwicklung der Nettoausgaben und der Nettoausgaben je Behandlungseinheit im Beobachtungszeitraum auf Basis der GKV-Heilmittel-Schnellinformation (HIS-Daten) nach § 84 Absatz 5 i. V. m. Absatz 7 SGB V dar.

Abbildung 6.5.1.2: Entwicklung der Nettoausgaben (in Mio. €) und der Nettoausgaben je Behandlungseinheit zwischen 2017 und 2024

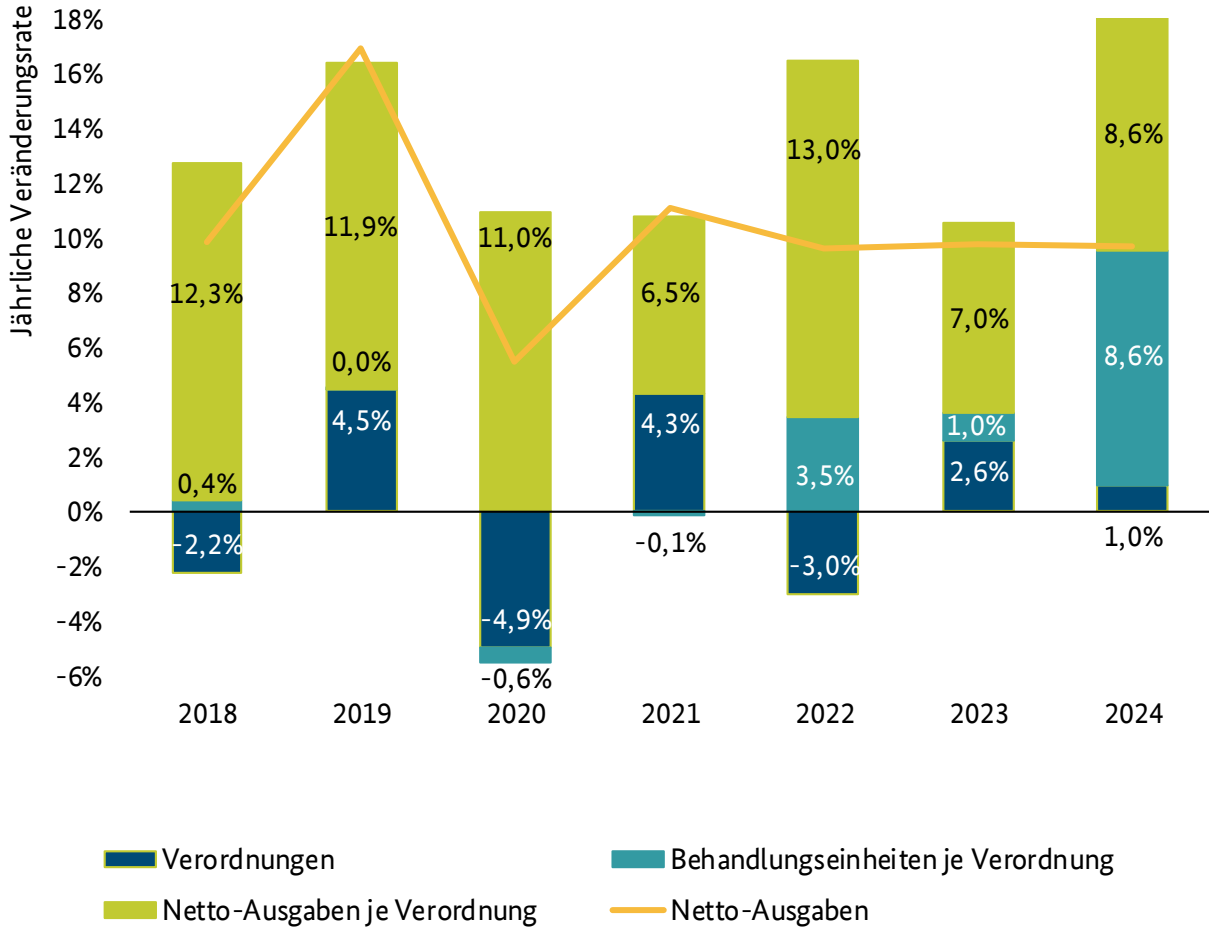


Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis – HIS-Daten

Die Gegenüberstellung der Nettoausgaben insgesamt mit den Nettoausgaben je Behandlungseinheit (Vergütungen je Einheit) zeigt, dass die Ausgabenentwicklung über weite Strecken maßgeblich von der Preisentwicklung geprägt ist. In der Gesamtbetrachtung haben sich die Nettoausgaben im Heilmittelbereich zwischen 2017 und 2024 von 5,6 Mrd. € auf 11,1 Mrd. € nahezu verdoppelt (Wachstum um 98,6 %). Die Nettoausgaben je Behandlungseinheit stiegen im selben Zeitraum um 72,2 %. Im Jahr 2024 lag der durchschnittliche Wert einer Behandlungseinheit bei 31,8 €, gegenüber 18,5 € zu Beginn des Jahres 2017. Besonders deutliche Preissprünge waren in den Jahren 2019 und 2021 zu verzeichnen, was sich auch in den entsprechenden jährlichen Ausgabensteigerungen widerspiegelte. Ursächlich hierfür waren insbesondere die Entkopplung der Vergütungsvereinbarungen von der Grundlohnsummenbindung sowie die einmalige Preisangleichung im Zuge der Umstellung auf bundeseinheitliche Rahmenverträge. In der überwiegenden Zeit verliefen beide Größen weitgehend parallel. Abweichungen traten insbesondere im ersten Coronajahr 2020 auf, als die Behandlungsmengen infolge der pandemiebedingten Einschränkungen deutlich zurückgingen und sich die Nettoausgaben weniger dynamisch entwickelten als die Vergütungen je Einheit. Seit Anfang 2024 ist erneut eine partielle Entkopplung zu beobachten: Die Mengenkomponente – gemessen an den Behandlungseinheiten – gewinnt spürbar an Einfluss. Infolgedessen weisen die Nettoausgaben seither eine höhere Grunddynamik auf als die Entwicklung der Vergütungen.

Die jährliche Entwicklung der Mengen (Verordnungen), der Preise (Nettoausgaben je Verordnung) und der Strukturen (Behandlungseinheiten je Verordnung), die die Gesamtentwicklung der Nettoausgaben prägen, ist für den Zeitraum von 2018 bis 2024 auf Basis der HIS-Daten in Abbildung 6.5.1.3 dargestellt.

Abbildung 6.5.1.3: Komponentenzerlegung im Heilmittelbereich (2017-2024)



Quelle: Datenbasis – HIS-Daten; Eigene Darstellung

Mit Blick auf die abgerechneten Mengen zeigte sich zunächst eine rückläufige Entwicklung im Jahr 2018. Nach der Preisangleichung im Jahr 2019 stabilisierten sich die Behandlungsmengen zunächst, bevor sie im Jahr 2020 pandemiebedingt deutlich einbrachen und sich anschließend nicht mehr vollständig auf das frühere Niveau anhoben. In den Jahren 2022 und 2023 setzte eine schrittweise Entkopplung zwischen den Verordnungen und Behandlungseinheiten ein, die 2024 in einer deutlich höheren Dynamik der Behandlungseinheiten je Verordnung (8,6 %) im Vergleich zu den ausgestellten Verordnungen (1,0 %) mündete. Hintergrund ist insbesondere der kontinuierliche Anstieg der durchschnittlichen Anzahl von Behandlungseinheiten je Verordnung seit 2022, insbesondere im Jahr 2024 begünstigt durch gesetzliche Reformen zur Erweiterung der Versorgungsverantwortung der Therapierenden nach § 125a SGB V (Blankoverordnung). Im

Jahr 2024 stiegen die Behandlungseinheiten je Verordnung und die Nettoausgaben je Verordnung um rund 8,6 % und bestimmten damit maßgeblich den Ausgabenanstieg in diesem Jahr.

Die Entwicklung der Kostentreiber und Ausgaben unterscheidet sich deutlich zwischen den einzelnen Heilmittelbereichen. Da die physiotherapeutischen Leistungen mit Abstand den größten Anteil an den Gesamtausgaben im Heilmittelbereich ausmachen, prägt ihre Ausgabenentwicklung maßgeblich den Gesamttrend. Gleichwohl wächst der Heilmittelbereich insgesamt stärker als die Physiotherapie allein, was insbesondere auf die überdurchschnittliche Ausgabendynamik in der Ergotherapie als zweitgrößtem Leistungsbereich zurückzuführen ist. In der Physiotherapie sind die Ausgabensteigerungen primär preisgetrieben; maßgeblich ist hier die dynamische Entwicklung der Vergütungen je Behandlungseinheit, während die Mengenentwicklung eine vergleichsweise geringere Rolle spielt. In der Ergotherapie zeigt sich hingegen ein umgekehrtes Bild: Dort wird der Ausgabenanstieg vor allem durch eine überdurchschnittliche Zunahme der Behandlungsmengen bestimmt. Ein ähnliches Muster findet sich im viertgrößten Heilmittelbereich, der Podologie, sowie im kleinsten Bereich, der Ernährungstherapie. Auch hier geht eine überdurchschnittliche Mengenentwicklung mit einer lediglich durchschnittlichen beziehungsweise unterdurchschnittlichen Vergütungsdynamik einher. Im SSST-Bereich ist dagegen – vergleichbar mit der Physiotherapie – die Preisentwicklung der maßgebliche Ausgabentreiber.

Fazit

Die Ausgaben der GKV für Heilmittel sind deutlich schneller als die restlichen Ausgaben der GKV gestiegen. Insbesondere seit 2017 betrug das jährliche Wachstum im Schnitt mehr als 10 %. Diese Entwicklung ist neben dem weitgehenden Fehlen global wirksamer Mengensteuerungsinstrumente vor allem durch hohe Preissteigerungen für Heilmittelleistungen bedingt. Diese Preisdynamik wird insbesondere durch die politischen Reformen der letzten Jahre verursacht. Mit der Verlagerung der Preisverhandlung auf die Bundesebene und der gleichzeitigen Abkehr vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität waren deutliche Preissteigerungen möglich. Das politische Ziel dieser Steigerungen war eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Vergütung im Heilmittelbereich zu erreichen. Zwar ist durch auslaufende „Nachholeffekte“ in den Vergütungsanpassungen für die kommenden Jahre nicht zwingend von einer weiteren überdurchschnittlich hohen Preisdynamik auszugehen. Gleichzeitig besteht aus finanzieller Sicht jedoch ein erhebliches Risiko der Ausweitung strukturell kostenintensiverer Formen der Leistungserbringung, zum Beispiel im Rahmen der Blankoverordnung gemäß § 125a SGB V. In Summe könnten die Ausgaben für Heilmittelleistungen auch weiterhin mit einer überdurchschnittlichen Dynamik steigen.

6.5.2 Reformempfehlung Nr. 24: Einjähriges Preismoratorium

Hintergrund	Die Ausgaben der GKV für die Heilmittelversorgung sind in den letzten drei Jahren jeweils um mehr als 10 % gestiegen. Auch im längerfristigen Vergleich über 10 Jahren zählt die Heilmittelversorgung zu den drei dynamischsten Leistungsbereichen der gesamten GKV. Maßgeblicher Kostentreiber ist der deutliche Anstieg der Nettoausgaben je Behandlungseinheit, die sich von 2017 bis 2024 um 85,9 % erhöht haben.
Reformempfehlung	Einführung eines einjährigen Preismoratoriums für 2027, das die Vergütungsvereinbarungen auf das Niveau der Verträge nach § 125 Absatz 1 und § 125a Absatz 1 SGB V für 2026 einfriert sowie Umstellung der Vergütungsverhandlungen auf prozentuale Veränderungen
Finanzwirkung	0,74 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die Ausgaben der GKV für Heilmittel sind in den letzten zehn Jahren jährlich um durchschnittlich rund 9 % gestiegen und damit deutlich schneller als die übrigen Ausgaben der GKV, die im gleichen Zeitraum um etwa 8 % pro Jahr zunahmen (siehe Abbildung 4.1.1.2). Wie in der vorangegangenen Kostentreiberanalyse dargestellt, betrug das jährliche Wachstum in den drei Jahren bis einschließlich 2025 im Schnitt mehr als 10 %. Zuvor, im Jahr 2021, hatte das jährliche Wachstum mit 17,3 % seinen bisherigen Höchststand erreicht (siehe Abbildung 4.1.1.1). Diese Entwicklung ist nicht primär auf eine überdurchschnittliche Ausweitung der Leistungsmengen oder strukturelle Veränderungen in der Leistungserbringung zurückzuführen, sondern resultiert vor allem aus deutlichen Preissteigerungen. Die hohe Preisdynamik lässt sich maßgeblich auf die politischen Reformen der letzten Jahre zurückführen.

Bis 2017 waren Vergütungsanpassungen im Heilmittelbereich an die Grundlohnsummenbindung nach § 71 Absatz 1 Satz 1 SGB V gebunden. Mit dem HHVG von 2017 wurde die Grundlohnsummenbindung zunächst für den Zeitraum 2017 bis 2019 aufgehoben. Durch das TSVG erfolgte 2019 die Umstellung von einer regional differenzierten auf eine bundeseinheitliche, kollektivvertraglich geregelte Vergütungsstruktur. Zum 1. Juli 2019 wurden die Preise der einzelnen Heilmittelleistungen einmalig auf den jeweils höchsten regionalen Preisstand angehoben. Anstatt einer kostenneutralen Angleichung führte diese Vorgehensweise zu einer flächendeckenden Anhebung der Vergütung, wodurch aus Sicht der Leistungserbringer eine Paretoverbesserung entstand (gezielte Verbesserung in Teilbereichen, ohne Verschlechterungen anderer Bereiche), die jedoch zulasten der Beitragssatzstabilität ging. Seitdem ist die Beitragssatzstabilität in den jährlichen

Verhandlungen über die Preise dauerhaft nicht mehr bindend (§ 125 Absatz 3 Satz 2 SGB V). Das zentrale Ziel der Reformen war es, die Heilmittelerbringenden zu stärken und die Attraktivität der Berufe durch angepasste Vergütungs- und Gehaltsstrukturen zu erhöhen.

Mit Blick auf die Preisentwicklung zwischen 2017 und 2019 lassen sich Nachholeffekte vermuten, die möglicherweise auf zuvor entstandene Preisunterdeckungen zurückzuführen sind. Seit 2019 wurden diese möglichen Unterdeckungen im Rahmen der jährlichen Preisverhandlungen nach § 125 Absatz 3 Satz 1 SGB V durch die systematische Berücksichtigung der Entwicklung von Personal- und Sachkosten sowie der laufenden Betriebskosten einer durchschnittlichen Heilmittelpraxis in den Preisanpassungen adressiert.

Spätestens ab dem zweiten Halb Jahr 2019, mit der allgemeinen, basiswirksamen Preisanhebung, können Nachholeffekte jedoch die weiterhin überdurchschnittlich starken Vergütungssteigerungen nicht mehr erklären. Wie in der Kostentreiberanalyse bereits erläutert (siehe Abschnitt 6.5.1), stiegen die Nettoausgaben der GKV je Behandlungseinheit von 2017 bis 2019 um 25,2 % und zwischen 2020 und 2024 um weitere 23,3 % (HIS-Daten). Der Versorgungsbedarf an Heilmitteln, gemessen an den abgerechneten Positionsnummern, lag mit einem Anstieg von 15,3 % zwischen 2017 und 2024 in einer deutlich geringeren Größenordnung (HIS-Daten). Gleichzeitig wuchsen die durchschnittlichen Praxiseinnahmen im Zeitraum von 2017 bis 2022 um etwa 57 %, während die durchschnittlichen Bruttogehälter der angestellten Therapeuten nur um rund 29 % zunahmen (Schmitt & Wende 2024). Damit spiegeln die steigenden Leistungsvergütungen überwiegend Umsatzsteigerungen der Praxen wider und flossen nur teilweise in die Gehälter der angestellten Therapeuten.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt, im Jahr 2027 ein einjähriges Preismoratorium einzuführen und die Vergütungsvereinbarungen auf dem Niveau der im Jahr 2026 geltenden Verträge nach § 125 Absatz 1 und § 125a Absatz 1 SGB V einzufrieren.

Ein Preismoratorium ist im Heilmittelbereich sachgerecht, da die Entwicklung der Preiskomponente in den vergangenen Jahren eine überdurchschnittliche Dynamik angenommen hat und die Effekte der Mengen- und Strukturänderungen bei weitem dominiert. Die politisch induzierten Preisangleichungen sind soweit abgeschlossen, führten aber zu erheblichen finanziellen Mehrbelastungen für die GKV ohne entsprechenden Gegenwert für die Versicherten.

Ein einjähriges Preismoratorium ist ein gezieltes Instrument, um kurzfristig die Ausgabenanstiege zu begrenzen. Im Vergleich zu mengenbasierten Steuerungsmaßnahmen oder Eingriffen in die Strukturen des Angebots setzt es auf der Finanzierungsseite an, ohne unmittelbar in Behandlungsentscheidungen oder Versorgungsprozesse einzugreifen.

Um nach Ablauf des Moratoriums Nachholeffekte zu vermeiden, sollte künftig nicht mehr über Vergütungs- beziehungsweise Preisniveaus, sondern ausschließlich über deren prozentuale Veränderungen verhandelt und entschieden werden. Nach Beendigung des Preismoratoriums

empfiehlt die Kommission zudem, die jährlichen Vergütungsanpassungen wieder an die Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V zu koppeln. Für die Jahre 2028 und 2029 soll dabei (wie in anderen Leistungsbereichen) jeweils ein Abschlag von einem Prozentpunkt auf die Grundlohnrate angewendet werden (siehe Abschnitt 6.1.1).

Geschätzte Finanzwirkung

Die Finanzwirkung eines Preismoratoriums im Jahr 2027 wird auf rund 735 Mio. € geschätzt. Dies erfolgt unter der Annahme, dass im Jahr 2027 weitere Preissteigerungen in den Vergütungsverhandlungen erfolgt wären, aber sonst keine Änderungen in der Mengenentwicklung und in der Struktur der Leistungserbringung unterstellt werden.

Werden im Anschluss zusätzlich die empfohlenen strukturellen Maßnahmen umgesetzt – insbesondere die Beschränkung künftiger Vergütungsanpassungen auf prozentuale Veränderungen mit einer Begrenzung auf höchstens die Grundlohnrate, steigt das kumulierte Einsparpotenzial bis 2030 auf schätzungsweise 1,5 Mrd. €. Ohne eine verbindliche Neuregelung besteht hingegen die Gefahr, dass die Einsparungen des Jahres 2027 durch nachfolgende Nachholeffekte wieder aufgezehrt werden und die Ausgabendynamik erneut zunimmt.

Wird alternativ bereits ab 2027 ausschließlich eine Anbindung an die Grundlohnrate umgesetzt und auf das Preismoratorium verzichtet, ergäbe sich – wie in Abschnitt 6.1.1 dargestellt – ein Einsparvolumen von rund 186 Mio. € im Jahr 2027, das bis 2030 kumulativ etwa 1 Mrd. € erreichen würde. Das Preismoratorium bewirkt somit im Jahr 2027 eine zusätzliche basiswirksame Absenkung des Ausgabenniveaus im Jahr 2027 um rund 549 Mio. € gegenüber einer Grundlohnratenbindung und reduziert dadurch dauerhaft die Ausgabenbasis für die Ausgabenanstiege bis 2030.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Umsetzung kann kurzfristig und mit geringem administrativen Aufwand bereits für das Jahr 2027 erfolgen. Hierzu ist § 125 Absatz 3 SGB V um einen zusätzlichen Passus zu ergänzen, der für das Jahr 2027 eine Anpassung der in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 und § 125a Absatz 1 SGB V für 2026 vereinbarten Preise ausschließt. Grundsätzlich ist § 125 SGB V dahingehend zu ändern, dass künftig nicht Preisniveaus, sondern ausschließlich Preisveränderungen vereinbart werden. Ab 2028 ist im Rahmen des § 125 Absatz 3 SGB V die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 SGB V wiederherzustellen, indem gesetzlich vorgegeben wird, dass die jährliche Preisveränderungsrate der Entwicklung der durchschnittlichen laufenden Kosten des Heilmittelpraxisbetriebs entspricht, jedoch die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V nicht überschreiten darf.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Kommission erwartet keine unmittelbaren negativen Auswirkungen auf die Versorgung. Das Preismoratorium lässt die bestehenden Versorgungsstrukturen und den bedarfsgerechten Zugang zu Heilmittelleistungen unberührt und vermeidet damit unerwünschte Steuerungseffekte auf Ebene der Leistungserbringung, beispielsweise Reduktion der Leistungsumfänge und Verlängerung der Wartezeiten, wie sie mit alternativen Instrumenten wie Mengenbegrenzungen verbunden wären.

Zudem ist ein zeitlich klar begrenztes Moratorium als transparentes und administrativ vergleichsweise einfach umsetzbares Instrument geeignet, kurzfristig Ausgabendynamiken zu stabilisieren, ohne strukturelle Anpassungen mit potenziell langfristigen Nebenwirkungen der Versorgung vorzunehmen.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Ein einjähriges Preismoratorium im Heilmittelbereich stellt einen tiefgreifenden Eingriff in die Preisbildung zwischen Verhandlungspartnern dar. Angesichts der Ausgabendynamik und der Preisentwicklung als wesentlicher Kostentreiber erscheint ein solcher Schritt jedoch begründet. Die zeitliche Begrenzung auf ein Jahr ist in verteilungs- und ordnungspolitischer Hinsicht zentral. Sie reduziert das Risiko langfristiger Nebenwirkungen eines Eingriffs in die Preisfindung, da keine dauerhafte Abkehr von den etablierten Verhandlungsmechanismen erfolgt. Vielmehr handelt es sich um eine temporäre Stabilisierung in einer Phase außergewöhnlicher Ausgabendynamik.

Zudem wird ein Preismoratorium auch in anderen Leistungsbereichen empfohlen (siehe Abschnitte 6.7.8 und 6.7.9), sodass der Heilmittelbereich mit dieser Maßnahme nicht selektiv herausgegriffen wird. Die Konsolidierungsanstrengungen würden damit sektorübergreifend verteilt und nicht einseitig einem bestimmten Versorgungssegment auferlegt.

Im Anschluss an das Moratorium empfiehlt die Kommission eine Angleichung der Verhandlungssystematik: Künftig sollen jährlich Veränderungen von Preisen beziehungsweise Vergütungen vereinbart werden, anstatt Vergütungsniveaus. Eine solche Systematik entspricht eher den Regelungen in anderen Sektoren der GKV, etwa im Krankenhausbereich oder in der vertrags- und vertragszahnärztlichen Versorgung. Dadurch würde eine verbesserte Vergütungsgerechtigkeit zwischen den einzelnen Leistungsbereichen erreicht.

Das empfohlene Preismoratorium soll für alle Leistungsbereiche der Heilmittelversorgung gelten. Auch dadurch wird eine ausgewogene Verteilung der Konsolidierungsbeiträge gefördert, da keine Heilmittelbereiche ausgeschlossen oder überproportional belastet werden. Gleichwohl sind mögliche intertemporale Verteilungswirkungen zu berücksichtigen: Während die Preise in vier Heilmittelbereichen für das laufende Jahr bereits feststehen, werden die Vergütungsverhandlungen in der Ergotherapie für das Jahr 2026 zum Zeitpunkt der Vorlage des Berichts voraussichtlich noch nicht abgeschlossen sein. Je nach Zeitpunkt der politischen Entscheidung könnte dies dazu führen,

dass laufende Verhandlungen beeinflusst werden und einzelne Bereiche relativ günstiger oder ungünstiger gestellt werden.

Weitere mögliche Verteilungswirkungen ergeben sich vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der Einkommenssituation angestellter Therapeuten. Ein Preismoratorium könnte kurzfristig den Druck auf Personalrekrutierung und -bindung erhöhen. Aufgrund der zeitlichen Begrenzung auf ein Jahr ist es jedoch sehr unwahrscheinlich, dass daraus mittel- bis langfristig nennenswerte Effekte entstehen.

6.5.3 Reformempfehlung Nr. 25: Abschaffung der gesonderten, verordnungsbezogenen Pauschalen je Blankoverordnung

Hintergrund	Im Rahmen der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung der Heilmittelerbringer nach § 125a SGB V werden für den besonderen Aufwand zur Steuerung und Dokumentation des Behandlungsablaufs sowie zur Sicherung der Versorgungsqualität einmalige, je Verordnung gesonderte Pauschalen vergütet. Darüber hinaus können zusätzliche diagnostische Pauschalen abgerechnet werden. Die Behandlungsverläufe und der damit verbundene Aufwand für die Therapieplanung unterscheiden sich jedoch nicht substanziell von der Versorgung nach § 125 SGB V.
Reformempfehlung	Abschaffung der versorgungsbezogenen Pauschalen je Blankoverordnung in der Physio- und Ergotherapie sowie der Pauschale für Bedarfsdiagnostik in der Physiotherapie
Finanzwirkung	Ca. 0,17 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Mit dem TSVG wurde im Heilmittelbereich die Versorgungsform der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V – die sogenannte Blankoverordnung – eingeführt. Auf dieser Grundlage wurden erstmals Verträge nach § 125a Absatz 1 SGB V geschlossen, die seit dem 1. April 2024 in der Ergotherapie sowie seit dem 1. November 2024 in der Physiotherapie wirksam sind. Die bestehenden Verträge erfassen in der Physiotherapie derzeit die Indikation Schulter. In der Ergotherapie beziehen sie sich auf bestimmte psychische Erkrankungen (Diagnosegruppen PS3 und PS4) sowie auf Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten mit motorisch-funktionellen Schädigungen (Diagnosegruppe SB1).

Im Rahmen dieser Versorgungsform tragen Heilmittelerbringer eine erweiterte Verantwortung für die konkrete Ausgestaltung der Therapie. Die ärztliche Verordnung bleibt zwar weiterhin Grundlage der Leistungserbringung; innerhalb des durch die HeilM-RL vorgegebenen Rahmens entscheiden die Therapierenden jedoch eigenständig über die Auswahl der therapeutischen Maßnahmen, die Frequenz der Behandlungen, die Dauer der einzelnen Einheiten sowie die Gesamtdauer der Therapie. Die Leistungserbringung darf dabei innerhalb eines Zeitraums von bis zu 16 Wochen ab dem Verordnungsdatum erfolgen.

Die Vergütung für die therapeutischen Leistungen im Rahmen der Blankoverordnung unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der in der Regelversorgung. Im Geltungsbereich der neuen Versorgungsform wurden aber zusätzliche pauschale, versorgungsbezogene und bedarfsbezogene Abrechnungspositionen eingeführt. Diese sollen insbesondere den erhöhten Aufwand für Befunderhebung, Behandlungskoordination und Dokumentation abgelten. Für das Jahr 2026 beträgt die versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung 58,63 € in der Physiotherapie und 102,19 € in der Ergotherapie; sie ist jeweils einmal pro ausgestellter Blankoverordnung abrechnungsfähig. Darüber hinaus können auf Grundlage derselben Vertragsregelungen einmalig bedarfsbezogene Pauschalen abgerechnet werden – entweder zu Beginn, im Verlauf oder zum Abschluss der Therapie. In der Physiotherapie betrifft dies eine Pauschale zur Bedarfsdiagnostik in Höhe von 27,46 € sowie eine Pauschale zur physiotherapeutischen Diagnostik in Höhe von 36,61 €. Für diese bedarfsbezogenen Zuschläge fällt abweichend von den verordnungsbezogenen Pauschalen eine gesetzliche Zuzahlung der Versicherten in Höhe von zehn Prozent des jeweiligen Betrags je Blankoverordnung an.

Zusammen betrachtet führen die zusätzlichen versorgungs- und bedarfsbezogenen Pauschalen je Blankoverordnung zu Nettokosten für die GKV in Höhe von 122,70 € in der Physiotherapie beziehungsweise 102,19 € in der Ergotherapie. Vor dem Hintergrund der derzeit von der Blankoverordnung erfassten Indikationen und der zu erwartenden Mengenausweitung nach Etablierung dieser Versorgungsform besteht ein erhebliches Mehrausgabenpotenzial.

Stichprobenartige Analysen des AOK-Bundesverbands auf Basis der Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V, die der Kommission vorgelegt wurden, zeigen bislang keine wesentlichen Unterschiede im Therapieaufbau der Blankoverordnung gegenüber Verordnungen nach § 125 SGB V, weder bei der Auswahl und Kombination noch bei der Frequenz der Leistungen; Unterschiede zeigen sich lediglich in den Mengen. Die zusätzlichen pauschalen Vergütungen für erhöhte Erfüllungs- und Dokumentationsaufwände sind sachlich nicht begründet, zumal der Aufwand nach § 125 Absatz 2 Nummer 4 SGB V bereits bei der vertraglichen Ausgestaltung der Regelleistungszeiten berücksichtigt ist. Bezüglich der bedarfsbezogenen Pauschalen ist anzumerken, dass die physiotherapeutische Eingangsdiagnostik, die vor Beginn der Therapie beziehungsweise vor der ersten Behandlungseinheit durchgeführt wird und der Festlegung des Therapieziels sowie der Therapieplanung dient, potentiell zu einem effizienteren Therapieverlauf beitragen könnte. Eine zusätzlich einmalig abrechenbare Bedarfsdiagnostik im Therapieverlauf oder am Ende der Behandlung erscheint nicht sachgerecht, da die kontinuierliche Evaluation des Patientenfortschritts bereits Bestandteil jeder einzelnen Behandlungseinheit ist und damit abgegolten wird. Schließlich besteht eine Doppelvergütung zwischen den versorgungsbezogenen und bedarfsbezogenen Pauschalen in beiden Heilmittelbereichen.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der mit den versorgungsbezogenen Pauschalen je Blankoverordnung in der Physio- und Ergotherapie sowie mit der Pauschale für Bedarfsanalyse in der Physiotherapie verbundenen Doppelvergütung und Mehrausgaben für die GKV, denen keine nachweislich erhöhten Erfüllungsaufwände oder substanziell veränderten Behandlungsabläufe gegenüberstehen, empfiehlt die Kommission, diese Pauschalen abzuschaffen.

Geschätzte Finanzwirkung

Zur Quantifizierung der Finanzwirkung der empfohlenen Maßnahme im Jahr 2027 ist zunächst die voraussichtliche Anzahl der Blankoverordnungen in der Physiotherapie und Ergotherapie zu schätzen. Auf Grundlage eines konservativen Ansatzes wird für das Jahr 2027 von rund 1,6 Mio. Blankoverordnungen in der Physiotherapie sowie von rund 320 Tsd. Blankoverordnungen in der Ergotherapie ausgegangen.

Unter der Annahme, dass jede der versorgungsbezogenen Abrechnungspositionen und die Abrechnungsposition für die Bedarfsdiagnostik in der Physiotherapie je Blankoverordnung genau einmal abgerechnet wird und die im Jahr 2026 geltenden Preise unverändert bleiben, ergibt sich für das Jahr 2027 eine geschätzte Finanzwirkung der Maßnahme in Höhe von rund 170 Mio. €. Davon entfällt ein voraussichtlicher Einsparbeitrag von rund 33 Mio. € auf die Abschaffung der ergotherapeutischen Pauschale; der verbleibende Anteil der Einsparungen resultiert aus dem Bereich der Physiotherapie.

Zuzahlungen werden in der vorliegenden Berechnung nicht berücksichtigt, da sie unmittelbar an die Pauschale für Bedarfsdiagnostik in der Physiotherapie gekoppelt sind. Mit dem Wegfall dieser Pauschale entfallen folglich auch die entsprechenden Zuzahlungen. Die dadurch wegfallende Kostenbeteiligung betrifft primär die Versicherten und hat für die Bewertung der GKV-Ausgaben keine eigenständige Relevanz.

Es handelt sich bei der Finanzwirkung um einen basiswirksamen Einmaleffekt, der ab dem Jahr 2028 entsprechend der allgemeinen Preisentwicklung im Status quo – das heißt ohne Berücksichtigung weiterer von der Kommission empfohlener Maßnahmen sowie deren Auswirkungen auf die Ausgabendynamik im Heilmittelbereich – fortzuschreiben wäre. Unter dieser Annahme würde der jährliche Einspareffekt im Jahr 2030 gegenüber dem Status quo auf voraussichtlich rund 195 Mio. € ansteigen. Sollten die für die Blankoverordnung zugelassenen Indikationen zukünftig ausgeweitet werden, werden zusätzliche Mehrausgaben zulasten der GKV vermieden.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die empfohlene Maßnahme kann kurzfristig ab dem Jahr 2027 umgesetzt werden. Da die gesonderten Pauschalen in beiden Heilmittelbereichen ausschließlich untergesetzlich geregelt sind,

kann die Umsetzung durch eine gesetzliche Vorgabe für die gemäß § 125a Absatz 1 Satz 1 SGB V verantwortlichen Vertragsparteien – den GKV-Spitzenverband sowie die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene in der Physiotherapie und Ergotherapie erfolgen. Es ist klarzustellen, dass weder in den Verträgen gemäß § 125 SGB V noch in den Verträgen gemäß § 125a SGB V entsprechende Pauschalen vorgesehen werden dürfen. In den aktuell geltenden Anlagen zu den jeweiligen Vergütungsvereinbarungen sind die genannten gesonderten Pauschalen zu streichen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Kommission erwartet keine unmittelbaren negativen Auswirkungen auf die Versorgung. Die Streichung der Vergütungszuschläge lässt die bestehenden Versorgungsstrukturen sowie den Zugang zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung unberührt. Art, Umfang und Dauer der therapeutischen Maßnahmen werden nicht normativ eingeschränkt; eine Deckelung von Behandlungseinheiten erfolgt ebenfalls nicht. Der gesetzliche Leistungsanspruch, die Indikationsstellung sowie der therapeutische Handlungsspielraum bleiben unverändert.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die empfohlene Maßnahme führt zu Belastungseffekten auf Ebene der Leistungserbringer, da vergütungsbezogene Zuschläge entfallen, ohne dass der Leistungsanspruch oder der Versorgungsumfang reduziert werden. Für Versicherte ergeben sich demgegenüber keine zusätzlichen Belastungen; vielmehr entfällt mit der Streichung der Pauschale für Bedarfsdiagnostik in der Physiotherapie auch die hierauf entfallende gesetzliche Zuzahlung in Höhe von zehn Prozent.

Es ist sicherzustellen, dass bei einer Abschaffung der betroffenen bedarfsbezogenen Position in den Verträgen nach § 125a SGB V für die Physiotherapie keine inhaltlich vergleichbaren Abrechnungspositionen in die Verträge nach § 125 SGB V aufgenommen werden. Andernfalls bestünde das Risiko, dass entsprechende Vergütungsbestandteile künftig für sämtliche physiotherapeutischen Verordnungen geltend gemacht werden, was zu höheren Mehrausgaben der GKV führen könnte als im Rahmen der Blankoverordnung nach § 125a SGB V.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Kommission auch in anderen Leistungsbereichen der GKV Vergütungszuschläge zur Streichung empfiehlt, sofern deren sachliche Rechtfertigung nicht hinreichend belegt ist (zum Beispiel im Bereich der psychotherapeutischen Kurzzeittherapie (Abschnitt 6.3.10), der Organspendeberatung in der vertragsärztlichen Versorgung (Abschnitt 6.3.20) oder bei zusätzlichen Vergütungen pflegeentlastender Maßnahmen im Krankenhausbereich (Abschnitt 6.6.4). Der Heilmittelbereich wird damit nicht gesondert oder selektiv belastet, sondern in eine konsistente, sektorenübergreifende Rückführung nicht hinreichend begründeter Zuschlagsregelungen einbezogen.

6.6 Stationäre Versorgung

6.6.1 Kostentreiberanalyse – stationäre Versorgung

Vergütungssystematik

Die Vergütung von Krankenhausleistungen zu Lasten der GKV ist ebenso vielfältig wie die im Krankenhaus erbrachten Behandlungsarten. Das aktuelle Vergütungssystem beruht im Wesentlichen auf pauschalierten Abrechnungsmodellen: Für voll- und teilstationäre somatische Leistungen in Krankenhäusern, die nach § 108 SGB V zugelassen sind, gilt das aDRG-System gemäß KHEntgG, während für voll-, teil- und stationsäquivalente Leistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen, die nach § 1 BPflV abrechnen, das PEPP-System Anwendung findet. Beide Systeme erfassen den durchschnittlichen Ressourceneinsatz vergleichbarer Leistungen anhand von Bewertungsrelationen, die auf Basis einer Krankenhausstichprobe ermittelt und bundeseinheitlich prospektiv festgelegt werden. Die Gesamtvergütung bemisst sich aus der Anzahl der abgerechneten Fälle im aDRG-System beziehungsweise Belegungstage im PEPP-System, den hierfür geltenden Bewertungsrelationen sowie dem Landes-basisfallwert im aDRG-System beziehungsweise krankenhausindividuellen Fallwerten im PEPP-System.

Komplementär zur pauschalierten, mengenbezogenen Vergütung voll- und teilstationärer beziehungsweise stationsäquivalenter Leistungen kommen weitere Vergütungsbestandteile zur Anwendung. Hierzu gehören beispielsweise der krankenhausindividuelle Ist-Kostenausgleich für Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen von DRG-Krankenhäusern, der über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert im Rahmen des Pflegebudgets vergütet wird. Darüber hinaus fallen bundeseinheitlich oder krankenhausindividuell geregelte Zusatzentgelte zur gesonderten Vergütung einzelner, kostenintensiver Leistungsbestandteile mit hoher Kostenvarianz an. Ferner können bundeseinheitliche fallbezogene, landeseinheitliche und/oder krankenhausindividuelle Zu- und Abschläge auf die vereinbarten Basisfallwerte erhoben werden, die die Gesamtvergütung erhöhen oder mindern. Ergänzend können für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) krankenhausindividuelle Vergütungen beantragt werden.

Über die Vergütung voll- und teilstationärer beziehungsweise stationsäquivalenter Leistungen hinaus werden innerhalb von auf Landesebene vereinbarten Vereinbarungen vor- und nachstationäre Leistungen im Krankenhaus vergütet. Bundeseinheitlich werden ambulante Operationen im Krankenhaus abgerechnet. Seit der Einführung der sektorengleichen Vergütung zum 01.01.2025 können zudem Hybrid-DRGs angewendet werden.

Das Krankenhausvergütungssystem besteht daher aus einer komplexen Kombination pauschalierter und krankenhausindividueller Vergütungsbestandteile. Vergütungsbestandteile, die nicht pauschaliert sind, wie etwa das Pflegebudget, setzen kaum wirksame Anreize zur wirtschaftlichen Effizienz und tragen zu überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen bei. Die pauschalierten

Systeme schaffen hohe Anreize zur effizienten Nutzung von Ressourcen in den einzelnen Krankenhäusern. Gleichzeitig kann ihre mengenorientierte Ausgestaltung – fallbezogen im DRG-System und tagesbezogen im PEPP-System – zu Anreizen für eine ungerechtfertigte Mengenausweitung führen.

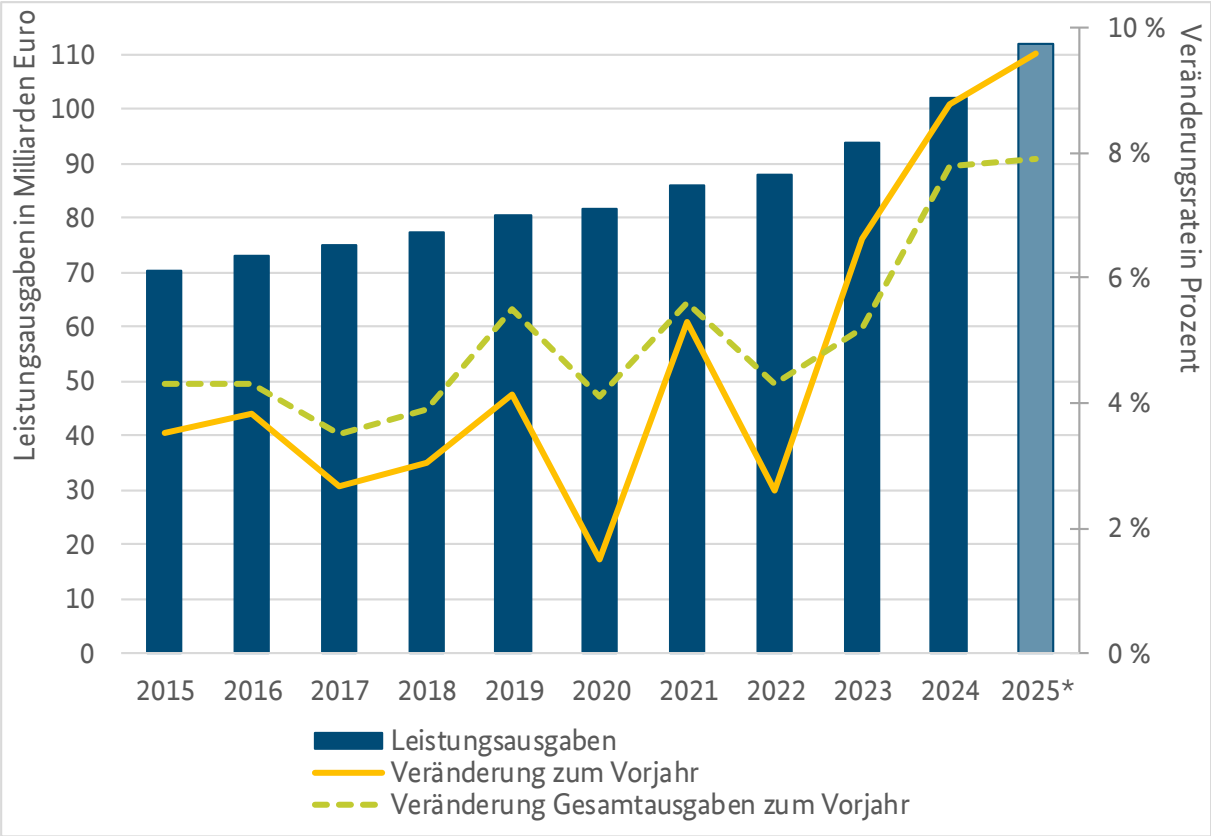
Dem wirken das KHVVG und das vom Bundestag bereits beschlossene KHAG durch die Einführung von Vorhaltevergütungen für Leistungsgruppen mit Qualitätsanforderungen entgegen. Das KHVVG schafft den rechtlichen Rahmen für die Krankenhausreform und legt unter anderem Leistungsgruppen sowie die Voraussetzungen für die Vorhaltefinanzierung fest, mit denen die Versorgung stärker an Qualität statt an fallbezogener Menge ausgerichtet werden soll.

Ausgabenentwicklung und Treiber

Die Ausgaben der GKV für die stationäre Versorgung betrugen im Jahr 2025 rund 111,4 Mrd. € (KV45, 1.-4. Quartal 2025). Damit stellt der Krankenhausbereich bei weitem den größten Ausgabenposten der GKV dar. Der größte Anteil der Krankenhausausgaben entfällt auf voll- und teilstationäre Leistungen im aDRG-Bereich mit 65,1 %, gefolgt von den ausgegliederten Pflegepersonalkosten mit 22,7 %. PEPP-Leistungen machen rund 10,6 % aus; der verbleibende Anteil entfällt auf sonstige somatische Leistungsbereiche, insbesondere vor- und nachstationäre Behandlungen.

Die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich im Zeitraum von 2015 bis 2025 ist in Abbildung 6.6.1.1 dargestellt. Über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg ist der Leistungsbereich im Durchschnitt um jährlich 4,3 % gewachsen. Der Durchschnitt der letzten drei Jahre (2023-2025) liegt mit 8,3 % pro Jahr jedoch deutlich darüber und weist auf strukturell bedingte Ausgaben anstiege in den letzten Jahren hin. In sämtlichen Vergleichszeiträumen sind die GKV-Ausgaben für Krankenhausleistungen – mit Ausnahme der letzten drei Jahren – schwächer gestiegen als die Gesamtleistungsausgaben. Der überproportionale Anstieg zwischen 2023 und 2025 ist insbesondere auf Reformen der vergangenen Jahre zurückzuführen, die ihre Wirkung vor allem über Preisentwicklungen sowie Veränderungen in der Verteilungsstruktur der angebotenen Leistungen entfaltet haben. Mengeneffekte spielten demgegenüber eine untergeordnete, teilweise sogar dämpfende Rolle für die Ausgabenentwicklung. Demografische Effekte sowie eine erhöhte Krankheitslast haben bislang keinen erkennbaren Einfluss auf die Ausgabenentwicklung entfaltet.

Abbildung 6.6.1.1: Ausgabenentwicklung in der Krankenhausversorgung (2015-2025)



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Insgesamt prägen sowohl die bestehende Vergütungssystematik als auch die in den vergangenen Jahren eingeleiteten Reformansätze maßgeblich die zentralen Kostentreiber im Krankenhausbereich. Im Folgenden wird eine Kostentreiberanalyse der vollstationären Krankenhausbereiche durchgeführt, da diese den größten Anteil der Gesamtausgaben im Krankenhaussektor ausmachen.

<u>aDRG Bereich</u>

Die jährliche Entwicklung der Mengen (Fallzahlen), der Leistungsstruktur (gemessen am durchschnittlichen Schweregrad als Casemix-Index – CMI) sowie der Preise (Ausgaben je Casemix (CM)-Punkt) bestimmt die Gesamtausgabenentwicklung im vollstationären aDRG-Bereich. Hinzu kamen zusätzliche Vergütungssteigerungen durch die bis einschließlich 2024 geltende anteilige Tarifrefinanzierung gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 7 in Höhe von einem zusätzlichen Prozentpunkt in den Jahren 2022 bis 2024. Besonders im Jahr 2024 führte diese Regelung im aDRG-Bereich zu Mehrausgaben von rund 545 Mio. € beziehungsweise zu einer zusätzlichen Preisdynamik von etwa 0,8 Prozentpunkten. Seitdem gilt eine vollständige Tarifrefinanzierung, die auch im Jahr 2025 rückwirkend für das Jahr 2024 finanzwirksam wurde. Dadurch konnten die Landesbasisfallwerte für das Jahr 2025 um weitere 0,7 Prozentpunkte steigen, was zusätzliche Mehrausgaben von rund 530 Mio. € verursachte. Die Tarifrefinanzierungsrate für das Jahr 2025 ist bislang noch nicht beschlossen, dürfte jedoch die Preisdynamik weiter erhöhen.

Ein weiterer Treiber steigender Vergütungen je Leistungspunkt im aDRG-Bereich ist das seit 2020 geltende quartalsweise quotierte Prüfverfahren bei Krankenhausabrechnungen. Da die Zahl zulässiger Abrechnungsprüfungen durch dieses Verfahren erheblich eingeschränkt wurde, fallen Rückzahlungen infolge beanstandeter Abrechnungen seltener an. Dadurch steigen die durchschnittlich tatsächlich ausgezahlten Vergütungen.

Abbildung 6.6.1.2 stellt diese Entwicklung für den Zeitraum 2021 bis 2025 auf Basis der amtlichen Statistik der Leistungsmengen im Krankenhaus (KG6) dar[18].

Die Fallzahlen haben sich seit der Pandemie nicht wieder auf das Niveau des Jahres 2019 zurück entwickelt. Auch im Jahr 2022 lagen sie im Vergleich zum Vorjahr noch unter dem jeweiligen Vorjahreszeitraum. In den darauffolgenden Jahren zeigte sich lediglich ein moderates Wachstum. Insgesamt stiegen die Fallzahlen im Jahr 2025 gegenüber 2021 lediglich um 3,6 %. Parallel dazu entwickelte sich auch die Leistungsstruktur nur schwach: Der CMI lag im Jahr 2025 um 0,1 % unter dem Niveau von 2021.

Demgegenüber wies die Preisentwicklung eine deutlich höhere Dynamik auf. Die vollstationären aDRG-Ausgaben je CM-Punkt stiegen im betrachteten Zeitraum im Jahresdurchschnitt um 4,4 % und lagen 2025 um 18,7 % über dem Niveau von 2021. Diese Kennzahl umfasst neben der Entwicklung der Landesbasisfallwerte auch zusätzliche, teilweise krankenhausindividuelle Vergütungsbestandteile, etwa Zusatzentgelte sowie Zu- und Abschläge je abgerechneten Fall.

Der bundesdurchschnittliche Basisfallwert nahm im selben Zeitraum um 17,2 % zu. Daraus wird deutlich, dass die ergänzenden Vergütungsbestandteile zusätzlich zur Dynamik der tatsächlich gezahlten Preise je Leistungspunkt beigetragen haben. Der starke Anstieg des Basisfallwerts ist vor allem auf institutionelle Regelungen zurückzuführen. Hierzu zählen insbesondere die Meistbegünstigungsklausel gemäß § 10 Absatz 6 KHEntgG in Verbindung mit § 9 Absatz 1b KHEntgG sowie seit 2025 die vollständige Berücksichtigung des Orientierungswerts. Beide Mechanismen ermöglichten in den Jahren 2022 bis einschließlich 2025 Vergütungssteigerungen, die um rund zwei Prozentpunkte über der tatsächlichen Kostenentwicklung im stationären Bereich beziehungsweise über der Einnahmenentwicklung der GKV lagen. Allein im aDRG-Bereich führte dies zu Mehrausgaben von rund 1,3 Mrd. € in den Jahren 2021 bis 2025.

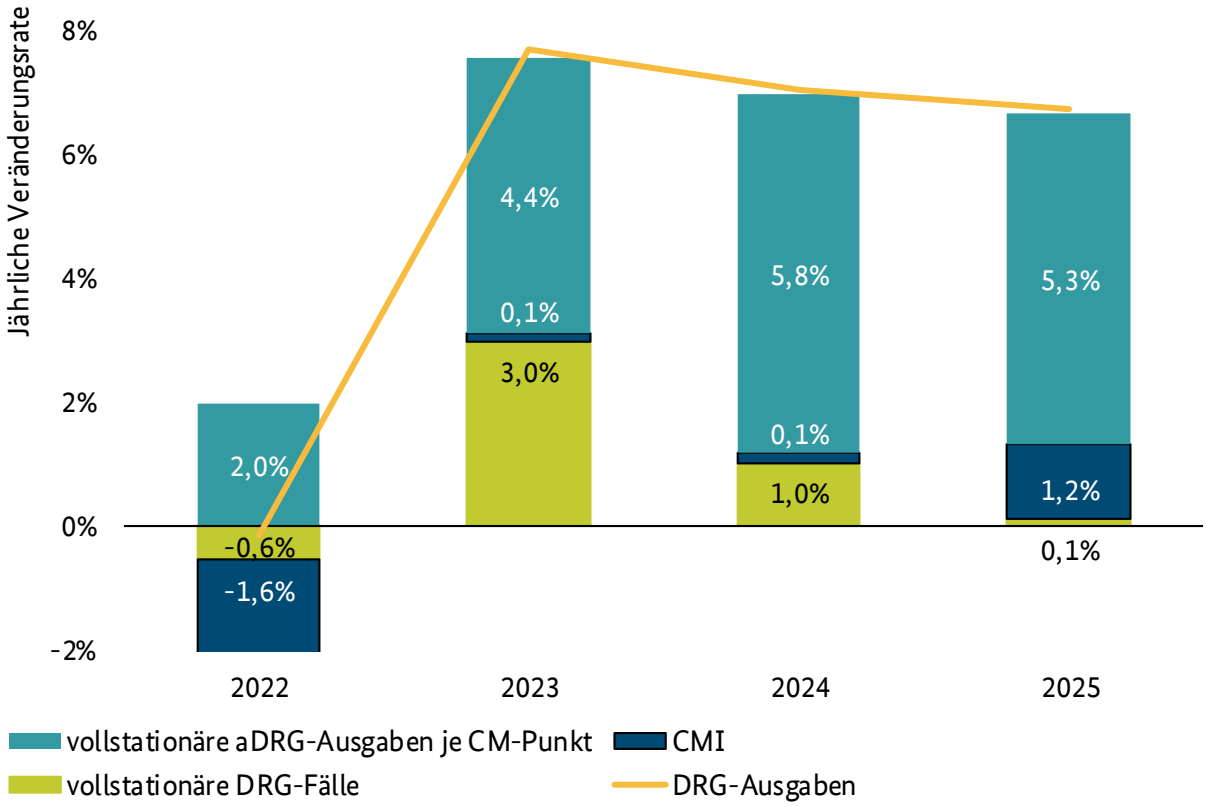
Hinzu kamen zusätzliche Vergütungssteigerungen durch die bis einschließlich 2024 geltende anteilige Tarifrefinanzierung gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 7 in Höhe von einem zusätzlichen Prozentpunkt in den Jahren 2022 bis 2024. Besonders im Jahr 2024 führte diese Regelung im aDRG-Bereich zu Mehrausgaben von rund 545 Mio. € beziehungsweise zu einer zusätzlichen Preisdynamik von etwa 0,8 Prozentpunkten. Seitdem gilt eine vollständige Tarifrefinanzierung, die auch im Jahr 2025 rückwirkend für das Jahr 2024 finanzwirksam wurde. Dadurch konnten die

[18] Aufgrund der verfügbaren Daten werden hier und in den nachfolgenden Abbildungen die Veränderungsraten jeweils zum dritten Quartal im Vergleich zum Vorjahreszeitraum dargestellt.

Landesbasisfallwerte für das Jahr 2025 um weitere 0,7 Prozentpunkte steigen, was zusätzliche Mehrausgaben von rund 530 Mio. € verursachte. Die Tarifrefinanzierungsrate für das Jahr 2025 ist bislang noch nicht beschlossen, dürfte jedoch die Preisdynamik weiter erhöhen.

Ein weiterer Treiber steigender Vergütungen je Leistungspunkt im aDRG-Bereich ist das seit 2020 geltende quartalsweise quotierte Prüfverfahren bei Krankenhausabrechnungen. Da die Zahl zulässiger Abrechnungsprüfungen durch dieses Verfahren erheblich eingeschränkt wurde, fallen Rückzahlungen infolge beanstandeter Abrechnungen seltener an. Dadurch steigen die durchschnittlich tatsächlich ausgezahlten Vergütungen.

Abbildung 6.6.1.2: Komponentenzerlegung im vollstationären aDRG-Bereich (2021-2025)



Quelle: Eigene Darstellung. Datenbasis: KG6

PEPP-Bereich

Die jährliche Entwicklung der Mengen (Belegungstage), der Leistungsstruktur (gemessen am durchschnittlichen Schweregrad als Daymix-Index – DMI) sowie der Preise (Ausgaben je Daymix (DM)-Punkt) bestimmt die Gesamtausgabenentwicklung im vollstationären PEPP-Bereich. Abbildung 6.6.1.3 stellt diese Entwicklung für den Zeitraum 2021 bis 2025 auf Basis der amtlichen KG6-Statistik dar.

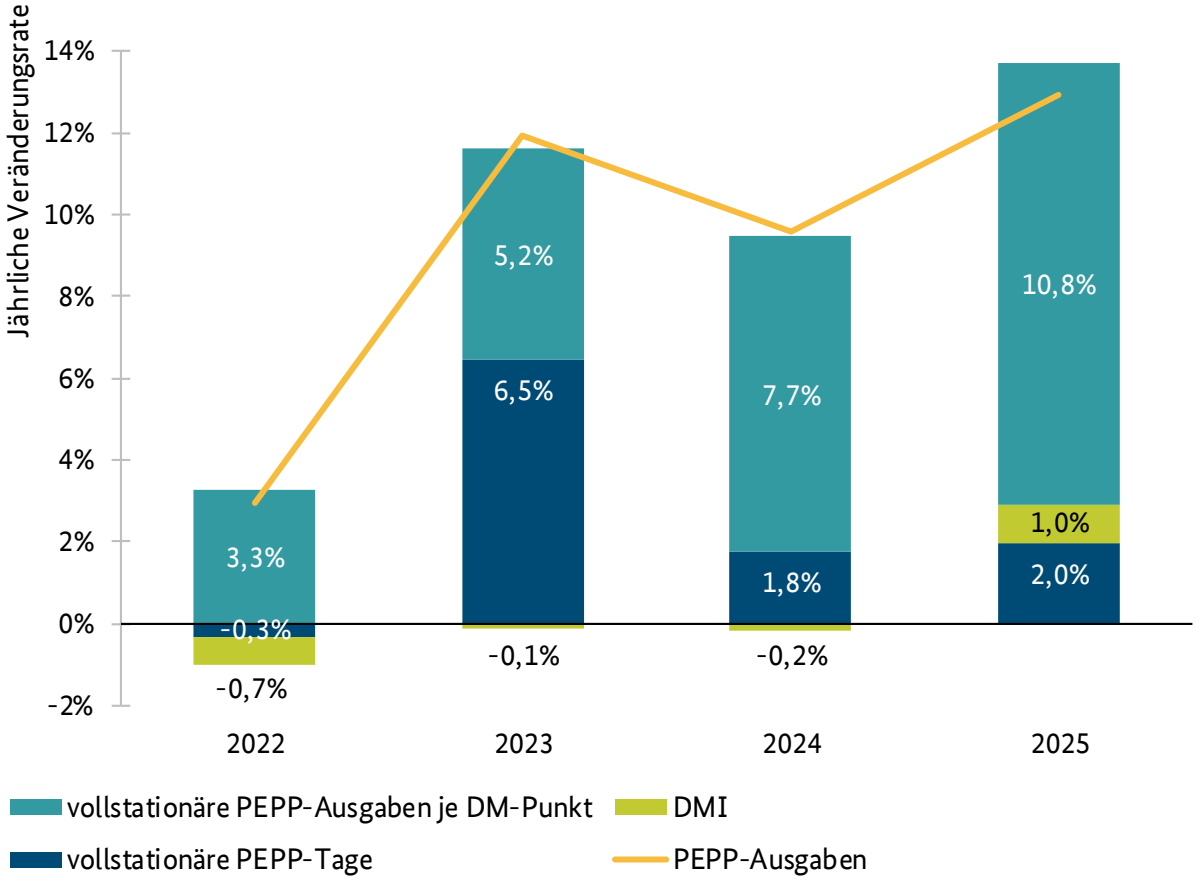
Im Gegensatz zum aDRG-Bereich zeigt sich im PEPP-Bereich eine deutlich höhere Dynamik der Mengenkomponente. Die Leistungsmenge wuchs im Beobachtungszeitraum im Jahresdurchschnitt um 2,5 % und lag im Jahr 2025 um 10,1 % über dem Ausgangsniveau des Jahres 2021. Auch die

Leistungsstruktur entwickelte sich etwas dynamischer: Der DMI übertraf im Jahr 2025 das Niveau von 2021 um 0,2 %, nachdem er zuvor drei Jahre in Folge rückläufig gewesen war und sich erst im Jahr 2025 wieder erholte.

Wie im aDRG-Bereich war jedoch auch im PEPP-Bereich die Preisentwicklung der zentrale Treiber der Ausgabensteigerung. Die krankenhausindividuellen Basisentgelte sind – ähnlich wie die Landesbasisfallwerte im aDRG-System – grundsätzlich an den jährlichen Veränderungswert zuzüglich der anteiligen Tarifrefinanzierungsrate gebunden. Entsprechend ist die grundlegende Preisdynamik mit der im aDRG-Bereich vergleichbar und lag im Jahr 2025 rund 17,7 % über dem Niveau von 2021. Die Anwendung der Meistbegünstigungsklausel im PEPP-Bereich hat dabei seit 2021 zusätzlich 2,4 Prozentpunkte beigetragen, was Mehrausgaben von ca. 244 Mio. € entsprach.

Die tatsächlich gezahlten Preise je Leistungspunkt im PEPP-Bereich entwickelten sich jedoch deutlich dynamischer und stiegen im Beobachtungszeitraum um insgesamt 29,6 %. Ein wesentlicher Grund hierfür liegt in den weitreichenden Spielräumen bei den Budgetvereinbarungen. So können im Rahmen der Gesamtbudgetverhandlungen zusätzliche Stellen vereinbart werden, ohne dass hierfür ein konkreter Bedarf nachgewiesen werden muss. Zudem besteht keine zwingende Verpflichtung, die vereinbarten Mittel tatsächlich in entsprechendes Personal umzusetzen. Wie im aDRG-Bereich hat auch hier die Begrenzung der Prüfquoten zu einem erhöhten Druck auf die tatsächlich gezahlten Vergütungen je Leistungspunkt geführt.

Abbildung 6.6.1.3: Komponentenzerlegung im vollstationären PEPP-Bereich (2021-2025)

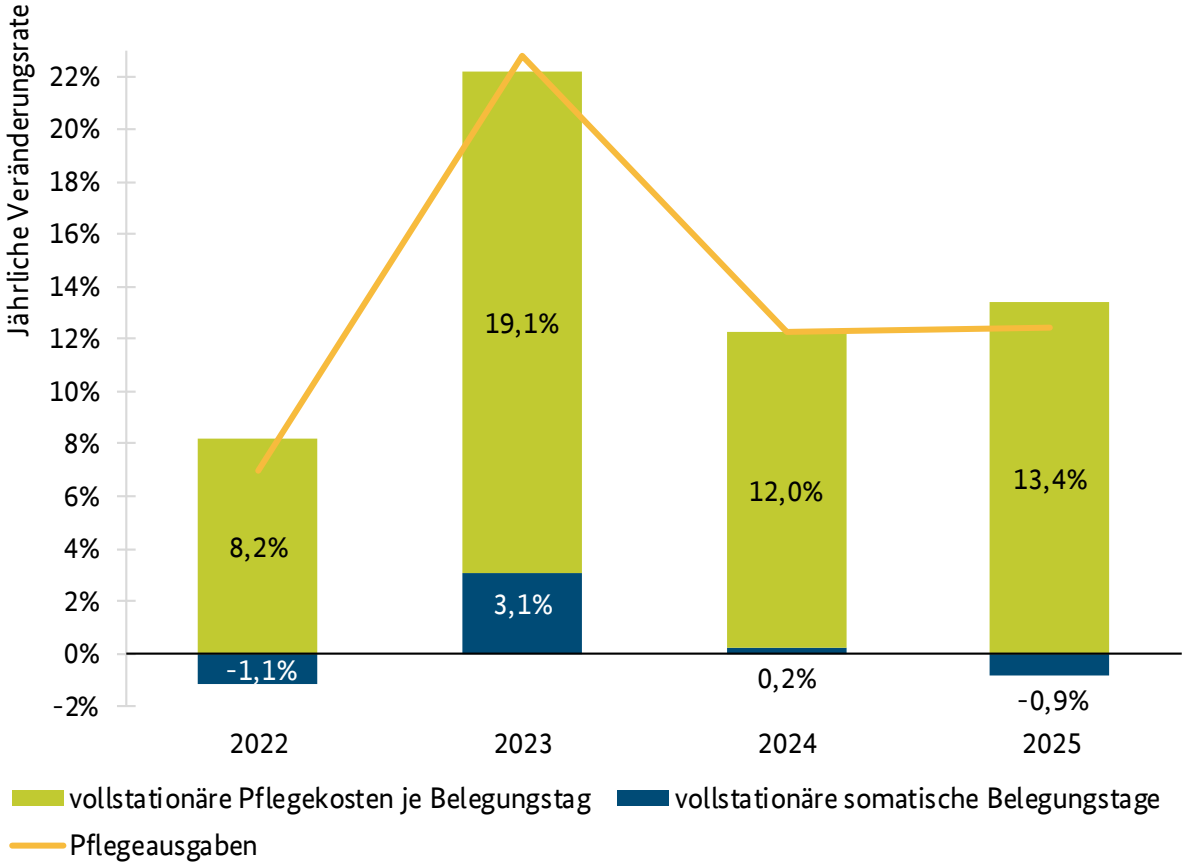


Quelle: Eigene Darstellung. Datenbasis: KG6

Somatischer Pflegebereich

Letztlich stellt Abbildung 6.6.1.4 die jährliche Entwicklung der Mengen (Belegungstage) und der Preisstruktur (Ausgaben je Belegungstag) im somatischen Pflegebereich für den Zeitraum 2021 bis 2025 auf Basis der amtlichen KG6-Statistik dar. Die somatischen Belegungstage sind im Beobachtungszeitraum lediglich um 1,3 % gestiegen, während die Vergütungen je Belegungstag um 63,7 % zunahmen. Die Vergütungsanstiege sind dabei im Wesentlichen auf den bestehenden Ist-Kostenausgleich der krankenhausindividuellen Pflegebudgets sowie auf die Entwicklung der damit verbundenen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerte und der Pflegepersonalausstattung zurückzuführen. Bei nur geringfügig steigender Leistungsinanspruchnahme – gemessen an den Belegungstagen – wurde die Pflegepersonalausstattung teilweise deutlich ausgeweitet, nicht selten über das erforderliche Maß hinaus (siehe Abschnitt 6.6.3). Hintergrund sind fehlende Wirtschaftlichkeitsanreize im bestehenden Finanzierungssystem. Die starke Vergütungsdynamik wird zusätzlich durch gesetzliche Vorgaben zur Mindest- und bedarfsgerechten Personalbesetzung sowie durch zusätzliche Vergütungen für pflegeentlastende Maßnahmen verstärkt.

Abbildung 6.6.1.4: Komponentenzerlegung im vollstationären, somatischen Pflegebereich (2021 - 2025)



Quelle: Eigene Darstellung. Datenbasis: KG6

Fazit

Insbesondere seit dem Jahr 2023 ist der Ausgabenanstieg im Krankenhausbereich deutlich stärker ausgefallen als die Entwicklung der GKV-Gesamtleistungsausgaben. Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen zum vierten Quartal 2025 verzeichnete der Krankenhausbereich eine Wachstumsrate von 8,3 % gegenüber dem Vorjahreszeitraum. Dieses Wachstum ist im Wesentlichen auf den volumenstärksten Leistungsbereich der voll- und teilstationären somatischen Krankenhausbehandlung zurückzuführen, der einen Ausgabenanstieg von 8,0 % aufwies. Eine zusätzliche Dynamik ging von den voll- und teilstationären Pflegepersonalkosten sowie von der psychiatrischen und psychosomatischen voll- und teilstationären Behandlung aus, deren Ausgaben im selben Zeitraum mit 12,0 % beziehungsweise 11,7 % deutlich überdurchschnittlich zunahmen. In allen genannten Bereichen entwickelten sich die Leistungsmenge und der durchschnittliche Schweregrad hingegen nur leicht positiv, stagnierend oder teilweise sogar rückläufig. Damit waren in erster Linie die Vergütungssteigerungen die maßgeblichen Kostentreiber.

Im Bereich der Pflegepersonalkosten ist diese Entwicklung insbesondere auf den bestehenden Ist-Kostenausgleich der Pflegebudgets zurückzuführen, der Kostensteigerungen weitgehend automatisch in höhere Vergütungen überführt und damit Wirtschaftlichkeitsanreize begrenzt. In der

somatischen Versorgung sowie in der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung tragen zudem institutionelle Regelungen wie die Meistbegünstigungsklausel, die vollständige Berücksichtigung des Orientierungswerts sowie eine anteilige beziehungsweise mittlerweile vollständige Tarifrefinanzierung zu überdurchschnittlichen Vergütungssteigerungen bei.

Der zunehmende Abstand zwischen der Entwicklung der Leistungsmenge und des Schweregrads einerseits und der Vergütungen andererseits deutet auf erhebliche Produktivitätseinbußen im Krankenhausbereich in den vergangenen Jahren hin. Hintergrund ist insbesondere, dass die Personalkostenentwicklung zunehmend von wirtschaftlichen Steuerungsmechanismen entkoppelt wird und Kostensteigerungen weitgehend durch entsprechende Vergütungsanpassungen refinanziert werden.

Insbesondere in der voll- und teilstationären somatischen sowie psychosomatischen und psychiatrischen Krankenhausbehandlung wirkt zudem die Einführung des quartalsbezogenen quotierten Prüfverfahrens in der Krankenhausabrechnung erhöhend auf die Vergütungen. Durch die Begrenzung der zulässigen Prüfquoten entfallen jährlich Erstattungsbeträge, die Krankenhäuser im Rahmen von Abrechnungsprüfungen an die Krankenkassen zurückzahlen müssten, was die durchschnittlich gezahlten Vergütungen faktisch erhöht. Sollte – wie im Rahmen des KHVVG vorgesehen – die Prüfung der Vorhaltebudgets ab dem Jahr 2028 aus dem zulässigen Prüfumfang herausgenommen werden, würde die Abrechnungsprüfung weiter geschwächt. In der Folge werden zusätzliche Belastungen auf die GKV zukommen und die effektiven Vergütungen pro Leistungspunkt beziehungsweise Fall im Krankenhausbereich weiter steigen. Gleichzeitig entsteht durch die Prüfquote und den künftig eingeschränkten Prüfumfang ein beitragssatzrelevanter Wettbewerbsnachteil gegenüber der PKV, die weiterhin in vollem Umfang prüfen kann.

6.6.2 Reformempfehlung Nr. 26: Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung

Hintergrund	Die vollständige Tarifrefinanzierung im Krankenhausbereich schwächt das Wirtschaftlichkeitsgebot und verursacht zusätzliche Kosten, obwohl die Tarifentwicklung bereits durch bestehende Vergütungsinstrumente hinreichend berücksichtigt wird.
Reformempfehlung	Streichung der Tarifrefinanzierung im aDRG- und PEPP-Bereich
Finanzwirkung	Ca. 0,5 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die gesetzliche Einführung einer regelmäßigen Tarifrefinanzierung im stationären Leistungssektor geht auf das Krankenhausstrukturgesetz 2015 zurück. Demnach vereinbaren die Vertragsparteien nach § 9 KHEntgG – die DKG, der PKV-Verband und der GKV-SV – jährlich die Differenz zwischen der Obergrenze für Anstiege der Basisentgeltwerte (Veränderungswert) und den Tarifsteigerungen und weisen diese als Tariferhöhungsrate auf den Veränderungswert aus. Zunächst war die Tariferhöhungsrate anteilig in den Vergütungsanstiegen zu berücksichtigen: 50 % im aDRG-System und 75 % im PEPP-System (§ 3 Absatz 4 BPflV). Die Tarifrefinanzierung im aDRG-System wurde Ende 2024 mit dem KHVVG maßgeblich angepasst: Statt einer anteiligen Refinanzierung werden die Tarifsteigerungen im Pflegedienst ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sowie im übrigen nichtärztlichen und ärztlichen Personalbereich seitdem vollständig ausgeglichen, auch rückwirkend für das Jahr 2024 (§10 Absatz 5 KHEntG). Zuvor hatte das Krankenhaustransparenzgesetz bereits eine unterjährige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen beim Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ermöglicht, indem der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert zeitnah an Tarifabschlüsse angepasst werden konnte (§ 6a Absatz 4 Sätze 5 und 6 KHEntgG). Somit ist seit 2024 in allen drei Vergütungsbereichen der voll- und teilstationären Krankenhausversorgung eine Tarifrefinanzierung vorgesehen: der aDRG-Bereich über die vollständige Tariferhöhungsrate, der PEPP-Bereich über die 0,75-fache Berücksichtigung dieser Rate und der Pflegebereich durch die unterjährige Berücksichtigung von Tarifsteigerungen in voller Höhe.

Die Refinanzierung durchschnittlicher tarifbedingter Personalkostenanstiege – sei es anteilig oder vollständig – verlagert die daraus resultierenden Mehrkosten de facto in die Beitragsfinanzierung und entkoppelt die Tarifverhandlungen von Wirtschaftlichkeitsanreizen, da die Tarifpartner, die Mehrkosten nicht selbst zu tragen haben. Auf Systemebene kann dies dazu führen, dass Tarifabschlüsse über das wirtschaftlich vertretbare Maß hinausgehen – also höhere Personalkosten

erzeugen, die ohne die Möglichkeit der vollen Refinanzierung nicht zustande gekommen wären. Erfahrungen aus der Einführung der Pflegebudgets und der dort geltenden Selbstkostendeckung zeigen, dass unter vergleichbaren Rahmenbedingungen derartige, übermäßige Steigerungsraten auf Systemebene möglich sind. Zusätzliche Vergütungsinstrumente wie der Orientierungswert und die Verhandlung von Veränderungswerten decken aktuell die Refinanzierung durchschnittlicher tarifbedingter Kostensteigerungen bereits weitgehend ab, sodass eine zusätzliche Refinanzierung aus systemischer Sicht nicht sachgerecht erscheint und zu einer Doppelfinanzierung der Tarifsteigerungen führt. Zudem existiert in anderen Leistungsbereichen – mit Ausnahme der Behandlungspflege und der Vorsorge und Rehabilitation – kein vergleichbares Refinanzierungssystem. Ein weiteres Problem der vollen Tarifrefinanzierung stellen Spillover-Effekte in andere Sektoren dar. Durch das Berechnungs- und Bewertungssystem zur Ermittlung der Punktwerte im Einheitlichen Bewertungsmaßstab der vertragsärztlichen Versorgung und dessen mittelbare Kopplung an die Oberarztgehälter im stationären Sektor wirken überdurchschnittliche Tariferhöhungen auch auf die vertragsärztliche Vergütung ein. Auch bei anderen Berufsgruppen, zum Beispiel Physiotherapeuten, entsteht durch den Wettbewerb mit dem ambulanten Sektor steigender Lohndruck. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die aktuelle Ausgestaltung der Tarifrefinanzierung die Effizienz- und Kostendisziplin auf Systemebene deutlich schwächt.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund, dass Tariferhöhungen durch bestehende Instrumente – insbesondere die Verhandlungen eines Veränderungswertes – im Rahmen der jährlichen Verhandlungen über die Basisentgeltwerte sowohl im aDRG- als auch im PEPP-Bereich hinreichend berücksichtigt werden, empfiehlt die Kommission die Tarifrefinanzierung in beiden Vergütungsbereichen zu streichen.

Geschätzte Finanzwirkung

Zur Quantifizierung der finanziellen Effekte einer Abschaffung der Tarifrefinanzierung wird auf die im Jahr 2024 angewendeten Tarifsteigerungen abgestellt. Da die Tarifrefinanzierung sowohl den aDRG- als auch den PEPP-Vergütungsbereich betrifft, allerdings in unterschiedlicher Ausprägung, erfolgt die Abschätzung der finanziellen Wirkung zunächst getrennt nach Vergütungsbereichen und wird anschließend zusammengeführt.

Die vollständige Tariferhöhungsrate in den pauschalierten aDRG- und PEPP-Bereichen ergibt sich aus dem Vergleich zwischen dem jeweils verhandelten Veränderungswert und den tatsächlichen Tarifsteigerungen. Letztere lagen im Jahr 2024 bei 6,66 %. Der vereinbarte Veränderungswert belief sich im selben Jahr im aDRG-Bereich auf 5,13 % und im PEPP-Bereich auf 5,31 %. Vor diesem Hintergrund ergibt sich für das Jahr 2024 eine vollständige Tariferhöhungsrate von 1,53 % im aDRG-Bereich und von 1,35 % im PEPP-Bereich. Im PEPP-Bereich wird jedoch nur das 0,75-Fache der Tariferhöhungsrate angewendet, sodass die Finanzwirkung dort auf 1,01 % begrenzt bleibt. Ausgehend von den Ausgabenvolumina für das Jahr 2024 von 66,1 Mrd. € im aDRG-Bereich und von 10,6 Mrd. € im PEPP-Bereich entspricht ein voller Prozentpunkt der jeweiligen Vergütungsanpassung

einem Volumen von jeweils rund 660 Mio. €, beziehungsweise 110 Mio. €. Für den aDRG-Bereich ergibt sich daher bei einer vollständigen Tariferhöhungsrate von 1,35 Prozentpunkten eine Finanzwirkung von rund 1 Mrd. €, während die Finanzwirkung im PEPP-Bereich bei einer anteiligen Erhöhungsrate sich auf 120 Mio. € beläuft.

In der Summe über beide Vergütungsbereiche hinweg verursachte die Regelung im AbrechnungsJahr 2024 Mehrausgaben für die GKV in der Höhe von schätzungsweise 1,2 Mrd. €. Da die jährliche Entwicklung der Tarifanpassungen im Krankenhausbereich in diesem Jahr überdurchschnittlich hoch ausgefallen ist und für die nächsten Jahre lediglich eine durchschnittliche Entwicklung erwartet wird, wird für das Jahr 2027 im aDRG-Bereich gegenüber dem AbrechnungsJahr 2024 ein niedrigeres Einsparpotenzial in Höhe von rund 444 Mio. € erwartet, während im PEPP-Bereich das Einsparpotenzial auf schätzungsweise 56 Mio. € sinken würde. Die Maßnahme führt zu jährlichen Einsparungen. Unter Fortführung der getroffenen Annahmen würde sich die kumulierte Finanzwirkung für beide Vergütungsbereiche im Zeitraum 2027 bis 2030 voraussichtlich auf 1,1 Mrd. € belaufen. Durch die erwähnten und nicht quantifizierbaren Spillover-Effekte dürfte die tatsächliche Finanzwirkung in der gesamten GKV höher ausfallen.

Bei gleichzeitiger Umsetzung der Reformempfehlungen zur Grundlohnrate-Anbindung (siehe Abschnitt 6.1.1), zur Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System (siehe Abschnitt 6.6.3) sowie zur Streichung der Tarifrefinanzierung ergibt sich im Jahr 2027 in Summe ein Einsparpotenzial von rund 2,1 bis 2,7 Mrd. €. Durch die Absenkung der jährlichen Ausgabendynamik in allen voll- und teilstationären Vergütungsbereichen der Krankenhausversorgung vergrößert sich der Abstand zum Basisverlauf der Ausgabenentwicklung ohne die empfohlenen Maßnahmen sukzessive, sodass sich bis 2030 ein kumulierter Effekt von voraussichtlich 6,6 bis 8,6 Mrd. € ergibt.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Empfehlung zielt darauf ab, die Tarifrefinanzierung in den beiden teil- und vollstationären Vergütungsbereichen der Krankenhausversorgung – im aDRG- und PEPP-Bereich – zu streichen. Eine kurzfristige Umsetzung ist für das Jahr 2027 möglich. Rechtlich erfordert dies im aDRG-Bereich die Außerkraftsetzung von § 10 Absatz 5 KHEntgG und im PEPP-Bereich von § 3 Absatz 4 BPflV, die dort die Tarifrefinanzierung bereichsspezifisch festlegen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Bei einer Umsetzung der Maßnahme wird keine Verschlechterung der Versorgung erwartet. Bereits in der Zeit vor 2016, in der Tariferhöhungen im DRG-System nur begrenzt beziehungsweise nicht regelhaft ausgeglichen wurden, war kein flächendeckender, tarifinduzierter Personalabbau zu beobachten, der die Versorgungsqualität spürbar verschlechtert hätte. Auch in den Jahren 2016 bis einschließlich 2023, in denen Tariferhöhungen im aDRG- und PEPP-Bereich lediglich anteilig berücksichtigt wurden, ist kein systematischer Personalabbau eingetreten. Vielmehr wurde das

Personal in den Krankenhäusern berufsgruppenübergreifend ausgebaut, während die Produktivität im stationären Sektor zugleich rückläufig war. Durch die Umsetzung der Maßnahme kann somit ein gleichwertiges Versorgungsqualitätsniveau unter dem Einsatz geringerer Beitragsmittel erreicht werden.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Eine vollständige Tarifrefinanzierung am aktuellen Rand kann zu einer weitgehenden Entkopplung der Tarifabschlüsse von Wirtschaftlichkeitsanreizen führen. Der Verzicht auf eine zusätzliche Tarifrefinanzierung stellt einen tragfähigen Kompromiss zwischen Tarifautonomie und Wirtschaftlichkeitsgebot dar, da Tarifabschlüsse weiterhin möglich bleiben, deren Finanzierung jedoch – wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung – im Rahmen der allgemeinen Vergütungsentwicklung berücksichtigt wird. Unabhängig davon bleiben zentrale Sicherungsinstrumente der Vergütungen bestehen. Über die Veränderungswerte im aDRG- und PEPP-Bereich werden tatsächliche Kostensteigerungen sowohl im Personal- als auch im Sachkostenbereich prospektiv berücksichtigt. Dabei fließen auch Tariferhöhungen systematisch in die verhandelten Veränderungswerte ein, wenn auch mit einem zeitlichen Versatz von etwa einem halben Jahr. So berücksichtigen beispielsweise die Veränderungswerte für das Jahr 2026 die im Zeitraum des zweiten Halbjahres 2024 bis zum ersten Halb Jahr 2025 eingetretenen Tarifsteigerungen im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum.

Die Streichung der Tarifrefinanzierung in der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung würde zudem die Vergütungsstruktur stärker an andere Leistungsbereiche angleichen, in denen Tarifsteigerungen nicht automatisch separat refinanziert werden, und damit die Vergütungsgerechtigkeit im Vergleich der Sektoren erhöhen. Würde die vollständige Tarifrefinanzierung in der medizinischen Behandlungspflege und in der Vorsorge und Rehabilitation aufgehoben, wie ebenfalls von der Kommission empfohlen (siehe Abschnitt 6.10.2), wäre die sektorenübergreifende Angleichung in Bezug auf die Tarifrefinanzierung weitgehend erreicht.

Gleichzeitig würde die Regelung die unterjährige Liquidität der Krankenhäuser ggf. verschlechtern, da tarifbedingte Mehrkosten künftig – wie andere Kostensteigerungen auch – im Rahmen der regulären Budget- und Preisfortschreibung zu tragen wären; dies wird jedoch mit Blick auf Effizienz- und Konsolidierungserfordernisse als sachgerecht bewertet.

Da die Tarifrefinanzierung in den einzelnen Entgeltsystemen sowohl die GKV als auch die PKV betrifft, entfiele ein systemweit wirkender Impuls zur Kostendynamik. Im Zusammenspiel mit der ebenfalls empfohlenen globalen Begrenzung des Vergütungsanstiege (siehe Abschnitt 6.1.1) ist zudem zu berücksichtigen, dass bei niedrigem Veränderungswert die isolierte Beibehaltung der Tarifrefinanzierung überproportionale Preiswirkungen entfalten würde, weshalb eine parallele Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen systematisch folgerichtig erscheint.

6.6.3 Reformempfehlung Nr. 27: Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten

Hintergrund	Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen hat seit 2020 zu einem Anstieg der Ausgaben für diesen Ausgabenbereich um rund 67 % geführt, während sich der Pflegebedarf auf bettenführenden Stationen in diesem Zeitraum kaum erhöht hat.
Reformempfehlung	Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System gekoppelt an einen verpflichtenden Nachweis der vollständigen, bestimmungsgemäßen Verwendung der in den DRGs enthaltenen Anteile für Pflege
Finanzwirkung	Ca. 0,62 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Mit dem PpSG zum Jahr 2020 eine der bedeutendsten Reformen im seit 2004 bestehenden pauschalierten G-DRG-System umgesetzt: Die Vergütung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen wurde aus den Fallpauschalen ausgegliedert und in einen krankenhausindividuellen Ist-Kostenausgleich überführt. Ziel des Gesetzgebers war es, die Personalausstattung sowie die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege nachhaltig zu verbessern, um dem steigenden Bedarf an Pflegeleistungen gerecht zu werden und zugleich die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen.

Bei einem Ist-Kostenausgleich bestehen allerdings kaum Wirtschaftlichkeitsanreize, da entstehende Kosten grundsätzlich refinanziert werden und Effizienzgewinne regelmäßig zu einer, für die Krankenhäuser unvorteilhaften Absenkung der künftigen Budgetgrundlage führen. Hieraus resultiert ein struktureller Zielkonflikt zwischen der intendierten Stärkung der Pflege, der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung der Aufrechterhaltung von Wirtschaftlichkeitsanreizen. Im Zeitraum 2020 bis 2024 sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das Pflegebudget um 50,55 % (KJ1) gestiegen. Im selben Beobachtungszeitraum nahm die Anzahl der Beschäftigten im Pflegedienst der somatischen Krankenhäuser um 13,80 % überdurchschnittlich zu (Statistisches Bundesamt 2020a, 2024a); im Vergleich zum Jahr 2019 betrug der Anstieg sogar 21,11 % (Statistisches Bundesamt 2019a). Zugleich waren die Personalkosten je Vollkraft in der Krankenhauspflege im Jahr 2024 um 16,72 % höher als 2020 (Statistisches Bundesamt 2020b, 2024b) und um 20,86 % höher als 2019 (Statistisches Bundesamt 2019). Zusätzlich trägt die seit 2021 überdurchschnittliche Inflationsentwicklung zu Budgetsteigerungen bei. Hinzu kommen strukturelle Veränderungen, etwa Verschiebungen in der Verteilung der Arbeitszeit zwischen Voll- und

Teilzeitbeschäftigten, eine veränderte Pflegeintensität sowie Unterschiede im Personaleinsatz zwischen den Vergütungsbereichen. Diese Faktoren üben zusätzlichen Druck auf die Budgetentwicklung aus.

Im aktuellen Refinanzierungssystem bestehen somit Anreize, die dazu führen, dass Mengen, Preise und Struktur des Arbeitsfaktors Pflege am Bett überproportional ausgeweitet werden – auch über das wirtschaftliche Maß hinaus. Pflegepersonal kann dabei auch für Tätigkeiten außerhalb ihres Kerntätigkeitsbereichs (etwa Reinigungs- oder Transportarbeiten) eingesetzt werden. Durch die vollständige Refinanzierung der entstehenden Kosten wird jede Ausweitung des Personaleinsatzes oder Anpassung der Strukturen unmittelbar abgesichert, wodurch eine höhere Budgetbasis entsteht, die wiederum die Ausgangslage für den nächsten Vereinbarungszeitraum erhöht und die Anreize zur weiteren Ausweitung verstärkt.

Tatsächlich sind die Ausgaben für Pflegepersonal seit der Ausgliederung ab 2020 im Pflegebereich überproportional zum Anstieg des Pflegebedarfs gestiegen – unter anderem auch aufgrund gesetzlicher Vorgaben. Für das Jahr 2025 wird ein Ausgabenvolumen von schätzungsweise 25,3 Mrd. € für Pflegebudget erwartet (Q4 KV45), was einem Anstieg von 66,8 % im Vergleich zum Einführungsjahr 2020 entspricht. Fallzahlen und Belegungstage haben dagegen im Zeitraum von 2021 bis 2025 lediglich um 3,6 % beziehungsweise 1,3 % zugenommen (amtliche KG6-Statistik)[19], wie bereits in der Kostentreiberanalyse dargestellt (siehe Abschnitt 6.6.1). Im Vergleich zum ersten Quartal 2020 – das noch vom volumenstarken Jahr 2019 geprägt und von der COVID-19-Pandemie kaum beeinflusst war – verzeichnen die Kennzahlen im Q3 2025 sogar deutliche Rückgänge: um 8,6 % bei den Fallzahlen und um 16,8 % bei den Belegungstagen. Zugleich wurde die Personalstärke im Pflegedienst, wie bereits ausgeführt, von 2020 bis 2024 um 13,85 % aufgestockt. Wie Auswertungen des GKV-SV zeigen ist der normierte Gesamtpflegebedarf, gemessen an den abgerechneten Pflegebewertungsrelationen, im Jahr 2024 im Vergleich zum Einführungsjahr 2020, leicht gesunken – um 0,4 Prozentpunkte, mit einem Tiefpunkt im Jahr 2022, als der Pflegebedarf um 1,04 Prozentpunkte unter dem Ausgangswert im Jahr 2020 lag.

Durch den GKV-SV wurde ebenfalls das Verhältnis des Gesamtpflegebedarfs und des dafür eingesetzten Pflegepersonals in Vollzeitäquivalenten (Pflegeintensität) auf Ebene einzelner Krankenhäuser im Zeitverlauf untersucht. Grundlage der Auswertungen bildete eine Vollerhebung mit Datenübermittlungen gemäß § 21 KHEntgG. Es zeigte sich, dass für die gleiche Menge an pflegerischer Leistung im Jahr 2024 rund 20,07 % mehr Vollzeitkraftäquivalente als noch 2020 eingesetzt wurden, was auf einen deutlichen Rückgang der Effizienz hindeutet. Darüber hinaus ergaben sich strukturelle Unterschiede nach Trägerschaft und Raumtyp: Private Krankenhäuser bauten die Pflegeintensität im Beobachtungszeitraum mit 22,26 % stärker auf als öffentliche (19,90 %) und freigemeinnützige (18,96 %) Träger; zudem lagen die Veränderungen der

[19] Aufgrund der verfügbaren Daten sind die Veränderungsraten zum dritten Quartal 2025 im Vergleich zum dritten Quartal 2021 dargestellt.

Pflegeintensität in kreisfreien Großstädten (23,48 %) und städtischen Kreisen (18,62 %) über denen in ländlichen Regionen, insbesondere in dünnbesiedelten Landkreisen (14,68 %). Die beschriebenen Muster blieben über den gesamten Untersuchungszeitraum stabil. Insgesamt deutet die Analyse darauf hin, dass seit Einführung des Pflegebudgets das Pflegepersonal über den Pflegebedarf hinaus ausgebaut wurde und dieser Prozess mit strukturell unerwünschten Konzentrationstendenzen durch Selbstselektionseffekte (zum Beispiel durch die Attraktivität von Großstädten) einherging.

Reformempfehlung

Um den starken Anstieg der Pflegepersonalkosten zu begrenzen und einen wirtschaftlichen Einsatz von Pflegepersonal zu fördern, empfiehlt die Kommission, die Pflegepersonalkosten ab 2027 wieder in das DRG-System einzugliedern. Die Finanzierung des Pflegeanteils je DRG soll dabei – nach einer einjährigen Übergangsphase – an einen verbindlichen Nachweis der vollständigen, bestimmungsgemäßen Verwendung der in den DRGs anteilig enthaltenen Mittel für Pflegeaufwendungen der jeweiligen DRG gekoppelt werden, um Anreize für einen verringerten Pflegepersonaleinsatz zu verhindern. Wird der Nachweis nicht erbracht, können die Kostenträger ab 2028 eine entsprechende Rückzahlung verlangen.

Geschätzte Finanzwirkung

Zur Abschätzung der Finanzwirkung wird das Pflegebudget für 2025 in zwei Szenarien fortgeschrieben. Im Referenzszenario wird für das Jahr 2025 ein Pflegebudget von 25,3 Mrd. € angesetzt (Q4 KV45). Dabei wird unterstellt, dass sich das Wachstum der Pflegebudgets ohne weitere regulatorische Eingriffe mittelfristig auf den langjährigen Durchschnitt stabilisiert; kurzfristige Sondereffekte am aktuellen Rand werden damit nicht überzeichnet. Im Vergleichsszenario erfolgt die Fortschreibung des Pflegebudgets 2024 mit der aktuellen Wachstumsrate des aDRG-Bereichs (8,03 %) fortgeschrieben, was einem Ausgabenvolumen von rund 24,66 Mrd. € entspricht; hierbei wird implizit angenommen, dass sich dieses preisgetriebene Wachstumsniveau ohne weitere Reformmaßnahmen verstetigt, auch wenn es oberhalb des historischen Durchschnitts liegt. Die Differenz von 620 Mio. € stellt den jährlichen Entlastungseffekt dar, der sich bei einer Rückführung der Pflegebudgets in das DRG-System ergeben würde und verdeutlicht, dass bereits durch eine Angleichung der Wachstumsdynamik an die aktuell erhöhte Dynamik des aDRG-Bereichs ein substanzieller fiskalischer Effekt erzielt werden kann. Die Schätzung basiert auf einem ceteris-paribus-Vergleich. Zusätzliche, von der FKG empfohlene Maßnahmen zur Dämpfung der Vergütungsdynamik im aDRG-Bereich würden den dargestellten fiskalischen Entlastungseffekt entsprechend verstärken.

Ab dem Jahr 2028 wird die Finanzwirksamkeit der Maßnahme durch die Einführung der Vorhaltefinanzierung im Sinne des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) nicht wesentlich eingeschränkt. Die Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System ab 2027 kommt ab 2028 faktisch einer Integration dieser Kosten in das Vorhaltebudget gleich. Damit wird die Begrenzung des Ausgabenanstiegs über die pauschalierten Vorhaltebudgets im

Wesentlichen fortgeführt, gegebenenfalls in leicht abgeschwächter Form. Insgesamt kann daher bis 2030 weiterhin von jährlichen Systemeinsparungen in Höhe von rund 800 Mio. € ausgegangen werden, sodass sich für den Zeitraum 2027 bis 2030 eine kumulierte Finanzwirkung von voraussichtlich rund 3 Mrd. € ergibt.

Bei gleichzeitiger Umsetzung der Reformempfehlungen zur Umkehrung der Grundlohnrate-Anbindung (siehe Abschnitt 6.1.1), zur Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System sowie zur Streichung der Tarifrefinanzierung (siehe Abschnitt 6.6.2) ergibt sich im Jahr 2027 ein Einsparpotenzial von rund 2,1 bis 2,7 Mrd. €. Durch die Absenkung der jährlichen Ausgabendynamik in allen voll- und teilstationären Vergütungsbereichen der Krankenhausversorgung vergrößert sich der Abstand zum Referenzpfad sukzessive, sodass sich bis 2030 ein kumulierter Effekt von voraussichtlich 6,6 bis 8,6 Mrd. € ergibt.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Wenngleich die erstmalige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten – von der Gesetzesinitiative mit dem Referentenentwurf zum PpSG bis zur Umsetzung ab dem Jahr 2020 – einen Zeitraum von rund anderthalb Jahren in Anspruch genommen hat (unter anderem durch die Definitionsproblematik), wird eine Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten aus rechtlicher, organisatorischer und kalkulationstechnischer Sicht ab dem Jahr 2027 als realistisch eingeschätzt. Dies wird insbesondere durch die jüngsten Erfahrungen aus dem Jahr 2025 bestätigt. So wurde im Rahmen der Anforderungen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes sowie des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes die Umgliederung mehrerer Berufsgruppen („Sonstige Berufe“, „ohne Berufsabschluss“ sowie Hebammen) entweder in das aDRG-System oder in das Pflegebudget vergleichsweise aufwandsarm und zügig umgesetzt.

Für eine verbindliche Umsetzung der Wiedereingliederung sind im Wesentlichen zwei Schritte erforderlich. Zum einen bedarf es einer Anpassung des § 17b Absatz 4 KHG und des § 6a KHEntgG, die aktuell die separate Kostendeckung der Pflegepersonalkosten im Rahmen des G-DRG-Systems regeln. Zum anderen ist im Rahmen der jährlichen Systemanpassung eine Neukalkulation der Kostengewichte je DRG durch das InEK vorzunehmen, die sowohl die Kosten der unmittelbaren Pflegeversorgung als auch die Pflegeanteile umfasst. Die entsprechenden Regelungen sind anschließend gemäß § 17 Absatz 2 KHG durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene – den GKV-Spitzenverband, den Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft – für das Jahr 2027 zu beschließen. Zur Unterstützung der Umsetzung der Maßnahme sollte für das Jahr 2027 im Rahmen einer Übergangsphase auf die Nachweispflicht als Abrechnungsvoraussetzung verzichtet werden.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Umsetzung der Reformempfehlung dürfte mit einem verhältnismäßigen Abbau von Pflegepersonal einhergehen, das im Rahmen der Ist-Kostenrefinanzierung der krankenhausindividuellen Pflegebudgets überproportional zum tatsächlichen Pflegebedarf, vor allem in bestimmten großstädtischen Krankenhäusern, aufgebaut wurde. Die freiwerdenden Kapazitäten werden sehr wahrscheinlich zeitnah von Krankenhäusern mit bislang unterproportionalem Pflegepersonalaufbau übernommen. Dadurch entsteht eine Annäherung der Personalausstattung und ein Ausgleich zwischen den Krankenhäusern. Durch die Wiedereingliederung der Pflegekosten in das jährliche DRG-System, das auf einer Normierung der durchschnittlich ermittelten personellen und sachlichen Aufwände je Abrechnungsposition basiert, werden bundesweit starke Effizienzanreize gesetzt. Dies fördert einen bedarfsgerechteren und effizienteren Einsatz von Pflegepersonal und kann somit deren Allokation im somatischen Krankenhaussektor verbessern.

Die Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in die DRG-Systematik würde zudem den impliziten Refinanzierungsvorteil gegenüber anderen Pflegesektoren – psychiatrischer Krankenhäuser und psychiatrischer Ambulanzen sowie Pflegeheimen und ambulanten Diensten – verringern und so die sektorenübergreifende Allokation von Pflegefachpersonen weiter verbessern. Eine Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkassen (WIdO) zeigt, dass sich das Wachstum der Vollkräfte in Pflegeheimen nach Einführung der Pflegebudgets trotz steigenden Versorgungsbedarfs von zuvor durchschnittlich 5,32 % auf 1,60 % und in der ambulanten Pflege von 11,12 % auf 2,03 % verlangsamte (Scheller-Kreinsen et al. 2026). Da Pflegepersonal knapp und sektorenübergreifend mobil ist, könnten angeglichene Anreize die finanzierungsbedingte Personalverschiebung abschwächen und die Allokation wieder stärker am tatsächlichen Versorgungsbedarf statt an unterschiedlichen Finanzierungslogiken ausrichten. Gleichzeitig sollte bei der Umsetzung der Maßnahme sichergestellt werden, dass die Attraktivität und Sichtbarkeit der Pflegeberufe nicht beeinträchtigt und die Berufsbilder in der Pflege weiterhin gestärkt werden – etwa durch Professionalisierung und größere Entscheidungsbefugnisse.

Der mit der Maßnahme in einigen Krankenhäusern verbundene Pflegepersonalabbau wird jedoch in sachgerechtem Umfang durch den bereits jetzt geltenden und fortzuführenden verpflichtenden Nachweis der Pflegepersonalbesetzung begrenzt. Dadurch wird möglichen Fehlanreizen entgegengewirkt, den Pflegeeinsatz unter das medizinisch und pflegerisch notwendige Maß zu reduzieren. Ergänzend erscheint es erwägenswert, eine erhöhte Refinanzierung (bspw. bis zum durchschnittlichen 110-%-Pflegeanteil der DRGs) zu ermöglichen, um einen überdurchschnittlichen Pflegeeinsatz trotz Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten zu refinanzieren. Die Kommission empfiehlt jedoch, zunächst auf einen Pflegeanteil von über 100% zu verzichten und die Entwicklung in den nächsten Jahren zu beobachten.

Da die bestehenden Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Krankenhaus gemäß Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung sowie die bestehende Personalbedarfsbemessung in der stationären Krankenpflege gemäß Pflegepersonalbemessungsverordnung von der Maßnahme

unberührt bleiben, stellen sie weiterhin verbindliche Grenzen für den Pflegeeinsatz dar. Zugleich zeigt eine Auswertung des WIdO, dass sich die Einhaltung der PpUG trotz Personalaufwuchses nicht verbessert hat: 2024 wurden in 14,3 % der Schichten die Vorgaben nicht eingehalten, nachdem der Anteil 2023 und 2022 jeweils über 15 % und 2021 bei 13,4 % gelegen hatte (Scheller-Kreinsen et al. 2026). Der zusätzliche Personalaufbau hat bislang keinen klar erkennbaren Beitrag zur besseren Regelkonformität geleistet, sodass aus einer stärkeren Wirtschaftlichkeitsbindung keine grundsätzliche Gefahr für die Versorgungsqualität abzuleiten ist.

Die Einhaltung der verbindlichen Grenzen wird ferner in den Kostendaten des Jahres 2025, die der Ermittlung der durchschnittlichen Aufwände im DRG-System zugrunde liegen, im Rahmen der jährlichen Anpassung des DRG-Katalogs 2027 bereits abgebildet sein. Damit werden die normierten DRG-Bewertungsrelationen auf einer Kostenbasis berechnet, die den gesetzlichen Mindestanforderungen an die Pflegepersonalausstattung entspricht. Eine systematische Unterfinanzierung der erforderlichen Pflegeleistungen ist folglich nicht zu erwarten. Vor diesem Hintergrund ist die Reform insgesamt als versorgungsneutral zu bewerten.

Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass Pflegequalität und Patientensicherheit nicht vollständig über Mengen- oder Fallzahlenindikatoren beziehungsweise über die Einhaltungsquote der PpUG abgebildet werden können. Die Wiedereingliederung der Pflegekosten sollte daher eng mit einer kontinuierlichen Beobachtung pflegesensitiver Qualitätsindikatoren verbunden werden, um unbeabsichtigte Qualitätseinbußen frühzeitig erkennen zu können.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Überproportional von der Maßnahme betroffen sind insbesondere Krankenhäuser, die aus strukturellen Gründen und fehlenden Wirtschaftlichkeitsanreizen die Kapazitäten im Pflegebereich über das für die Patientenversorgung notwendige und gesetzlich vorgeschriebene Mindestmaß hinaus ausgeweitet haben.

Gleichzeitig geht die Maßnahme ab 2028 mit einer Stärkung der Vorhaltefinanzierung einher. Im aktuellen Entwurf wird das Vorhaltebudget um die Pflegeerlöse gemindert. Werden die Pflegeerlöse hingegen wieder in das DRG-System integriert, erhöht sich korrespondierend das Vorhaltebudget. Da dieses Budget auf pauschalierten Vorhaltebewertungsrelationen basiert, wird auch im Rahmen der Vorhaltefinanzierung einem unbegrenzten Anstieg der Pflegepersonalkosten wirksam entgegengewirkt. Da der Pflegeeinsatz in weiten Teilen unabhängig von der Fallzahl erfolgt, erscheint die implizite Einbeziehung der Pflegekosten in die fallzahlunabhängige Vorhalterefinanzierung sachgerecht. Zugleich trägt sie dazu bei, strukturell unerwünschte Verteilungs- und Konzentrationseffekte in der Pflegepersonalausstattung – bspw. nach Raumtypen oder Trägerschaft – vorzubeugen und bestehende Effekte, die sich seit Einführung des Pflegebudgets verstärkt haben, gegebenenfalls abzubauen.

Letztlich trägt die Regelung auch zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben der privaten Krankenversicherer bei, da die Behandlung der Pflegepersonalkosten im Vergütungssystem grundsätzlich für GKV und die PKV einheitlich ausgestaltet ist.

6.6.4 Reformempfehlung Nr. 28: Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen

Hintergrund	Pflegeentlastende Maßnahmen verursachen schwer abgrenzbare Kosten, die seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System prozentual dem krankenhausindividuellen Pflegebudget zugeschlagen werden können. Seit der Einführung einer pauschalen Zusatzvergütung ohne Nachweispflicht besteht die Gefahr, dass diese Regelung zu zusätzlichen Ausgaben führt, ohne dass eine gezielte Steuerungswirkung oder ein nachweisbarer Entlastungseffekt für das Pflegepersonal erkennbar ist.
Reformempfehlung	Ersatzlose Streichung der zusätzlichen Vergütung pflegeentlastender Maßnahmen
Finanzwirkung	Ca. 0,72 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Mit dem PpSG erfolgte die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG Fallpauschalensystem; sie wurden nunmehr in krankenhausindividuellen Pflegebudgets abgebildet. Zugleich wurden Aufwendungen für Maßnahmen, die zu einer Entlastung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, erhöhend im Pflegebudget berücksichtigt. Eine verbindliche Definition pflegeentlastender Maßnahmen existiert nicht; mögliche Lösungen reichen vom Einsatz von Pflegeassistenten über die Einführung digitaler Dokumentationssysteme bis hin zu Workflow-Engines.

In den ersten Jahren nach Einführung der Pflegebudgets war die Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen an einen konkreten Nachweis gebunden. Die Krankenhäuser hatten sowohl die Durchführung der Maßnahmen als auch deren kostensparende Wirkung auf die Pflegepersonalkosten zu begründen und nachzuweisen. Auf dieser Grundlage konnten pflegeentlastende Maßnahmen das Pflegebudget um bis zu vier Prozent erhöhen, sofern tatsächlich Einsparungen bei den Pflegepersonalkosten erzielt wurden. Nicht durchgeführte Maßnahmen führten zudem zu einer Rückführung der hierfür angesetzten Mittel über das Pflegebudget im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum.

Mit dem KHVVG und den damit einhergehenden Anpassungen der Vergütungsregelungen wurde diese Systematik mit dem Ziel der Entbürokratisierung der Leistungserbringer grundlegend verändert. Seither wird für pflegeentlastende Maßnahmen pauschal eine zusätzliche Vergütung in

Höhe von 2,5 % des krankenhausindividuellen Pflegebudgets gewährt, ohne dass ein Nachweis über die tatsächliche Durchführung der Maßnahmen oder über die hierdurch erzielten Einsparungen bei den Pflegepersonalkosten erforderlich ist. Durch die fehlende Nachweispflicht entfielen auch die Verrechnungsmöglichkeiten für Mittel, die nicht wirksam genutzt oder umgesetzt wurden, sodass die Zweckbindung für pflegeentlastende Maßnahmen faktisch kaum noch überprüfbar ist und die Mittel für andere Zwecke genutzt werden können.

Hinzu kommt, dass pflegeentlastende Maßnahmen nicht selten Tätigkeiten betreffen, die von sonstigem Krankenhauspersonals übernommen werden – etwa durch Servicekräfte oder Stationsassistenten. Seit 2025 werden diese Tätigkeiten wieder über das DRG-System vergütet und nicht mehr über das Pflegebudget refinanziert. Dadurch kommt es zu einer teilweisen Doppelvergütung, da entsprechende Kosten somit sowohl über die Fallpauschalen als auch über das Pflegebudget berücksichtigt werden.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der fehlenden Nachweispflicht und Verrechnungsmöglichkeiten, der bestehenden Doppelfinanzierung von sonstigem Personal, der pauschal erhöhenden Wirkung der aktuellen Regelung sowie des anhaltenden Anstiegs der Ausgaben für Pflegepersonalkosten empfiehlt die Kommission, die Zusatzvergütung für pflegeentlastende Maßnahmen ersatzlos zu streichen.

Geschätzte Finanzwirkung

Zur Abschätzung der Finanzwirkung wird für das Jahr 2025 ein Pflegebudget von 25,3 Mrd. € angesetzt (Q4 KV45). Die Vergütung pflegeentlastender Maßnahmen erfolgt derzeit in Form eines pauschalen Zuschlags in Höhe von 2,5 % des jeweiligen Pflegebudgets der Krankenhäuser. Zur Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen einer Streichung dieser Regelung wird entsprechend ebenfalls ein pauschaler Ansatz gewählt. Das daraus resultierende potenzielle Einsparvolumen beläuft sich auf rund 617 Mio. € für das Jahr 2025, das sich aus einem 2,5-%-Abschlag auf das Ausgabenvolumen des Pflegebudget (Q4 KV45) ergibt.

Bei einer Fortführung des Ansatzes ergibt sich ein Einsparpotenzial von 720 Mio. € für das Jahr 2027. Eine mögliche Finanzierung eines Teils der pflegeentlastenden Maßnahmen über die DRGs wurde nicht berücksichtigt; da ihr Effekt über die Bewertungsrelationen sehr gering, mittelbar und nicht quantifizierbar ist, bleibt die Finanzschätzung in etwa unverändert.

Die Schätzung basiert auf einem ceteris-paribus-Vergleich. Zusätzliche von der Kommission empfohlene Maßnahmen zur Dämpfung der Vergütungsdynamik im Bereich der Pflegepersonalkosten, bspw. durch eine Umsetzung der Grundlohnrate -Anbindung im Pflegebereich (siehe Abschnitt 6.1.1), würden den dargestellten absoluten fiskalischen Effekt entsprechend schmälern (schätzungsweise auf 650 Mio. €). Bei einer Fortschreibung des Status quo unter den Rahmenbedingungen der Vorhaltefinanzierung ab 2028, bei der das Pflegebudget in der Regel

mindernd berücksichtigt wird, entfaltet die Regelung für die Jahre 2028 bis 2030 eine jährliche Einsparwirkung von ca. 840 Mio. €.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Eine kurzfristige Umsetzung der Reformempfehlung ist ab dem Jahr 2027 ohne größere regulatorische und organisatorische Hürden möglich. Hierfür sind in § 6a KHEntG, der übergeordnete Regelungen zu den jährlichen Vereinbarungen der Pflegebudgets enthält, die pflegeentlastende Maßnahmen betreffenden Passagen zu streichen. Dies betrifft in Absatz 2 die Sätze 6 bis 8 sowie die Sätze 10 und 11. In der Folge sind auch in den Vereinbarungen zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene gemäß § 11 KHEntG keine Regelungen zu pflegeentlastenden Maßnahmen mehr vorzusehen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Ziel der Maßnahme ist nicht die Einschränkung pflegeentlastender Maßnahmen, sondern eine zielgenauere und überprüfbare Verwendung solidarisch finanzierter Mittel. Vor dem Hintergrund, dass die Zusatzvergütung ab 2025 ohne Nachweispflicht pauschal gewährt wird, ist unklar, ob sie in ihrer aktuellen Ausgestaltung nachweisbar zur Entlastung der Pflegefachpersonen und damit mittelbar zur Verbesserung der Versorgungsqualität beigetragen hat.

Zudem ist spätestens seit der Reintegration von pflegeentlastenden Tätigkeiten, die das sonstige Personal betreffen, in das aDRG-System in 2025 sichergestellt, dass diese Leistungen über die DRG-Erlöse vergütet werden. Daher ist es unwahrscheinlich, dass Krankenhäuser auf die Streichung der Zusatzfinanzierung unmittelbar mit einer Aussetzung laufender, betriebswirtschaftlich weiterhin sinnvoller, pflegeentlastender Maßnahmen reagieren. Es ist außerdem zu betonen, dass die Streichung der Zusatzvergütung die betriebswirtschaftliche Attraktivität pflegeentlastender Maßnahmen nicht grundsätzlich aufhebt. Vielmehr könnten deren Zielgenauigkeit und Effizienz durch den Wegfall der aktuell bedingungslosen Zusatzvergütung sogar gestärkt werden, da ihr Einsatz stärker an ökonomischen und organisatorischen Erfordernissen ausgerichtet würde.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Der Wegfall der Zusatzfinanzierung könnte den derzeit ohnehin bestehenden Anreiz verstärken, dass Pflegefachpersonen Aufgaben, die im Zuge der Umsetzung pflegeentlastender Maßnahmen aus ihrem Zuständigkeitsbereich herausgelöst wurden und sich im aDRG-System befinden, wieder übernehmen müssen. Dies könnte die derzeitige Fehlallokation von Pflegefachpersonen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege 2024), die auch durch das Pflegebudget verursacht wird (siehe Abschnitt 6.6.3), verstärken.

Wird im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vorschlag, wie von der FinanzKommission ebenfalls empfohlen, eine Rückführung der Pflegepersonalkosten in die DRG-Systemlogik vorgenommen,

entstehen noch deutlich positivere Anreize für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Allokation von Pflegefachpersonen und anderen Fachkräften. In der Kombination beider Maßnahmen kann das Risiko negativer Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals minimiert werden, da unter einer pauschalierten Vergütung des Pflegepersonals pflegeentlastende Maßnahmen, insbesondere digitale Lösungen, trotz gestrichener zusätzlicher Vergütung aus betriebswirtschaftlicher Sicht weiterhin sinnvoll bleiben.

6.6.5 Reformempfehlung Nr. 29: Streichung der Prüfquoten

Hintergrund	Seit Einführung des quartalsbezogenen Prüfquotensystems im Jahr 2020 ist keine substanzielle Verbesserung der Abrechnungsqualität festzustellen. Gleichzeitig sind die Ausgaben der GKV für Krankenhausleistungen zusätzlich dadurch gestiegen, dass im Vergleich zur Zeit vor Einführung des Quotensystems niedrigere Erstattungsbeträge realisiert wurden.
Reformempfehlung	Abschaffung des quartalsbezogenen Prüfquotensystem gemäß § 275c SGB V
Finanzwirkung	Ca. 1,4 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Das Recht der gesetzlichen Krankenkassen zur Prüfung von Krankenhausabrechnungen leitet sich aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot ab. Danach müssen Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“ und dürfen „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (§ 12 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Abrechnungsprüfungen stellen vor diesem Hintergrund ein zentrales Instrument dar, um sachlich nicht gerechtfertigte Leistungsabrechnungen sowie systematische Fehlanreize in den Vergütungssystemen (DRG, PEPP) zu begrenzen. Geprüft wird insbesondere die medizinische Notwendigkeit der Leistungen, das Vorliegen von Strukturmerkmalen gemäß § 275d SGB V, die das jeweilige Krankenhaus zur Erbringung von Leistungen berechtigen, sowie die Vollständigkeit und Plausibilität der Falldokumentation. Dabei sind insbesondere jene Angaben relevant, die die Abrechnungsposition bestimmen, zum Beispiel Alter, Geschlecht, Aufnahme- und Entlassdatum, Fachabteilung, Verweildauer sowie aufnahme- und entlassbezogene Merkmale wie Haupt- und Nebendiagnosen, Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)-Leistungen, Beatmungsdauer oder Aufnahmegewicht (Medizinischer Dienst Bund 2024).

Mit dem MDK-Reformgesetz, das zum 1. Januar 2020 in Kraft trat, wurde das Prüfverfahren grundlegend neu ausgestaltet. Insbesondere wurden die Zahl der Einzelfallprüfungen begrenzt, Prüfquoten eingeführt und Sanktionen bei fehlerhaften Abrechnungen gedeckelt. An die Stelle des zuvor unbegrenzten Systems von Einzelfallprüfungen trat ein quotenbasiertes Prüfverfahren, das sich an der Abrechnungsgüte des jeweiligen Krankenhausstandorts im vorangegangenen Abrechnungsquartal orientierte. Ziel dieser Umstellung war unter anderem die Reduktion administrativer Aufwände auf Seiten der Krankenhäuser, der Medizinischen Dienste und der Krankenkassen sowie – durch die Kopplung gestufter Prüfquoten an frühere Prüfergebnisse – die Verbesserung der Abrechnungsqualität.

Gleichzeitig ging damit jedoch eine spürbare Einschränkung der Kontrollmöglichkeiten der Krankenkassen und der Rückforderungsbeträge einher. Nach Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband 2024) ist das Volumen der von Krankenhäusern an Krankenkassen zu erstattenden Beträge infolge der Einführung des quartalsbezogenen Prüfquotensystems deutlich zurückgegangen. Während im Jahr 2019 noch Erstattungsbeträge in Höhe von 2,4 Mrd. € anfielen (GKV-Spitzenverband 2024) – entsprechend 3,0 % der Leistungsausgaben im Krankenhausbereich (KJ1, 2019) – beliefen sich diese im Jahr 2022 lediglich auf 1,2 Mrd. € (GKV-Spitzenverband 2024). Der Anteil der Erstattungsbeträge an den Krankenhausleistungsausgaben sank damit im selben Jahr auf 1,4 % (KJ1, 2022).

Demgegenüber zeigen die im reformierten Prüfverfahren vom GKV-SV erhobenen und veröffentlichten Daten, dass sich die Abrechnungsqualität trotz Einführung des quartalsbezogenen Prüfquotensystems nicht signifikant verbessert hat. So lag die durchschnittliche krankenhausbezogene Quote korrekturbedürftiger Abrechnungen im ersten Quartal des Abrechnungsjahres 2020 bei 43,7 % (GKV-Spitzenverband 2020a). Fast sechs Jahre nach der Umstellung des Prüfsystems lag diese Quote im vierten Quartal 2025 mit 42,7 % nur geringfügig niedriger (GKV-Spitzenverband 2026). Damit ist eines der zentralen Ziele der Reform – die nachhaltige, flächendeckende Verbesserung der Abrechnungsqualität – bislang nicht erreicht worden, während die GKV-Ausgaben für Krankenhausleistungen im selben Zeitraum auch um die geminderten Erstattungsbeträge durch Krankenhäuser gestiegen sind.

Aktuelle Reformansätze – insbesondere die vorgesehene weitere Umstellung auf stichprobenartige Prüfverfahren und die Beschränkung der Prüfrechte der Kassen hinsichtlich der Vorhaltebudgets im Zuge der Einführung der Vorhaltefinanzierung gemäß Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) – könnten die Steuerungswirkung der Abrechnungsprüfung zusätzlich abschwächen.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund einer anhaltenden Ausgabendynamik im Krankenhausbereich und eines dringenden Handlungsbedarfs zur Stärkung finanzwirksamer Wirtschaftlichkeitskontrollen empfiehlt die Kommission, das quartalsbezogene Prüfquotensystem gemäß § 275c SGB V abzuschaffen und Krankenhausabrechnungsprüfungen ohne quotenmäßige Begrenzung wieder zu ermöglichen. Um die administrative Belastung für alle Beteiligten zu reduzieren, soll gleichzeitig der Falldialog zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern gestärkt werden, der den frühzeitigen Datenaustausch ermöglicht und Fallklärungen ohne Einbezug des Medizinischen Dienstes erlaubt (§ 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHG). Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass der Falldialog sich durch hohe Einigungsquoten zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern (2022: 85 %; GKV-Spitzenverband 2024) auszeichnet, sodass sich der Prüfaufwand auf beiden Seiten deutlich reduzieren lässt.

Geschätzte Finanzwirkung

Der infolge der MDK-Reform eingetretene Rückgang des Anteils der Rückzahlungsbeträge an den GKV-Leistungsausgaben im Krankenhausbereich von 3,0 % (2019) auf 1,4 % (2022) wird zur Einschätzung des Bruttoeinsparvolumens der Maßnahme für das Jahr 2027 herangezogen. Dies entspricht einem Rückgang um rund 1,6 Prozentpunkte der GKV-Leistungsausgaben im Krankenhausbereich beziehungsweise einem Volumen von rund 2 Mrd. €.

Vom Bruttoeinsparvolumen sind die mit der Umsetzung der Maßnahme verbundenen Mehraufwände abzuziehen. Für das Jahr 2027 wird dabei eine Verdoppelung des im Jahr 2024 realisierten Prüfumfangs auf zusätzlich 1,3 Mio. Fälle (Medizinischer Dienst Bund 2025) unterstellt. Bei einem Anteil von 48,1 % zugunsten der Krankenhäuser entschiedener Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD, ebd.) und einer Aufwandspauschale gemäß § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V in Höhe von 300 € ergeben sich Mehraufwände für Aufwandspauschalen bei unbeanstandeten Rechnungen von rund 190 Mio. €. Zusätzlich fallen Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sowie Ausgaben für die Gutachtenerstellung beim MD an. Nach den bislang aktuellsten Berechnungen des Bundesrechnungshofs entsprachen die Aufwände in diesen beiden Kostenposten im Jahr 2016 rund 22 % der Rückerstattungsbeträge im GKV-System (Bundesrechnungshof 2019). Übertragen auf das geschätzte Einsparvolumen der Maßnahme ergeben sich daraus weitere Mehraufwände von etwa 430 Mio. €. Insgesamt ist somit von Mehraufwänden von bis zu 620 Mio. € auszugehen.

Demgegenüber hat sich das Prüfgeschehen infolge der fortschreitenden Digitalisierung der Abrechnungs- und Prüfprozesse seit 2019 deutlich verändert. Automatisierte Vorprüfungen und datenbasierte Auffälligkeitsanalysen ermöglichen heute eine zielgerichtetere Auswahl wirtschaftlich relevanter Prüfanlässe und begrenzen damit manuelle Aufwände bei Krankenkassen, MD und Krankenhäusern auch bei einem erhöhten Prüfumfang. In welchem Umfang diese Effizienzgewinne die geschätzten Mehraufwände mindern, ist mangels belastbarer Daten derzeit nicht quantifizierbar.

Bei kurzfristiger Umsetzung der Maßnahme ab dem Jahr 2027 ist daher von Nettoeinsparungen in einer Größenordnung von schätzungsweise 1,3 Mrd. € auszugehen. Die Finanzwirkung ist einschließlich der Rückerstattungen zu verstehen, die im Rahmen des zu stärkenden Falldialogs – von der Kommission ebenfalls empfohlen – zu erwarten sind. Die ausgewiesenen Nettoeinsparungen bilden somit den kombinierten Effekt ab.

Durch die geplante de facto Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang wird der Effekt für 2028 allerdings wesentlich eingeschränkt, sodass sich die Nettoeinsparungen voraussichtlich auf rund 900 Mio. verringern würden. Über das Jahr 2028 hinaus ist davon auszugehen, dass die Maßnahme im Vergleich zur Fortführung des Status quo zu einer nachhaltigen Dämpfung der Leistungsausgaben im Krankenhausbereich um rund 940 Mio. € pro Jahr beitragen würde. Die Kommission spricht sich für eine Rücknahme der Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang (siehe Abschnitt 6.6.11) aus.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Für die Umsetzung der Reformempfehlung ab dem Jahr 2027 bestehen keine wesentlichen rechtlichen, organisatorischen oder abrechnungstechnischen Hürden. Rechtlich ist lediglich die Streichung der §§ 275c Absatz 2 und 4 SGB V erforderlich, die die Modalitäten des quotenbasierten Verfahrens regeln.

Auswirkungen auf die Versorgung

Neben dem erheblichen Einsparpotenzial der Maßnahme sind auch mögliche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität zu berücksichtigen. Abrechnungsprüfungen sind für Krankenhäuser mit einem nicht unerheblichen administrativen Aufwand verbunden und binden personelle Ressourcen, die grundsätzlich auch für die mittelbare Patientenversorgung eingesetzt werden könnten. Da diese Ressourcen jedoch in der Regel nicht unmittelbar der Patientenversorgung zugutekommen und sich die Prüf- und Korrekturlasten infolge der empfohlenen Streichung voraussichtlich stärker auf jene Standorte konzentrieren würden, an denen systematisch fehlerhafte Abrechnungen auftreten, ist nicht von nennenswerten, flächendeckenden Einbußen der Versorgungsqualität auszugehen. Die Reformempfehlung dürfte daher insgesamt weitgehend versorgungsneutral wirken: Mit einem geringeren Beitragsmitteleinsatz ist weiterhin eine gleichwertige Versorgungsqualität zu erwarten.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Solidarisch finanzierte Mittel sollten nur für korrekt abgerechnete und medizinisch notwendige Leistungen eingesetzt werden. Effektive Prüfmechanismen sind daher ein zentraler Bestandteil eines fairen und nachhaltigen Finanzierungssystems.

Bei der Aufhebung der Prüfquoten ist zu berücksichtigen, dass eine gezieltere und ungedeckelte Prüfung insbesondere von Krankenhäusern mit nachweislich niedriger Abrechnungsdisziplin zu höheren administrativen Belastungen und zu größeren Erstattungsvolumina führen dürfte. Die Prüf- und Korrekturlasten werden damit stärker dort konzentriert, wo systematisch fehlerhafte Abrechnungen auftreten, während Häuser mit hoher Abrechnungsqualität durch die Maßnahme nur geringfügig zusätzlich belastet werden. Dabei ist zu bedenken, dass heutzutage Fallprüfungen de facto nur noch als schriftliche Verfahren und nicht mehr als Vor-Ort Begehungen stattfinden. Dadurch werden insgesamt deutlich weniger personelle Ressourcen gebunden als früher in Ortsbegehungen, zu denen mehrere Ärzte und anderes Personal anwesend waren. Der heutige Datenaustausch und die erste Prüfung sind bereits automatisierte Schritte, bei denen deutlich weniger Ressourcen in den Krankenhäusern gebunden werden. Dennoch werden im weiteren Verlauf nach Übermittlung des Prüfbescheids, beispielsweise bei Erörterungsverfahren mit den Krankenkassen im Falle von strittigen Bescheiden, personelle Ressourcen in Krankenhäusern gebunden. Mehr Prüfbescheide könnten entsprechend mehr personelle Ressourcen auch auf Krankenhausseite binden, wenngleich dies deutlich geringer ausfallen wird als vor einigen Jahren.

Der Großteil der Prüfverfahren bezieht sich auf die sekundäre Fehlbelegung, d.h. Abrechnungen werden unter anderem im Zusammenhang mit der unteren Grenzverweildauer vollstationärer Fälle korrigiert. Die Prüfquote limitiert aber gerade die Konzentration auf Fälle mit kurzer Verweildauer, weil die Relativgewichte bei Langliegern höher sind und damit die erwarteten Einsparungen ebenfalls höher liegen. Es ist daher zu erwarten, dass die Aufhebung der Prüfquoten zu einer Zunahme der Prüfungen an der Grenze der unteren Grenzverweildauer führen würde. Dies könnte indirekt einen Anreiz zur Ambulantisierung setzen, indem Krankenhäuser stationäre Leistungen bei entsprechender Indikation zugunsten ambulanter Angebote verlagern.

Darüber hinaus stärkt die Maßnahme die Aussagekraft und Robustheit der erhobenen Abrechnungsdaten. Insbesondere im Zusammenhang mit der Nutzung sekundärer Abrechnungsdaten für Forschungszwecke sowie für das Monitoring von Inanspruchnahme, Morbiditätsentwicklung und Versorgungspfaden ist eine hohe Datenqualität mit korrekten und konsistenten Angaben von zentraler Bedeutung. Die im Zuge der MDK-Reform eingeführten Melde- und Veröffentlichungspflichten zu Kennzahlen der Abrechnungsprüfungen haben zudem zu einer deutlich erhöhten Transparenz des Prüfgeschehens sowie der Verteilungseffekte zwischen Krankenhäusern, Trägern und Regionen beigetragen. Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht, diese Transparenz auch bei Umsetzung der Maßnahme in einem angemessenen Umfang zu erhalten, etwa in Form einer konsolidierten Jahresstatistik.

Schließlich berührt die Maßnahme Fragen der Verteilungsgerechtigkeit im dualen Gesundheitssystem. Während private Krankenversicherer ihre Prüf- und Korrekturmöglichkeiten bei Krankenhausabrechnungen, vor allem im Rahmen des Direktabrechnungsverfahrens, weitgehend uneingeschränkt ausschöpfen können, sind gesetzliche Krankenkassen infolge der gesetzlichen Vorgaben seit der MDK-Reform strukturell darin begrenzt, fehlerhafte Abrechnungen wirtschaftlich zu überprüfen und zu korrigieren. Der hierdurch bedingte Verzicht auf Rückforderungen in einer Größenordnung von durchschnittlich rund 1,6 % der Krankenhausleistungsausgaben führt zu einer systematischen Ungleichbehandlung der gesetzlichen Kostenträger. Die Maßnahme würde insoweit zu einer Wiederherstellung fairer Wettbewerbs- und Finanzierungsbedingungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung beitragen.

6.6.6 Reformempfehlung Nr. 30: Erweiterung der Fallzusammenführung

Hintergrund	Die aktuelle Regelung zur Zusammenführung von Wiederaufnahmen im G-DRG-System entfaltet nur einen begrenzten Wirkungsbereich und ist zugleich mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden, wodurch der Nutzen der Fallzusammenführung stark eingeschränkt bleibt.
Reformempfehlung	Pauschale Fallzusammenführung von Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Ersteinweisung, unabhängig vom Krankenhausstandort sowie von der MDC-Kategorie der zusammenzuführenden Fälle
Finanzwirkung	Ca. 2,1 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

In pauschalierten Vergütungssystemen wie dem G-DRG-System sind Regelungen zur Zusammenführung von Behandlungsfällen erforderlich, um unter anderem Doppelfinanzierungen beziehungsweise Mehrfachabrechnungen zu verhindern und eine sachgerechte Vergütung zusammenhängender Behandlungsepisoden sicherzustellen. Die Ausgestaltung und Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems einschließlich der Abrechnungsbestimmungen obliegt gemäß § 17b Absatz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den Vertragsparteien auf Bundesebene – dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – und erfolgt jährlich im Rahmen der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV).

Die derzeit geltenden Bestimmungen der FPV regeln die Zusammenführung von Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus anhand einer Vielzahl differenzierter Tatbestände. Insgesamt sind derzeit fünf Fallgruppen für eine Fallzusammenlegung normiert: Eine Zusammenführung ist zunächst vorgesehen, wenn es im Rahmen einer Beurlaubung zu einer zwischenzeitlichen Unterbrechung und anschließenden Fortsetzung der Behandlung kommt (§ 1 Absatz 7 FPV) oder wenn sich ein Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer einer DRG erneut im selben Krankenhaus zur Behandlung vorstellt und diese Behandlung derselben Basis-DRG wie der ursprüngliche Behandlungsfall zugeordnet wird (medizinische Wiederaufnahme, § 2 Absatz 1 FPV). Zudem sind die Behandlungsfälle zusammenzuführen, wenn sich ein Patient innerhalb von 30 Tagen erneut im selben Krankenhaus behandeln lässt, nachdem die Erstbehandlung als medizinische oder sonstige Maßnahme abgerechnet wurde und die Folgebehandlung eine operative Maßnahme innerhalb derselben MDC-Kategorie umfasst (Partitionswechsel, § 2 Absatz 2 FPV). Die Fallzusammenlegung umfasst auch die Behandlung vermeidbarer Komplikationen, die innerhalb der oberen Grenzverweildauer im Zusammenhang mit der Erstbehandlung auftreten (§ 2 Absatz 3 FPV).

Schließlich erfassen die Regelungen auch Fälle, in denen ein Patient innerhalb von 30 Tagen nach einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus wieder in das ursprünglich behandelnde Krankenhaus zurückverlegt wird (§ 3 Absatz 3 FPV).

Die bestehende Ausgestaltung ist mit erheblicher Komplexität verbunden, greift jedoch nur in einem sehr engen Anwendungsbereich – unter anderen auf dieselbe Basis-DRG beschränkt. Damit wird auch der Nutzen der Fallzusammenführung stark eingeschränkt und eröffnet erhebliche Spielräume für eine Umgehung der Fallzusammenlegung, etwa durch abweichende Kodierentscheidungen bei Wiederaufnahme. Zudem findet die Fallzusammenführung bislang ausschließlich bei erneuter Aufnahme in dasselbe Krankenhaus Anwendung. Vor diesem Hintergrund zählt dieser Regelungsbereich zu den besonders prüfintensiven Feldern für den Medizinischen Dienst, die Krankenhäuser und die Kostenträger und stellt einen zentralen Ansatzpunkt für eine Weiterentwicklung der Systematik dar.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt, die bestehenden Regelungen zur Fallzusammenführung im aDRG-Bereich zu erweitern und weitestgehend zu pauschalieren, sodass Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach der Ersteinweisung pauschal zusammengeführt werden – unabhängig vom Krankenhausstandort oder der MDC-Kategorie. Auf diese Weise sollen Fehlanreize abgebaut, administrative (Prüf-) Prozesse vereinfacht, Krankenhauspersonal entlastet und Effizienzreserven systematisch erschlossen werden.

Geschätzte Finanzwirkung

Eine der Finanzschätzung vorgezogene Potenzialschätzung zu einer erweiterten Regelung der Fallzusammenführung im aDRG-Bereich wurde im Auftrag der Kommission vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) durchgeführt. Sie ergab, dass im Jahr 2024 1,7 Millionen voll- und teilstationär aufgenommene Patientinnen und Patienten mindestens einen krankenhaus- und MDC-übergreifenden Folgefall im selben Jahr verzeichneten, was 11,6 % der Grundgesamtheit entsprach.

Zur Abschätzung der finanziellen Auswirkungen wurden daraufhin im Auftrag der Kommission vom Wissenschaftlichen Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen (WIdO) detaillierte simulative Szenarioberechnungen auf Basis des Datenjahres 2024 durchgeführt und anschließend auf die GKV-Gemeinschaft hochgerechnet. Hierfür wurden die Wiederaufnahmen in dem jeweiligen Szenario gemeinsam mit der Indexaufnahme anhand des aDRG-Groupers regroupiert.

In einem Vergleichsszenario wird eine Ausweitung der bestehenden Regelungen zur Fallzusammenführung abgebildet, die sämtliche Wiederaufnahmen eines Patienten – Verlegungen ausgenommen – in ein beliebiges Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen, unabhängig von der jeweiligen Indikationsstellung und damit MDC-übergreifend abbildet. Die Simulation zeigt unter diesen Annahmen eine Reduktion der abrechenbaren vollstationären Fallzahl um 7,4 % vgl. zum

Status-Quo-Szenario. Der effektive Casemix geht dabei weniger stark zurück und vermindert sich um 2,8 %. In der Folge reduziert sich das geschätzte Ausgabenvolumen im vollstationären aDRG-Bereich um rund 1,8 Mrd. €.

Im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse wurde zusätzlich untersucht, wie sich alternative Ausgestaltungen der Fallzusammenführungsregelungen auf das Einsparpotenzial auswirken. Dabei zeigte sich, dass eine Beschränkung der Zusammenführung auf Wiederaufnahmen innerhalb derselben MDC-Kategorie das Einsparpotenzial deutlich reduziert. In diesem Szenario ergibt sich ein finanzieller Effekt in Höhe von rund 1 Mrd. €.

Darüber hinaus wurde simuliert, welche Auswirkungen eine Einbeziehung von Verlegungen in die Neuregelung hätte. Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Einsparpotenzial dadurch weiter erhöhen würde: Bei einer MDC-übergreifenden Anwendung läge es bei rund 2,2 Mrd. €, während sich bei einer auf dieselbe MDC-Kategorie beschränkten Anwendung ein Einsparpotenzial von etwa 1,3 Mrd. € ergäbe. Im ersten Fall entsteht das Potenzial durch einen Rückgang der abrechenbaren Fallzahlen um 9,9 % sowie des Casemix um 3,5 %.

Nach Gesprächen mit Experten, unter anderem des Medizinischen Dienstes, stellte sich heraus, dass eine Regelung innerhalb einer MDC zu viele Ausweichstrategien bei der Kodierung befördern würde und so die Gefahr bestünde, dass ein Großteil der Finanzwirkung verloren ginge. Ferner kann der Einschluss von Verlegungsfällen in die Neuregelung die möglichst frühe Verlegung verlegungsbedürftiger Fälle (zum Beispiel sofern kein Herzkatheterlabor in dem verlegenden Krankenhaus existiert) fördern und somit die Versorgung sowie die Überlebenschancen der betroffenen Patienten verbessern. Die Kommission empfiehlt daher eine MDC- und standortübergreifende Anwendung einschließlich der Berücksichtigung von Verlegungen.

Die empfohlene Ausgestaltung entspricht einem geschätzten Finanzeffekt von rund 3,5 % der Ausgaben im vollstationären aDRG-Bereich im Jahr 2024. Bei einer Fortschreibung der vollstationären aDRG-Kosten des Jahres 2024 und unter der Annahme, dass der prozentuale Effekt der Maßnahme unverändert bleibt, entspricht dies im Jahr 2027 einem potenziellen Einsparvolumen von etwa 2,4 Mrd. €.

Der finanzielle Effekt wird allerdings durch einen moderaten Anstieg der Bewertungsrelationen jener DRGs begrenzt, die einen relevanten Anteil zusammengeführter Fälle aufweisen. Die Kosten von Wiederaufnahmen werden im Rahmen der Neukalkulation dem jeweiligen Indexfall und der zugehörigen DRG zugerechnet und über ein lineares Regressionsverfahren auf alle Fälle der betroffenen DRGs verteilt. Da nur ein Teil der Fälle Wiederaufnahmen verursacht, steigen die durchschnittlichen Kosten je betroffener DRG (Relativgewicht) lediglich moderat. Unter der Annahme eines pauschalen Anstiegs der abrechenbaren Casemixpunkte infolge der Neukalkulation um 10 %, reduziert sich die geschätzte Finanzwirkung der Maßnahme im Jahr 2027 auf 2,1 Mrd. €.

Insgesamt bleibt die erweiterte Fallzusammenführung trotz einer moderaten Erhöhung des Casemix weiterhin finanzwirksam, da die dauerhafte Reduktion der Fallzahlen zu Entlastungseffekten führt. Im Zeitraum von 2028 bis 2030 würde die Wirkung der Maßnahme jedoch durch die derzeit geplante Einführung der Vorhaltefinanzierung[20] vorübergehend deutlich begrenzt und – abhängig von der Höhe der Pflegeerlöse und der Fallzahlentwicklung – voraussichtlich auf ein Volumen von bis zu rund 1 Mrd. € jährlich reduziert, da die Maßnahme ihre Wirkung vorrangig über den fallzahlabhängigen Teil der Gesamterlöse entfaltet. Erst nach einer zeitversetzten Anpassung des Fallzahlvolumens in den Vorhaltebudgets wäre die Fallzahlreduktion auch im Rahmen der Vorhaltefinanzierung teilweise finanzwirksam.

Eine weitere Entlastungswirkung würde durch eine Reduktion von Aufwänden für MD-Prüfung bei Fallzusammenführung erfolgen. Da die Regelung sehr klar definiert ist, können keine Umgehungsstrategien gewählt werden. Entsprechend wird administrativer Aufwand erheblich reduziert und damit Personal bei Krankenhäusern und MD entlastet. Die davon ausgehende Finanzwirkung kann jedoch nicht quantifiziert werden.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Umsetzung der empfohlenen Maßnahme kann über eine gesetzliche Vorgabe für die gemäß § 17b Absatz 2 KHG verantwortlichen Vertragsparteien im Rahmen der FPV ab 2027 erfolgen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Regelungen zu Wiederaufnahmen gemäß § 2 FPV neu zu fassen sowie angrenzende Regelungen nach § 1 Absatz 7 FPV (Beurlaubung) und § 3 Absatz 1 FPV (Rückverlegungen) anzupassen.

Es wird empfohlen, die Vergütungsaufteilung zwischen Index- und wiederaufnehmenden Krankenhäusern wie folgt zu regeln: Ist das wiederaufnehmende Krankenhaus nicht zugleich das Indexkrankenhaus, erhält es das volle Relativgewicht der entsprechenden DRG. Das Relativgewicht des Indexkrankenhauses ergibt sich als Differenz zwischen dem Relativgewicht des zusammengeführten und neugruppierten Falles und dem Relativgewicht der entsprechenden DRG des wiederaufnehmenden Krankenhauses, das es auch ohne Fallzusammenführung erhalten hätte. Werden die zusammenzuführenden Fälle im selben Krankenhaus behandelt, erhält das Krankenhaus analog zur derzeitigen Praxis ein Relativgewicht, das sich aus der Zusammenführung und Neugruppierung der Fälle ergibt.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die empfohlene Neuregelung erfasst im Durchschnitt keine Fälle mit überhöhter Sterblichkeit und könnte darüber hinaus bei Verlegungsfällen die Versorgungsqualität verbessern. Szenarienbasierte

[20] Die Vorhaltefinanzierung wird von der Kommission in der derzeit geplanten pauschalen Form kritisch gesehen – Empfehlung erfolgt im zweiten Bericht Ende 2026

Auswertungen des WIdO bestätigen, dass die vorgeschlagene Neuregelung nicht vermehrt Fallkonstellationen mit überdurchschnittlicher Sterblichkeit betrifft. Die Sterblichkeit ist damit in etwa vergleichbar mit der von nicht-zusammengeführten Fällen. Bei Verlegungsfällen wurden leicht mehr Fälle mit verstorbenen Patienten zusammengeführt. Gleichzeitig schafft die vorgeschlagene Neuregelung für das Indexhaus den Anreiz, Fälle, die ohnehin verlegt werden sollen, dann auch möglichst früh zu verlegen. Aktuell besteht der Anreiz, solche Fälle möglichst lange zu behalten. Durch eine schnellere Verlegung könnte die Versorgungsqualität erhöht werden und die Sterblichkeit sinken.

Unter einer standort- und MDC-unabhängigen Wiederaufnahmeregelung wird jedes Indexkrankenhaus bei der initialen Behandlung bemüht sein, das Eintreten einer Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen zu verhindern. Es entsteht daher der Anreiz, Prozesse für gutes Entlassmanagement zu implementieren und die eigene Behandlungspraxis anhand des Qualitätskriteriums der Wiederaufnahme zu reflektieren. Es sind daher, insbesondere für bestimmte Indikationen (unter anderem Herzinfarkt, Pneumonie), positive Wirkungen auf die Versorgungsqualität zu erwarten (siehe auch Centers for Medicare & Medicaid Services).

Zu beobachten wäre, ob Krankenhäuser über Risikoselektion versuchen, eine Erstbehandlung von insbesondere chronisch kranken, komplexen oder multimorbiden Patienten zu vermeiden. In diesem Fall wäre eine gezielte Nachsteuerung erforderlich, um eine Benachteiligung besonders vulnerabler Patientengruppen auszuschließen. Die Simulationsrechnung zeigt jedoch, dass Krankenhäuser mit besonders komplexem Fallspektrum – insbesondere Universitätskliniken – im Vergleich zum Status-Quo von der Neuregelung tendenziell sogar leicht profitieren würden.

Da die 30-Tage-Pauschalregelung einen deutlich erkennbaren Schwellenwert beinhaltet, sollte bei Umsetzung der Neuregelung geprüft werden, ob unmittelbar nach Ablauf der Frist, etwa nach 31 oder 32 Tagen, vermehrt Wiederaufnahmen auftreten und gegebenenfalls nachgesteuert werden muss.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Neuregelung führt zu differenzierten Verteilungswirkungen zwischen Index- und wiederaufnehmenden Krankenhäusern. Indexkrankenhäuser tragen primär das finanzielle Risiko im Falle einer Wiederaufnahme innerhalb des definierten Zeitraums, während wiederaufnehmende Krankenhäuser durch die vorgeschlagene Ausgestaltung keinem erhöhten Finanzrisiko ausgesetzt sind. Damit werden finanzielle Belastungen systematisch beim Indexfall verortet, was die intendierten Anreize zur fallabschließenden Behandlung verstärkt, zugleich jedoch zu unterschiedlichen Belastungen zwischen Krankenhäusern führen kann. Insgesamt zeigt sich in den Simulationen, dass die Belastungen über die Trägerformen relativ gleichverteilt wären.

Letztlich trägt die Regelung auch zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben der privaten Krankenversicherer bei, da das grundlegende Vergütungssystem im vollstationären Bereich für GKV und PKV einheitlich ausgestaltet ist.

6.6.7 Reformempfehlung Nr. 31: Maßnahmenpaket zum Umgang mit NUBs im Krankenhaus

Hintergrund	Für NUBs mit erkennbarem Potenzial als Behandlungsalternative können NUBs derzeit von jedem Krankenhaus erbracht werden, sodass noch nicht hinreichend erprobte Methoden zum Teil ohne erforderliche Expertise oder Infrastruktur angewendet werden können, während die NUB-Zusatzentgelte zugleich sowohl die Behandlung als auch die Evidenzgenerierung zulasten der GKV finanzieren. Die Kosten der Finanzierung der Evidenzgenerierung trägt faktisch immer die GKV. Über das Potential kann letztlich jede Krankenkasse alleine entscheiden, solange der G-BA noch keine Entscheidung getroffen hat
Reformempfehlung	Konzentration der Leistungserbringung von NUBs ausschließlich auf Innovationszentren im Rahmen klinischer Studien; Finanzierung der Studien- und Erprobungskosten durch die Hersteller/Unternehmer gemäß § 137e Absatz 7 SGB V; Entscheidung über das Potenzial der NUB ausschließlich durch den G-BA
Finanzwirkung	Ca. 50 Mio. € in 2027
Kategorie	A*

Hintergrund/Handlungsbedarf

Der Zugang neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich basiert anders als in der vertragsärztlichen Versorgung, wo ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt gilt, auf der sogenannten „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“: Neue Methoden können grundsätzlich ohne Empfehlung durch den G-BA zunächst angewendet und vergütet werden, solange der G-BA sie nicht ausdrücklich aus dem Leistungskatalog des SGB V ausgeschlossen hat. Maßgeblich ist die Methodenbewertung durch den G-BA nach § 137c Absatz 1 SGB V. Der G-BA überprüft - nur auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1 SGB V, des GKV-SV, der DKG oder eines anderen Bundesverbandes der Krankenhausträger – Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt diese Überprüfung, dass der Nutzen einer Methode nicht hinreichend belegt ist und sie nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam ist, schließt der G-BA sie durch eine entsprechende Richtlinie aus. Ergibt die Überprüfung jedoch, dass der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt ist, sie aber das Potential einer erforderlichen

Behandlungsalternative bietet, beschließt der G-BA eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e SGB V, um zusätzliche Evidenz für eine abschließende Nutzenbewertung zu generieren.

Flankierend sieht § 6 Absatz 2 KHEntgG für neue Methoden, die im DRG-System noch nicht sachgerecht vergütet werden können und nicht vom G-BA ausgeschlossen sind, die Vereinbarung zeitlich befristeter, fallbezogener NUB-Entgelte vor. Voraussetzung hierfür ist eine vorherige Information des InEK, ob eine Abbildung über bestehende Fallpauschalen oder Zusatzentgelte möglich ist. Die vereinbarten Entgelte sind zu kalkulieren und an das InEK zu melden.

Vor diesem rechtlichen Hintergrund ergeben sich strukturelle Herausforderungen im Kontext der Erbringung von NUBs. Zum einen können die sogenannte Potenzialleistungen (§ 137c Absatz 1 Satz 3 SGB V) – sofern ein Potenzial anerkannt und eine NUB-Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 KHEntgG getroffen wird – grundsätzlich von jedem Krankenhaus erbracht werden. Damit besteht die Möglichkeit, dass innovative, noch nicht hinreichend erprobte und somit nicht evidenzgesicherte Leistungen zulasten der GKV erbracht werden, ohne dass die erbringenden Krankenhäuser zwingend über die hierfür erforderliche Expertise, Fallzahl oder Infrastruktur verfügen. Eine qualitätsgerechte Versorgung ist damit nicht durchgehend sichergestellt.

Zum zweiten trägt die GKV im Rahmen der bei Vorliegen des Potentials vom G-BA durchzuführenden Erprobungsstudie nicht nur die Kosten der medizinischen Leistung selbst, sondern sie finanziert zugleich die Evidenzgenerierung im Rahmen der Erprobung. Gemäß § 137e Absatz 6 SGB V trägt der G-BA und damit letztlich die GKV die Kosten der von ihm nach § 137e Absatz 5 SGB V rahmenvertraglich veranlassten oder eigenständig beauftragten wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung. Mit diesem Konzept weicht der Gesetzgeber von dem in § 2 Absatz 1 SGB V enthaltenen Grundsatz ab, dass alle Leistungen der GKV dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen müssen; Potential und Erprobung sollen die ebenfalls in § 2 Absatz 1 SGB V geforderte Innovationsoffenheit der GKV sicherstellen. Die GKV übernimmt die Kosten auch dann, wenn kein Beratungsverfahren nach § 137c SGB V durchgeführt wird. Dies gilt, wenn der Hersteller eines Medizinprodukts oder ein Unternehmen, das ein wirtschaftliches Interesse an einer neuen Methode hat, beim G-BA gemäß § 137e Absatz 7 SGB V eine Erprobung beantragt. Hier kommen Mittel der GKV in erheblichem Umfang privaten Herstellern/Unternehmern zugute. Die jährlichen Ausgaben für NUBs werden auf rund 70 Mio. Euro geschätzt (GKV-Spitzenverband 2025d).

Zum dritten kann nach aktuell geltendem Recht jede Krankenkasse bereits vor einer Entscheidung des G-BA über das Vorliegen des Potenzials entscheiden, das Voraussetzung für die Leistungserbringung und den Abschluss einer NUB-Vereinbarung ist (§ 137c Absatz 3 SGB V). Dies ist aufgrund fehlender Kompetenzen nicht sachgerecht. Ob eine NUB ein Potenzial hat, sollte ausschließlich vom G-BA entschieden werden – mit verbindlicher Wirkung für alle Krankenkassen.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt vor diesem Hintergrund folgende drei Reformschritte:

1. Die Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erfolgt ausschließlich in ausgewählten Innovationszentren, die zugleich die klinischen Studien durchführen.
2. Die GKV trägt bei Vorliegen des Potentials nach § 137c SGB V die Kosten der medizinischen Behandlung und die Kosten der Studien und der Evidenzgenerierung. Wenn allerdings unabhängig von einem Beratungsverfahren nach § 137c SGB V Hersteller von Medizinprodukten oder andere Unternehmen mit wirtschaftlichem Interesse beim G-BA nach § 137e Absatz 7 SGB V beantragen, dass eine Richtlinie zur Erprobung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode beschlossen wird, müssen sie die Kosten für die Evidenzgenerierung vollständig selbst tragen.
3. Das Entscheidungsmonopol über das Vorliegen eines Potenzials der Methode sollte beim G-BA liegen. Dieser sollte auf Antrag einer der in § 137c Absatz 1 SGB V genannten Antragsteller innerhalb von drei Monaten über das Potential entscheiden. Ohne diese Entscheidung darf die Leistung nicht erbracht und es dürfen keine NUB-Vereinbarungen geschlossen werden.

Geschätzte Finanzwirkung

Die Finanzwirkung wird auf rund 50 Mio. € jährlich ab 2027 geschätzt. Grundlage ist die Annahme, dass nach Umsetzung der Reformempfehlung etwa zwei Drittel der bisherigen NUB-Ausgaben (ca. 70 Mio. € jährlich) entfallen würden.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Umsetzbarkeit der Reformempfehlung kann ab 2027 sichergestellt werden. Die rechtliche Umsetzung erfordert Anpassungen der Regelungen in §§ 137c und 137e SGB V sowie § 6 KHEntgG.

Auswirkungen auf die Versorgung

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Qualität der Leistungserbringung durch die Konzentration der NUB-Erbringung auf Innovationszentren – hierbei wird es sich zumeist um Universitätsklinika handeln – deutlich verbessert werden kann, da innovative Methoden dort nur in Einrichtungen mit ausreichender Expertise und Infrastruktur angewendet werden. Soweit neue Verfahren im Rahmen strukturierter Studien oder Register untersucht werden, kann eine solche Zentrenbildung zudem zu einer systematischeren Evidenzgenerierung beitragen. Gleichzeitig könnten negative Effekte auftreten, wenn potenzielle Fälle in den vorhandenen Innovationszentren nicht behandelt werden können, und die Konzentration auf wenige Zentren könnte innovationshemmend wirken, da weniger Krankenhäuser die Möglichkeit zur Erprobung neuer Methoden haben. Selbst unter der aktuellen Rechtslage besteht nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts außerhalb von Erprobungsstudien kein individueller Leistungsanspruch der Versicherten, es sei denn, es handelt sich

um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung oder um eine zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung. Unter dem Strich ist mit einer Verbesserung der Versorgungsqualität zu rechnen, da die positiven Effekte der Qualitätssteigerung voraussichtlich die möglichen Einschränkungen überwiegen werden.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Reformempfehlung betrifft insbesondere neue medizinische Verfahren und Medizinprodukte, bei denen Evidenz häufig erst im Versorgungssystem generiert wird. Sie reiht sich in andere von der Kommission empfohlene Maßnahmen ein, die darauf abzielen, die Finanzierung von Leistungen ohne nachweisbaren Nutzen zu unterbinden und Hersteller oder andere wirtschaftlich interessierte Anbieter stärker an den Kosten bei der Nutzenbewertung zu beteiligen (siehe beispielsweise Abschnitte 6.3.6 und 6.3.19). Das gilt vor allem auch für die vergleichbare Rechtslage mit Blick auf die Erprobungskosten in der vertragsärztlichen Versorgung (siehe Abschnitt 6.3.12). Damit wird ein Ausgleich zwischen der mit Blick auf die Innovationsoffenheit des SGB V notwendigen Evidenzgenerierung und der Vermeidung des Einsatzes von Mitteln der GKV zugunsten einzelner Hersteller beziehungsweise Unternehmen vermieden. Die Finanzierung der Evidenzgenerierung wird mit der Umsetzung der Reformempfehlung stärker dem Verursacherprinzip folgen, was für Hersteller und andere Unternehmer mit wirtschaftlichem Interesse zusätzliche finanzielle Verpflichtungen bedeutet, gleichzeitig aber die Studien stärker auf Produkte und Methoden mit realistischem Versorgungspotenzial ausrichten und langfristig zu einer effizienteren Ressourcennutzung beitragen könnte.

6.6.8 Reformempfehlung Nr. 32: Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen

Hintergrund	Das derzeitige Zweitmeinungsverfahren für planbare Eingriffe ist nicht obligatorisch ausgestaltet und lässt daher ein erhebliches Potenzial zur Vermeidung medizinisch nicht zwingend erforderlicher Operationen und zur Reduzierung von Krankenhausausgaben ungenutzt.
Reformempfehlung	Beauftragung des G-BA zur schrittweisen Einführung verbindlicher Zweitmeinungsverfahren für mengenanfällige Eingriffe
Finanzwirkung	Ca. 0,15 Mrd. € in 2027
Kategorie	A*

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) des G-BA konkretisiert den Anspruch gesetzlich Versicherter auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung vor bestimmten planbaren Eingriffen gemäß § 27b SGB V. Die Richtlinie gilt derzeit für eine Reihe planbarer operativer oder interventioneller Eingriffe, bei denen aus Sicht des G-BA ein erhöhtes Risiko für medizinisch nicht zwingend notwendige Maßnahmen besteht. Dazu zählen unter anderem Mandeloperationen (Tonsillektomie beziehungsweise Tonsillotomie), Gebärmutterentfernungen (Hysterektomie), Eingriffe an der Wirbelsäule, das Einsetzen von Knie- oder Hüftendoprothesen, Eingriffe an der Halsschlagader sowie Operationen an Aortenaneurysmen. Darüber hinaus umfasst die Richtlinie unter anderem Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom, Schulterarthroskopien, Gallenblasenentfernungen, die Implantation von Herzschrittmachern oder Defibrillatoren sowie bestimmte kardiologische Katheterverfahren. In jüngerer Zeit wurden auch Eingriffe bei lokal begrenztem, nicht metastasiertem Prostatakarzinom in das Zweitmeinungsverfahren aufgenommen. Die Liste der Eingriffe wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss fortlaufend erweitert.

Die Zm-RL regelt darüber hinaus die Voraussetzungen, unter denen eine Zweitmeinung eingeholt werden kann und definiert die Anforderungen an Ärzte, die eine Zweitmeinung abgeben dürfen. Ziel ist es, Patienten vor planbaren Eingriffen eine fundierte Entscheidungsgrundlage zu bieten und unnötige oder medizinisch nicht zwingend erforderliche Operationen zu vermeiden.

Die empirische Evidenz zu den Wirkungen bestehender Zweitmeinungsverfahren in Deutschland ist bislang begrenzt; häufig haben Patienten das bestehende Angebot zur Einholung einer Zweitmeinung nicht wahrgenommen. Ein wesentlicher Grund hierfür dürfte sein, dass das Zweitmeinungsverfahren nach der Zm-RL nicht obligatorisch ausgestaltet ist. Wenngleich der indikationsstellende Arzt den Patienten gemäß Zm-RL verpflichtend über das Recht auf eine Zweitmeinung aufklären muss, hängt

die Leistungsinanspruchnahme stark von der individuellen Initiative der Versicherten oder deren Krankenkasse ab. Erfahrungen einzelner Krankenkassen deuten auf ein erhebliches Potenzial zur Vermeidung nicht zwingend erforderlicher Operationen hin. So gibt die Techniker Krankenkasse (TK) in einer Pressemitteilung von Januar 2025 an, dass bei 85 % der TK-Versicherten mit Empfehlung zu einem selektiven Kniegelenk-Ersatz, denen eine Zweitmeinung vermittelt wurde, im Jahr nach Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren keine Operation durchgeführt wurde (Techniker Krankenkasse 2025). Beobachtete Unterschiede bei der Häufigkeit bestimmter Eingriffe nach Einholung einer Zweitmeinung lassen sich jedoch möglicherweise nicht ausschließlich auf eine verbesserte Indikationsqualität zurückführen. Vielmehr können auch Selektionsmechanismen eine Rolle spielen, etwa wenn vor allem Patienten mit bereits bestehenden Zweifeln an der empfohlenen Behandlung eine Zweitmeinung einholen. In welchem Umfang solche Effekte auftreten, bedarf weiterer wissenschaftlicher Untersuchung.

Im Rahmen eingehender Analysen auf Basis international verfügbarer Daten wurden für ausgewählte, in der Zm-RL erfasste Eingriffe die Operationsraten je 100.000 Einwohner im internationalen Vergleich betrachtet (OECD 2023). Für die Eingriffe Tonsillektomie und Tonsillotomie, Cholezystektomie sowie Hüft- und Kniegelenkersatz zeigt sich, dass Deutschland im Vergleich zu 14 weiteren, in etwa vergleichbaren Gesundheitssystemen in Europa und der OECD ein erhöhtes Versorgungsniveau aufweist. Mit Ausnahme der Tonsillektomie gehört Deutschland bei den übrigen Eingriffen zu den Spitzenreitern und belegt im internationalen Vergleich Rang eins oder zwei. Gleichzeitig ergeben sich deutliche Abstände der deutschen Operationsraten zum Median der Vergleichsländer: Für die Cholezystektomie entspricht der Abstand rund 31 % der deutschen Rate, beim Hüftgelenkersatz etwa 22 % und beim Kniegelenkersatz etwa 36 %. Diese Abstände deuten – sofern sie als Ausdruck einer Überversorgung gewertet werden – auf ein erhebliches Potenzial zur Reduktion nicht zwingend erforderlicher Eingriffe hin.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund steigender Krankenhausausgaben für planbare Eingriffe und einer zu vermutenden Überversorgung empfiehlt die Kommission, den G-BA zu beauftragen, jährlich für bis zu zwei mengenanfälligen Eingriffen obligatorische Zweitmeinungsverfahren zu definieren. Ein erstes verbindliches Zweitmeinungsverfahren soll zum 01.07.2026 eingeführt werden. Der indikationsstellende Arzt wird im Rahmen des obligatorischen Verfahrens weiterhin verpflichtet, Patienten aktiv auf das Zweitmeinungsverfahren hinzuweisen; eine zusätzliche Vergütung hierfür ist nicht vorgesehen. Der Patient muss sich darüber hinaus vor einem Eingriff eine Zweitmeinung einholen. Die Dokumentation der Zweitmeinung dient als Voraussetzung für die Abrechnung. Das heißt, Eingriffe, für die das obligatorische Zweitmeinungsverfahren verpflichtend eingeführt wurde, werden von der GKV nur nach Nachweis des durchlaufenen Zweitmeinungsverfahrens übernommen. Grundsätzlich entscheidet weiterhin der Patient über den Eingriff, auch wenn im Zweitmeinungsverfahren unterschiedliche Meinungen abgegeben werden.

Aufgrund fehlender Evidenz zu den Effekten eines obligatorischen Zweitmeinungsverfahrens in Deutschland empfiehlt die Kommission, dieses zunächst auf die Implantation von Knieendoprothesen zu beschränken und anschließend sorgfältig zu evaluieren. Bei positiven Evaluationsergebnissen sollte das Verfahren auf weitere Prozeduren ausgeweitet werden.

Geschätzte Finanzwirkung

Die Finanzwirkung für das Jahr 2027 wird in Anlehnung an die Reformempfehlung zunächst für den Indikationsbereich der Knieendoprothese und aufgrund der erwarteten Umsetzbarkeit (ab 01.07.2027) nur für das zweite Halbjahr geschätzt. Ausgangspunkt sind Fallzahlen mehrerer relevanten DRGs, darunter I44C, I44D und I44A, in Verbindung mit relevanten OPS-Codes wie 5-822.0, 5-822.9 und 5-882 sowie der ICD[21]-Diagnose M17 auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG für das Jahr 2024. Diese Daten umfassen auch PKV und Selbstzahler und führen zu einer Identifikation von insgesamt 229.834 relevanten Fällen in diesem Indikationsbereich. Die Fälle weisen einen Casemix-Index der Normallieger – also ohne Zu- und Abschläge für die Unter- oder Überschreitung der Grenzverweildauer – von 1,6 auf und damit eine überdurchschnittliche Komplexität.

Unter der Annahme, dass infolge der Reformempfehlung 20 %[22] der Eingriffe nicht durchgeführt würden, ergibt sich auf Basis eines für 2027 fortgeschriebenen Bundesbasisfallwertes eine Brutto-Finanzwirkung von rund 360 Mio. €. Die Annahme entspricht dem unteren Ende der Median-Abstände von 22–36 %, die im Abschnitt ‚Hintergrund' für die betrachteten Eingriffe auf Basis des internationalen Vergleichs ermittelt wurden, und ist damit eher konservativ. Von den 360 Mio. € werden pauschal 10 % als auf privatversicherte Patienten und Selbstzahler entfallend abgezogen. Zusätzlich wird die Vergütung für die Tätigkeit der zweitmeinenden Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen eines Zweitmeinungsverfahrens berücksichtigt. Für die Zusatzvergütung der zweitmeinenden Ärzte wird eine zur Vergütung der indikationsstellenden Ärzte analoge Pauschale (GOP 01645; 9,6 €) sowie durchschnittliche fachärztliche Honorare je Fall (Q2 2024) in Höhe von 84,4 € angenommen.

Sowohl für die fachärztliche Vergütung als auch für die stationäre Vergütung wird vereinfachend eine Auszahlungsquote von 100 % unterstellt, das heißt in der Berechnung erfolgt weder eine Abstaffelung der ärztlichen Vergütung im Rahmen der MGV noch ein Fixkostendegressionsabschlag für Implantationen von Knieendoprothesen. Es ergibt sich eine Netto-Finanzwirkung von rund 300 Mio. €. Da eine Umsetzung der Maßnahme im Jahr 2027 erst ab dem 1. Juli realistisch erscheint,

---

[21] Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification

[22] Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt (Bundesbasisfallwert) ist geschätzt 47-mal so teuer wie ein Zweitmeinungsverfahren, einschließlich Pauschale und fachärztlichem Honorar pro Fall. Unter der Annahme, dass potenzielle Effekte auf nicht-operative Behandlungselemente unberücksichtigt bleiben, führt ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren zu Einsparungen, sobald 0,8 % der Patienten aufgrund des Zweitmeinungsverfahrens von einem Eingriff absehen.

wird für dieses Jahr ein halbiertes Einsparvolumen von rund 150 Mio. € erwartet. Ab dem Jahr 2028 realisiert sich das volle jährliche Einsparpotenzial, das mit der voraussichtlichen Entwicklung des Bundesbasisfallwertes fortzuschreiben ist und bis 2030 auf rund 340 Mio. € anwachsen könnte.

Zur Abschätzung der Finanzwirkung einer schrittweisen Ausweitung der Reformempfehlung auf weitere, bereits in der Zm-RL erfasste Eingriffe wurden nach einem analogen Vorgehen zusätzliche Einsparpotenziale für Mandeloperationen, Hysterektomien, arthroskopische Schulteroperationen, Wirbelsäuleneingriffe, Cholezystektomien sowie Hüftendoprothesen modelliert. Unter Berücksichtigung dieser Eingriffe würde sich das jährliche Einsparpotenzial der Reformempfehlung im Jahr 2030 auf schätzungsweise rund 1,2 Mrd. € erhöhen. Damit sind insgesamt mehr als die Hälfte der in der Zm-RL aktuell definierten Eingriffe berücksichtigt (7 von 13), die bis 2030 realistisch in das obligatorische Zweitmeinungsverfahren aufgenommen werden könnten. Würden auch die verbleibenden, in der Zm-RL bereits erfassten Eingriffe sowie weitere Eingriffe im Falle einer Aufnahme in die Zm-RL durch den G-BA berücksichtigt, wird sich die Finanzwirkung weiter erhöhen.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Aufgrund der mit dem Vorschlag verbundenen Unsicherheiten – insbesondere hinsichtlich der Unabhängigkeit der Zweitmeinenden, teilweise fehlender evidenzbasierter Kriterien zur Indikationsstellung bei mengensensiblen Eingriffen, der Gefahr redundanter Diagnostik sowie der insgesamt in Deutschland noch begrenzten Evidenzlage – empfiehlt die Kommission, eine schrittweise Einführung obligatorischer Zweitmeinungsverfahren. In einem ersten Schritt soll ein verbindliches Verfahren für die Implantation von Knieendoprothesen eingeführt werden. Das Verfahren sollte systematisch evaluiert und bei positiven Evaluationsergebnissen schrittweise auf weitere Prozeduren ausgeweitet werden.

Das verbindliche Zweitmeinungsverfahren für diesen ersten Eingriff soll zum 01.07.2026 eingeführt werden. Bei der Ausgestaltung sind verschiedene praktische und inhaltliche Herausforderungen zu berücksichtigen. Eine zentrale Voraussetzung für die Wirksamkeit des Verfahrens besteht darin, dass die Zweitmeiner auf die bereits erhobenen diagnostischen Befunde und Unterlagen der Erstbehandlung zugreifen können.

Ein weiterer Aspekt betrifft die organisatorische und wirtschaftliche Unabhängigkeit der Zweitmeinenden. In der Praxis bestehen teilweise Kooperationen oder organisatorische Verflechtungen zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Für die Glaubwürdigkeit und Akzeptanz des Verfahrens ist daher eine möglichst klare Trennung zwischen Erst- und Zweitbeurteilung von Bedeutung.

Zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte müssen die vom G-BA festgelegten Anforderungen an die besondere, eingriffsspezifische Qualifikation erfüllen. Zudem dürfen keine Interessenkonflikte vorliegen, die einer Unabhängigkeit der Zweitmeinung entgegenstehen. Entsprechend qualifizierte

Ärztinnen und Ärzte können bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung eine Genehmigung beantragen, Zweitmeinungsleistungen abrechnen zu dürfen[23]. Bereits jetzt können interessierte Patientinnen und Patienten über Online-Zweitmeinungsportale[24] Ärztinnen und Ärzte mit einer Genehmigung für eine zweite Meinung aufsuchen.

Bei einer späteren Ausweitung des empfohlenen Verfahrens auf weitere Eingriffe dürfte zudem die Gewinnung zusätzlicher, wirtschaftlich unabhängiger Zweitmeinender erforderlich sein; dies ist vom G-BA bei der Umsetzung zu berücksichtigen.

Die Dokumentation der Zweitmeinung kann in Form eines Konsils oder Arztbriefs erfolgen. Sie sollte – auch als Voraussetzung für die Abrechnung – vor Durchführung des jeweiligen Eingriffs vorliegen und kann im Rahmen von Stichproben überprüft werden.

Eine systematische Evaluation wird, auch mit Blick auf eine mögliche Nachsteuerung des Verfahrens, ausdrücklich empfohlen. Ergänzend sollte der G-BA einen Kriterienkatalog entwickeln, der die Überprüfbarkeit der Indikationsstellung ermöglicht (etwa wie in Leitlinien verwendeten Checklisten zur Indikationsstellung, beispielsweise in der S3-Leitlinie zur Hüft-TEP bei Coxarthrose: Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. 2021).

Auswirkungen auf die Versorgung

Ein obligatorisches Zweitmeinungsverfahren vor ausgewählten elektiven Eingriffen kann einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität leisten. Für Versicherte entsteht durch die Konsultation einer weiteren ärztlichen Einschätzung zwar ein zusätzlicher organisatorischer Aufwand sowie eine gewisse zeitliche Verzögerung bis zur Durchführung des Eingriffs. Da es sich bei den betroffenen Maßnahmen in der Regel um planbare Eingriffe bei chronischen Erkrankungen handelt, ist eine begrenzte Verzögerung aus medizinischer Sicht in der Regel vertretbar.

Der zentrale Nutzen eines Zweitmeinungsverfahrens für die Versicherten liegt in der unabhängigen Überprüfung der Indikationsstellung. Durch eine obligatorische zusätzliche fachliche Einschätzung können diagnostische Unsicherheiten reduziert und therapeutische Entscheidungen fundierter getroffen werden. Auf diese Weise lassen sich potenziell unnötige oder nicht ausreichend wirksame Behandlungen vermeiden und damit sowohl Risiken für Patienten als auch mögliche Komplikationen, Folgeeingriffe und Mehrausgaben verringern. Insgesamt kann dies zu einer besseren Indikationsqualität der Versorgung beitragen.

Die Entfaltung des vollen Effekts setzt jedoch voraus, dass das Verfahren so ausgestaltet ist, dass Zweitmeinende auf die bereits erhobenen diagnostischen Befunde und Unterlagen der

---

[23] 2024 waren für die Indikation "Implantation einer Knieendoprothese" bereits 551 Ärztinnen und Ärzte registriert (Gemeinsamer Bundesausschuss 2026e).

[24] Beispielsweise über den Portal: https://www.116117.de/de/zweitmeinung.php (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2026a).

Ersteinschätzung nahtlos zugreifen können. Andernfalls besteht die Gefahr redundanter diagnostischer Maßnahmen, die zusätzlichen Aufwand verursachen und die Versorgung ineffizienter gestalten können. Zugleich ist zu berücksichtigen, dass ein obligatorisches Zweitmeinungsverfahren tendenziell mit sinkender Effizienz des Versorgungsprozesses einhergehen könnte. Neben dem organisatorischen und zeitlichen Aufwand für Versicherte entstehen auch zusätzliche Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung sowie ein erhöhter Koordinationsbedarf im Versorgungsprozess. Dennoch sollte mit der schrittweisen Umsetzung der Maßnahme so schnell wie möglich begonnen werden.

Trotz steigender organisatorischer Aufwände kann die Verpflichtung zur Einholung einer Zweitmeinung über peer-pressure weitere prophylaktische Wirkung entfalten. Wenn Erstmeinende wissen, dass ihre Indikationsstellung überprüft wird, kann dies bereits bei der Erstbewertung zu einer sorgfältigeren Abwägung führen. Die Entscheidung, ob der Eingriff vorgenommen wird, sollte weiterhin beim Versicherten liegen.

In der Gesamtbetrachtung können Zweitmeinungsverfahren dazu beitragen, medizinisch nicht zwingend erforderliche Eingriffe zu vermeiden, die Entscheidungsgrundlage der Patientinnen und Patienten zu verbessern und unnötige Risiken zu reduzieren.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Verteilungs- und Belastungswirkungen der Maßnahme unterscheiden sich je nach betroffenem Eingriff erheblich. Die betrachteten Prozeduren weisen deutliche Unterschiede hinsichtlich ihrer realisierten Fallzahlen, ihres Casemix sowie der damit verbundenen Erlöse auf. Unter den bislang modellierten sieben Eingriffen, die sich für eine erste Implementierungsphase des empfohlenen Zweitmeinungsverfahrens eignen könnten, entfällt auf Eingriffe an der Wirbelsäule die größte Fallzahl. Gleichzeitig weisen diese Eingriffe im Durchschnitt nur einen moderat erhöhten Casemix der Normallieger auf. Demgegenüber sind Implantationen von Knieendoprothesen sowie Hüftgelenkersatzoperationen durch geringere Fallzahlen gekennzeichnet, gehen jedoch mit einem höheren durchschnittlichen Schweregrad und entsprechend höheren Erlösen pro Fall einher. Insgesamt ergeben sich für diese drei Eingriffsgruppen die größten potenziellen Einsparwirkungen.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass nicht für alle betrachteten Eingriffe eine pauschale Reduktion der Fallzahlen in gleicher Höhe angenommen werden kann. Die tatsächlichen Effekte hängen wesentlich von den jeweils realisierten Reduktionsraten, den Ausgangsfallzahlen, dem durchschnittlichen Schweregrad der Fälle sowie den damit verbundenen Erlösen je Fall ab. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass sich die Belastungswirkungen zwischen den verschiedenen mengensensiblen Eingriffen unterschiedlich verteilen werden.

Auch in der vertragsärztlichen Versorgung entstehen zusätzliche Aufwände, da für die Durchführung der Zweitmeinungen zusätzliche ärztliche Leistungen erforderlich werden. Die Belastung der betroffenen Facharztgruppen hängt dabei in erster Linie von der Anzahl der durchzuführenden Zweitmeinungsverfahren ab. Entsprechend ist insbesondere bei denjenigen Facharztgruppen mit

erhöhtem Aufwand zu rechnen, die regelmäßig an der Indikationsstellung der betroffenen Eingriffe beteiligt sind, etwa in der Orthopädie, Unfall- und Neurochirurgie.

Für stationäre Einrichtungen ist hingegen damit zu rechnen, dass der Wegfall potenziell vermeidbarer Eingriffe in mengensensiblen Bereichen zu sinkenden Fallzahlen und entsprechenden Erlösrückgängen führen kann. Gleichzeitig kann nicht ausgeschlossen werden, dass es zu Substitutionseffekten kommt. In solchen Fällen könnten vermiedene oder reduzierte Eingriffe teilweise durch andere, ebenfalls mengenanfällige Prozeduren ersetzt werden. Das tatsächliche Ausmaß solcher Anpassungsreaktionen lässt sich im Vorfeld jedoch nur begrenzt abschätzen.

6.6.9 Reformempfehlung Nr. 33: Automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes

Hintergrund	Der Aufwand für eine Erweiterung des MD-Prüfauftrags im Rahmen des schriftlichen Prüfverfahrens ist in der aktuellen Ausgestaltung unverhältnismäßig hoch und führt dazu, dass der Solidargemeinschaft potenzielle Rückzahlungen entgehen.
Reformempfehlung	Automatische Erweiterung des MD-Prüfauftrags auf alle abrechnungsrelevanten Sachverhalte eines Prüffalles
Finanzwirkung	Ca. 0,46 Mrd. € in 2027
Kategorie	A*

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die DKG und der GKV-SV treffen auf Grundlage von § 17c Absatz 2 Satz 4 KHG gemeinsame Umsetzungshinweise zur Ausgestaltung des Prüfverfahrens nach § 275c Absatz 1 SGB V. Diese Hinweise sind integraler Bestandteil der geltenden Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV). Die PrüfvV regelt unter anderem, welche Unterlagen die Abrechnung begründen, unter welchen Voraussetzungen und zu welchen konkreten Prüfgegenständen ein Prüfverfahren eingeleitet werden kann, wie der Falldialog ausgestaltet ist und in welchen Fällen der MD einzuschalten ist.

Im Rahmen der Verfahrenseinleitung ist die Krankenkasse grundsätzlich verpflichtet, die sich aus den Auffälligkeitsprüfungen ergebenden Prüfgegenstände möglichst präzise zu benennen und dem betroffenen Krankenhaus mitzuteilen. Mit der Beauftragung ist der MD grundsätzlich nicht strikt auf den im eingeleiteten Prüfverfahren benannten Prüfgegenstand beschränkt. So kann eine Krankenkasse etwa eine Kodierprüfung veranlassen. In einem solchen Fall bezieht sich der Prüfauftrag der Krankenkasse zunächst ausschließlich auf die Überprüfung der zugrundeliegenden Abrechnungsposition; im Rahmen dieser Prüfung kann der MD jedoch eine weitere medizinisch oder abrechnungstechnisch relevante Auffälligkeit feststellen, etwa eine nicht hinreichend begründete Verweildauer. Eine Erweiterung des Prüfauftrags würde in diesem Fall bedeuten, dass neben dem ursprünglich benannten Prüfgegenstand, beispielsweise fehlerhafte Kodierung eines Falles, auch diese zusätzlich festgestellte Auffälligkeit, beispielsweise sekundäre Fehlbelegung, in die Bewertung und Korrektur einbezogen werden kann.

In der Praxis hängt die Möglichkeit einer Erweiterung des Prüfgegenstands durch den MD jedoch von der jeweiligen Form des eingeleiteten Prüfverfahrens ab. Im schriftlichen Verfahren ist eine Ausweitung nur nach vorheriger Antragstellung des MD bei der Krankenkasse und deren Bestätigung zulässig. Bei Vor-Ort-Prüfungen kann der Prüfgegenstand demgegenüber ohne ein vorgelagertes

Antrags- und Bestätigungsverfahren erweitert werden. Damit ist die Erweiterung des MD-Prüfauftrags im schriftlichen Verfahren gegenüber der Vor-Ort-Prüfung strukturell benachteiligt – obwohl Vor-Ort-Prüfungen infolge der fortschreitenden Digitalisierung der Prüfprozesse kaum noch stattfinden. Die Differenzierung dieser beiden Prüfwege ist historisch bedingt und in Zeiten digitaler Datenströme nicht mehr zeitgemäß. Da die Erweiterung im schriftlichen Verfahren zudem mit einem unverhältnismäßig hohen formalen und administrativen Aufwand verbunden ist, wird in der Praxis häufig von einer entsprechenden Antragstellung abgesehen. Potenzielle Rückforderungen im Sinne der Solidargemeinschaft bleiben dadurch unausgeschöpft, obwohl der MD in der Regel ohnehin die Abrechnung eines Falles gesamthaft betrachtet.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund einer Ungleichbehandlung zwischen der Erweiterung des MD-Prüfauftrags im Rahmen von Vor-Ort-Begehungen und im schriftlichen Verfahren sowie systematisch entgehender Rückzahlungen an die GKV empfiehlt die Kommission, die Erweiterung des MD-Prüfauftrags im schriftlichen Verfahren automatisch und ohne gesonderte Antragstellung oder Bestätigung durch die Krankenkasse zu ermöglichen.

Geschätzte Finanzwirkung

Zur Einschätzung der Finanzwirkung wird auf Auswertungen des MD Nord sowie auf Prüfergebnisse gemäß § 17c Absatz 6 Satz 1 Nummer 4 KHG des GKV-SV zurückgegriffen, die der Kommission beziehungsweise dem BMG zur Verfügung gestellt wurden. Im weiteren Vorgehen wird die vereinfachende Annahme getroffen, dass die proportionalen Effekte der Prüferweiterungen im Datenbestand des MD Nord repräsentativ für das Bundesgebiet sind.

Die Auswertungen der Prüfergebnisse des GKV-SV zeigen, dass im Rahmen des quotierten Prüfsystems die bundesdurchschnittliche Höhe der Differenzbeträge von 2.090 € etwa 0,50 des im Jahr 2024 geltenden Bundesbasisfallwertes von 4.210,6 € ausmacht, was einer Absenkung des Relativgewichts um 0,5 Punkten entspricht. Für Fälle mit Prüferweiterung weist der Datenbestand des MD Nord darüber hinaus im Jahr 2024 eine durchschnittliche Absenkung des Relativgewichts von 0,62 Punkten sowie eine Erhöhung der Rechnungskorrekturquote infolge einer Prüferweiterung um durchschnittlich 26,3 % auf.

Der durch die Prüferweiterung erzielte zusätzliche Effekt für im aktuellen Verfahren bereits beanstandete Prüfungen beträgt somit 0,12 Punkte des Relativgewichts (0,62 Punkte mit Prüferweiterung abzüglich 0,5 Punkte im bestehenden System). Darüber hinaus entsteht ein zusätzlicher Effekt für zuvor nicht beanstandete Fälle, da die Rechnungskorrekturquote im Rahmen der Prüferweiterung im Durchschnitt um 26,3 % steigt.

Die zusätzlichen Effekte der Maßnahme für bereits beanstandete und bisher unbeanstandete Rechnungen werden auf Grundlage der Prüfergebnisse nach § 17c Absatz 6 Satz 1 Nummer 4 KHG ermittelt, die die bundesweiten MD-Prüffälle in Höhe von 1,2 Mio. sowie die Anteile beanstandeter

(52 %) und unbeanstandeter (48 %) Fälle enthalten. Diese Daten werden mit dem Bundesbasisfallwert für 2024 verrechnet, um eine Schätzung der Finanzwirkung der empfohlenen Maßnahme abzuleiten.

Für das Jahr 2024 ergeben sich daraus potenzielle Bruttoeinsparungen von schätzungsweise 323 Mio. € aus bereits beanstandeten Rechnungen sowie ein zusätzlicher Effekt von etwa 78 Mio. € aus bisher unbeanstandeten Fällen. Bei Fortschreibung dieses Einsparpotenzials unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Veränderungsrate der Krankenhausausgaben bis zum Jahr 2027 ergibt sich ein Bruttoeinsparpotenzial von 489 Mio. €. Hiervon sind – in Anlehnung an Berechnungen des Bundesrechnungshofs (Bundesrechnungshof 2019) – pauschal Mehraufwände des MD in Höhe von etwa sieben Prozent des finanziellen Brutto-Effekts abzuziehen. Daraus resultiert ein voraussichtliches Nettoeinsparpotenzial von rund 455 Mio. € im Rahmen des derzeit noch geltenden quartalsbezogenen Prüfverfahrens.

Bei tangierender Streichung der Prüfquoten, die ebenfalls durch die Kommission empfohlen wird (siehe Abschnitt 6.6.5) ergibt sich ein zusätzlicher finanzieller Netto-Effekt der Maßnahme von etwa 500 Mio. € im Jahr 2027. Durch die geplante de facto Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang wird der Effekt ab 2028 allerdings wesentlich eingeschränkt. Für das Jahr 2030 würde die Netto-Finanzwirkung im Fall mit bestehenden Prüfquotensystem auf rund 330 Mio. € sinken; bei einer Streichung der Prüfquoten beliefe sich der darüber hinausgehende Effekt auf etwa 360 Mio. €. Die Kommission spricht sich deshalb für eine Rücknahme der Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang (siehe Abschnitt 6.6.11) aus.

Bei einer gleichzeitigen Streichung der Prüfquote und automatischen Erweiterung des Prüfauftrags ist für das Jahr 2027 von einer finanziellen Netto-Gesamtwirkung von rund 2,3 Mrd. € auszugehen. Davon würde 1,4 Mrd. auf die Streichung der Prüfquoten (siehe Abschnitt 6.6.5, Netto-Finanzwirkung der Reformempfehlung) entfallen, während durch die Erweiterung des MD-Prüfumfangs im Szenario ohne Prüfquoten Einsparungen von insgesamt ca. 955 Mio. € zu erzielen wären. Durch die geplante Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang wird sich der finanzielle Effekt ab 2028 jedoch voraussichtlich in etwa halbieren.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Umsetzung der empfohlenen Maßnahme kann kurzfristig ab 2027 über eine gesetzliche Vorgabe für die gemäß § 17c Absatz 2 KHG verantwortlichen Vertragsparteien – den GKV-SV und die DKG – im Rahmen der PrüfvV erfolgen. Dabei soll vorgegeben werden, dass der MD alle abrechnungsrelevanten Voraussetzungen der betreffenden Abrechnungspositionen im Rahmen einer Fallprüfung prüft. Auf untergesetzlicher Ebene ist die PrüfvV entsprechend von den Vertragsparteien anzupassen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Für die Krankenhäuser dürften durch die automatische Erweiterung kaum zusätzliche Belastungen entstehen, da die erforderlichen Daten nach § 301 SGB V für die fallbezogene Abrechnungsprüfung ohnehin digital und vollständig bereitgestellt werden müssen. Eine Erweiterung des Prüfgegenstandes dürfte im Vergleich zum bestehenden Verfahren nur minimal zusätzliche Aufwände verursachen dürfte, da Krankenhäuser die Unterlagen nur ergänzen müssen, falls diese entweder bisher nicht vollständig übermittelt wurden oder in einzelnen Fällen über die Standardauslieferung hinaus für die konkrete Erweiterung erforderlich sind. Dadurch würden voraussichtlich kaum zusätzliche personelle Ressourcen gebunden, die ansonsten für die mittelbare Patientenversorgung hätten eingesetzt werden können. Die Patientenversorgung dürfte somit nicht beeinträchtigt werden.

Vielmehr ist anzunehmen, dass die Möglichkeit zur automatischen Erweiterung einen disziplinierenden und qualitätssichernden Effekt entfalten könnte. Durch die potenziell verstärkte Vermeidung primärer und sekundärer Fehlbelegungen könnten vielmehr Kapazitäten frei werden, wodurch sich der Patientenzugang verbessern könnte.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Eine automatische Erweiterung des MD-Prüfumfangs auf sämtliche für einen Prüffall relevanten Prüfgegenstände stärkt eine vollständige Prüfung der Abrechnung die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Mittelverwendung im solidarisch finanzierten System.

Die Maßnahme würde voraussichtlich ähnliche Verteilungs- und Belastungseffekte nach sich ziehen wie die Abschaffung der Prüfquoten. Die Maßnahme würde insbesondere bei Krankenhäusern mit geringer Abrechnungsqualität zu höheren Erstattungsvolumina führen. Prüf- und Korrekturaufwände würden sich damit verstärkt auf diejenigen Einrichtungen konzentrieren, in denen systematisch fehlerhafte Abrechnungen auftreten. Krankenhäuser mit hoher Abrechnungsqualität hingegen wären nur in geringem Umfang zusätzlich belastet. Weiterhin sind nur minimale Zusatzaufwände zu erwarten, sofern Krankenhäuser Unterlagen nachreichen müssen, die bisher unvollständig waren oder für die erweiterte Prüfung über die reguläre Datenlieferung hinaus benötigt werden. Insgesamt ist von einem positiven Effekt auf den Wettbewerb auszugehen.

Da einzelfallbezogene Prüfungen inzwischen nahezu ausschließlich als schriftliche digitale Verfahren und nicht mehr als Vor-Ort-Begehungen durchgeführt werden, trägt die Empfehlung somit zu einer sachgerechten und bürokratiearmen Ausgestaltung der Prüfprozesse bei.

Auf Seiten der Krankenkassen tritt durch den Wegfall der bisherigen Bestätigungspflicht bei einer Erweiterung des Prüfauftrags eine Entlastung ein. Im weiteren Prüfverlauf könnten jedoch im Zusammenhang mit einer größeren Anzahl von Prüfgegenständen leicht zusätzliche Ressourcen erforderlich werden. Allerdings sind dies bereits überwiegend automatisierte Prozesse. Der Aufwand des MD für Erweiterungen sinkt deutlich, allerdings steigt wiederum der Aufwand im Vergleich zum

Status quo aufgrund der erhöhten Zahl von Erweiterungen an. Auch hier sind viele Prozesse bereits automatisiert, daher ist der Mehraufwand im Verhältnis zum realisierbaren Einsparpotenzial als vertretbar zu bewerten.

Die vorgeschlagene Regelung wirkt sich schließlich positiv auf die Ausgewogenheit der Rahmenbedingungen im dualen Gesundheitssystem aus. Während private Krankenversicherer ihre Prüf- und Korrekturmöglichkeiten bei Krankenhausabrechnungen, insbesondere im Rahmen des Direktabrechnungsverfahrens, weitgehend uneingeschränkt nutzen können, werden Prüfmöglichkeiten in der GKV derzeit aufgrund der hohen zusätzlichen Aufwände bei einer Erweiterung des Prüfauftrags strukturell eingeschränkt. Die daraus potenziell entgangenen Rückforderungen im mittleren bis hohen dreistelligen Millionenbereich führen zu einer systematischen Ungleichbehandlung der gesetzlichen Kostenträger. Die Maßnahme würde daher zu einer Wiederherstellung fairer Wettbewerbs- und Finanzierungsbedingungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung beitragen.

6.6.10 Reformempfehlung Nr. 34: Maßnahmen zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich

Hintergrund	Ein Teil der Einrichtungen im PEPP-Bereich verwendet das vereinbarte Personalbudget nicht wie vorgesehen für therapeutisches Personal, sondern für andere Zwecke. Zudem ermöglichen die aktuellen gesetzlichen Regelungen überproportionale Budgetsteigerungen, indem zusätzlicher Personalbedarf vereinbart werden kann, ohne dass dieser nachgewiesen werden muss. Hierdurch kommt es zu einer Zweckentfremdung von Mitteln sowie zu Mehrausgaben für die GKV.
Reformempfehlung	Mittel für vereinbarte, aber in der Folge nicht besetzte Personalstellen sind an die Kostenträger im nächstmöglichen Budgetzeitraum zurückzuzahlen und der erhöhte Gesamtbetrag nach § 3 BPflV ist im Folgejahr entsprechend abzusenken. Budgetsteigerungen aufgrund nicht nachgewiesenen Personalmehrbedarfs sowie Entgelterhöhungen durch Krankenhausvergleiche sind auszuschließen.
Finanzwirkung	Ca. 0,4 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die angemessene personelle Ausstattung im PEPP-Bereich wird durch die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) des G-BA geregelt. Rechtsgrundlage ist § 136a Absatz 2 SGB V, auf dessen Basis verbindliche Mindestanforderungen an das therapeutische Personal in den Einrichtungen definiert werden. Die PPP-RL löste die von 2016 bis 2019 geltende Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ab, die bereits Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung von Personalstellen für Ärzte, Pflegekräfte und sonstiges therapeutisches Fachpersonal festlegte.

Für die Jahre 2016 bis einschließlich 2019 waren Krankenhäuser verpflichtet, gegenüber dem InEK sowie den Budgetvertragsparteien nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben Psych-PV zur Besetzung der Personalstellen eingehalten wurden (§ 18 Absatz 2 Satz 2 BPflV). Analysen der Nachweisdaten zeigten, dass im Jahr 2019 lediglich rund 42 % der PEPP-Kliniken die erforderlichen Stellen vollständig besetzt hatten und darüber hinaus etwa 20 % keine zweckentsprechende Verwendung der Mittel nachweisen konnten – das heißt, sie hatten Teile des vereinbarten Personalbudgets für andere Zwecke verwendet und nicht ausschließlich für therapeutisches Personal eingesetzt (GKV-Spitzenverband 2020b).

Seit 2020 gilt eine vergleichbare Nachweispflicht im Rahmen der PPP-RL: PEPP-Einrichtungen müssen nachweisen, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung eingehalten werden und die hierfür vorgesehenen Mittel tatsächlich für therapeutisches Personal eingesetzt werden. Diese Nachweise sind durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers abzusichern. Eine detaillierte Auswertung der Nachweisdaten ab 2020 ist bislang nicht öffentlich verfügbar.

Wenn die Vorgaben der PPP-RL nicht eingehalten werden, sehen die geltenden Regelungen gemäß § 3 Absatz 3 Sätze 8 bis 10 BPflV vor, dass die Vertragsparteien den Gesamtbetrag anpassen sollen, sofern aus den Nachweisen hervorgeht, dass vereinbarte Stellen nicht besetzt wurden. Eine Absenkung des Budgets ist jedoch nicht vorgesehen, wenn die Unterbesetzung nur vorübergehend ist; erfolgt die Stellenbesetzung später, werden die Beträge für den folgenden Zeitraum entsprechend erhöht. Die derzeitige Formulierung lässt jedoch erheblichen Interpretationsspielraum und erschwert eine konsequente Budgetanpassung. Krankenhäuser argumentieren häufig mit vorübergehend unbesetzten Stellen und werten die Vorgaben zur Budgetabsenkung als nicht verpflichtend (GKV-Spitzenverband 2025e).

Darüber hinaus eröffnen § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummern 4 und 5 BPflV die Möglichkeit zu Budgetsteigerungen aufgrund des Krankenhausvergleichs sowie aufgrund einer Ausweitung des therapeutischen Personals über den gemäß PPP-RL erforderlichen Bedarf hinaus, ohne dass ein entsprechender Mehrbedarf nachgewiesen werden muss.

Da das therapeutische Personal einen hohen Anteil der Budgets ausmacht (65 %, (GKV-Spitzenverband 2025d)), ein erheblicher Teil der vereinbarten Stellen voraussichtlich dauerhaft unterbesetzt bleibt und bislang eine eindeutige gesetzliche Grundlage für Rückforderungen fehlt, bleiben nicht besetzte Stellen und zweckfremd eingesetzte Mittel weitgehend ohne finanzielle Konsequenzen. Entgangene Rückzahlungen dieser Mittel stellen somit vermeidbare Mehrausgaben für die GKV dar.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt folgendes Maßnahmepaket zur Begrenzung der Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich, das aus wesentlichen Einzelmaßnahmen besteht, die im Weiteren einzeln erläutert werden:

1. Rückzahlungsverpflichtung bei fehlender Besetzung von Personalstellen
2. Begrenzung von Mehrkosten für zusätzliche Personalausstattung
3. Verzicht auf pauschale Entgelterhöhungen durch den Krankenhausvergleich

Zu 1. Rückzahlungsverpflichtung bei fehlender Besetzung von Personalstellen

Die Kommission empfiehlt eine Regelung, wonach Mittel für vereinbarte, jedoch nicht besetzte Personalstellen im Rahmen der vereinbarten Budgets als nicht zweckentsprechend verwendet gelten und an die Kostenträger zurückzuzahlen sind. Gleichzeitig ist der erhöhte Gesamtbetrag

entsprechend abzusenken. Die Reformempfehlung wurde zudem im Rahmen eines Änderungsantrags im parlamentarischen Verfahren zum KHAG eingebracht, hat jedoch keinen Eingang in die beschlossene Fassung des Gesetzes gefunden. Die Kommission empfiehlt daher erneut, eine entsprechende gesetzliche Regelung zu schaffen, da der Solidargemeinschaft ansonsten Mittel vorenthalten werden, die für therapeutisches Personal vorgesehen waren, tatsächlich jedoch nicht für diesen Zweck eingesetzt werden.

Zu 2. Begrenzung von Mehrkosten für zusätzliche Personalausstattung

Die Kommission empfiehlt, eine Vergütung zusätzlicher therapeutischer Personalstellen über die angemessene personelle Ausstattung gemäß PPP-RL hinaus künftig nur noch bei nachgewiesenem Personalmehrbedarf zu ermöglichen. Andernfalls würden unverhältnismäßige Budgetsteigerungen ermöglicht und die Solidargemeinschaft zusätzlich belastet.

Zu 3. Verzicht auf pauschale Entgelterhöhungen im Krankenhausvergleich

Die Kommission empfiehlt, die Möglichkeit von Entgelterhöhungen aufgrund des Krankenhausvergleichs nach § 4 BPflV zu streichen.

Geschätzte Finanzwirkung

Zur Schätzung der Finanzwirkung der Maßnahme für das Jahr 2027 wird die durchschnittliche Abweichung in Prozentpunkten zwischen der jährlichen Veränderungsrate der PEPP-Ausgaben je Daymix-Punkt (siehe Abschnitt 6.6.1) und dem jährlich vereinbarten Veränderungswert einschließlich Tarifrefinanzierung im Zeitraum 2023 bis 2025 herangezogen. Es wird angenommen, dass die Differenz zwischen der Entwicklung der tatsächlich gezahlten Preise (PEPP-Ausgaben je Daymix-Punkt) und der Entwicklung der vereinbarten Preissteigerungen (Veränderungswert und anteilige Tarifrefinanzierung) aus den weitreichenden Möglichkeiten der BPflV resultiert, zusätzliche Stellen zu vereinbaren, ohne den entsprechenden Bedarf nachweisen zu müssen und ohne dass die vereinbarten Mittel zwingend in Personal umgesetzt werden müssen.

Die durchschnittliche Differenz betrug in diesem Zeitraum 2,9 Prozentpunkte und wird mit dem geschätzten Ausgabenvolumen des PEPP-Bereichs multipliziert. Die Finanzwirkung der Maßnahme beläuft sich im Jahr 2027 somit voraussichtlich auf rund 400 Mio. € und würde bis zum Jahr 2030 auf etwa 480 Mio. € anwachsen.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Umsetzung der Reformempfehlung ist ab dem Jahr 2027 zu erwarten. Hierfür ist eine Anpassung von § 3 Absatz 3 der BPflV erforderlich. Vorgesehen ist die Aufnahme einer Regelung zur zweckentsprechenden Mittelverwendung und Ermöglichung von Spitzabrechnungen sowie die Streichung der § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummern 4 und 5 BPflV.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Auswirkungen der Reformempfehlung auf die Versorgungsqualität hängen vom Nachbesetzungsverhalten der Kliniken ab. Wenn bestehende Stellen weiterhin unbesetzt bleiben, erfolgen Rückzahlungen für nicht besetztes Personal, wodurch die Reform in erster Linie finanziell wirkt. In diesem Fall werden weniger Beitragsmittel für die gleichen Besetzungsquoten eingesetzt, die Versorgungsqualität bleibt weitestgehend unverändert. Besetzen die PEPP-Kliniken dagegen die bisher unbesetzten Stellen nach, steigt die Besetzungsquote der therapeutischen Stellen, was zu einer höheren Betreuungsdichte pro Patient, kürzeren Wartezeiten auf therapeutische Leistungen und einer nachhaltig verbesserten Versorgungsstruktur führt. Die Reformempfehlung kann somit in diesem Fall sowohl die Versorgungsqualität stärken als auch langfristig die Stabilität der Personalstruktur verbessern.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Voraussichtlich wird nur Teil der Kliniken von der Regelung direkt betroffen sein, da sie ihre vereinbarten Stellen nicht vollständig besetzen und somit Rückzahlungen leisten müssen oder ihre Personalausstattung über den erforderlichen Bedarf hinaus ausweiten, was nach Inkrafttreten der Regelung nicht mehr möglich wäre. Gleichzeitig entfaltet die Reformempfehlung im gesamten PEPP-Bereich eine disziplinierende Wirkung: Auch Kliniken, die ihre Personalstellen bereits planmäßig besetzen, werden künftig stärker auf die Einhaltung der Vereinbarungen achten, da das gesamte System auf konsequente Budgetkontrolle ausgerichtet wäre. Da durch wird verhindert, dass Einrichtungen, die vereinbarte Stellen tatsächlich besetzen, gegenüber Einrichtungen benachteiligt werden, die entsprechende Mittel erhalten, ohne die Stellen zu besetzen. Außerdem wirkt die Änderung positiv auf den Wettbewerb, weil Krankenhäuser künftig keine zusätzlichen Überschüsse über die Personalstruktur erwirtschaften können; dies sorgt für mehr Finanzierungsgerechtigkeit und stärkt die Anreize für eine verantwortungsvolle Personalplanung.

6.6.11 Reformempfehlung Nr. 35: Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang

Hintergrund	Mit dem KHVVG wurde faktisch eine weitgehende finanzielle Immunität der Vorhaltebudgets im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfungen ab dem Jahr 2028 geschaffen. Dies führt voraussichtlich dazu, dass sich die finanzielle Wirkung der Krankenhausabrechnungsprüfungen etwa halbiert und hierdurch erhebliche, nicht intendierte Mehrausgaben für die GKV entstehen.
Reformempfehlung	Rücknahme der Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang
Finanzwirkung	Ca. 0,63 Mrd. € in 2028
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Das KHVVG führt ab 2028 die Vorhaltebudgets als zentrales Instrument zur Sicherung der personellen und sachlichen Kapazitäten in Krankenhäusern ein[25]. Damit sollen Krankenhäuser befähigt werden, die für eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung notwendigen Ressourcen dauerhaft vorzuhalten, ohne unter dem bisherigen stark mengenorientierten Druck stehen zu müssen, Erlöse durch eine Steigerung der Fallzahlen zu erhöhen. Die Vorhaltefinanzierung ist Teil der umfassenden Reform, die darauf abzielt, die Behandlungsqualität zu steigern, eine flächendeckende medizinische Versorgung zu gewährleisten, die Effizienz in der Krankenhausversorgung zu erhöhen und bürokratische Hürden zu reduzieren. Zur Umsetzung werden ab 2028 Entgelte für die Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b KHEntgG eingeführt, die aus bestehenden aDRG-Erlöse umgeschichtet und in einem einjährigen Übergangszeitraum budgetneutral umgesetzt werden.

Gemäß § 275c Absatz 6 SGB V ist eine einzelfallbezogene Prüfung der Abrechnung dieser Entgelte für die Vergütung des Vorhaltebudgets ausgeschlossen. Der Gesetzesentwurf zum KHVVG[26] führt aus, dass das Vorhaltebudget zwar selbst keinen eigenständigen Prüfgegenstand im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung darstellt. Da seine Abrechnung jedoch stets an die stationäre Abrechenbarkeit des jeweiligen Behandlungsfalles gebunden ist, wirken sich MD-Prüfentscheidungen zur Angemessenheit oder medizinischen Notwendigkeit einer stationären Behandlung im aDRG-Bereich mittelbar auf die Abrechenbarkeit der zugehörigen

[25] In Nordrhein-Westfalen beginnt die Vorhaltefinanzierung erst im Jahr 2031.

[26] BR-Drs. 235/24, S. 186

Vorhaltebewertungsrelation aus. Korrekturen der abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen sind somit weiterhin über Einzelfallprüfungen im aDRG-Bereich möglich. Etwaige Minder- oder Mehrerlöse aus solchen Einzelfallkorrekturen werden jedoch im Rahmen des Vorhaltebudgetausgleichs vollständig ausgeglichen (§ 6b Absatz 5 KHEntgG), sodass Einzelfallkorrekturen de facto keine finanzielle Wirkung auf die Höhe der Vorhaltebudgets entfalten.

Insgesamt wird die finanzielle Wirksamkeit der Krankenhausabrechnungsprüfungen, die durch das mit dem MDK-Reformgesetz eingeführte Prüfquotensystem bereits nahezu halbiert wurde (siehe Abschnitt 6.6.5), zusätzlich deutlich reduziert. Im Rahmen der Krankenhausreform war eigentlich geplant, die Vorhaltebudgetfinanzierung so auszugestalten, dass sie aus bestehenden DRG-Erlösen umgeschichtet und budgetneutral umgesetzt wird, ohne zusätzliche Ausgaben für die GKV. Vor diesem Hintergrund widerspricht eine vollständige finanzielle Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang dem Grundsatz der Ausgabenneutralität, da dadurch die im DRG-System integrierten Prüfmechanismen aufgehoben, die finanzielle Wirkung des Prüfsystems deutlich abgeschwächt und jährlich erhebliche Mehrausgaben für die GKV verursacht würden.

Gleichzeitig ist nicht erkennbar, dass eine Herausnahme der Vorhaltefinanzierung die Zielerfüllung der Krankenhausreform befördert. Es ist vielmehr zu befürchten, dass die Herausnahme den Wettbewerb schwächt, da der Anreiz für eine korrekte Abrechnung von Leistungen geschwächt wird. Zusätzlich entsteht für die GKV ein Wettbewerbsnachteil gegenüber der PKV, die eine volle Prüfung der Vorhaltebudgets durchführen darf. Das durch diese Regelung entgehende Erstattungsvolumen ist finanziell erheblich und kann zusammen mit dem bestehenden Nachteil der GKV gegenüber der PKV infolge der Prüfquote eine wettbewerbsrelevante Größenordnung erreichen, da die privaten Krankenversicherungen ihre Prüf- und Korrekturmöglichkeiten weiterhin weitgehend uneingeschränkt wahrnehmen können.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der anhaltenden Ausgabendynamik im Krankenhausbereich und der ursprünglich angedachten ausgabenneutralen Einführung der Vorhaltebudgets empfiehlt die Kommission, die Abrechnung der Vergütung der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang bei Krankenhausbehandlungen durch den Medizinischen Dienst aufzunehmen.

Geschätzte Finanzwirkung

Zur Finanzschätzung der Maßnahme wird das voraussichtliche Erstattungsvolumen durch Krankenhausabrechnungsprüfungen für das Jahr 2028 unter zwei Szenarien verglichen: erstens bei Fortführung des aktuell geltenden Prüfquotensystems ohne Herausnahme der Vorhaltebudgets und zweitens bei Fortführung des quotenbasierten Prüfsystems mit Herausnahme der Vorhaltebudgets. Dabei ist insbesondere die Rolle der Pflegebudgets zu berücksichtigen, die vor Berechnung der Vorhaltebudgets von den Gesamtbudgets abzuziehen sind.

Im ersten Szenario beträgt der Anteil des voraussichtlichen Erstattungsvolumens an den Krankenhausausgaben annahmegemäß 1,4 % (siehe Abschnitt 6.6.5). Im zweiten Szenario sinkt dieser Anteil auf 0,7 %, was einer Finanzwirkung der Maßnahme von rund 630 Mio. Euro entspricht. Bis 2030 könnte die Finanzwirkung der Maßnahme auf bis zu voraussichtlich 700 Mio. € anwachsen.

Die Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang wirkt sich zudem auf die ebenfalls von der Kommission empfohlenen Maßnahmen zur Streichung des Prüfquotensystems und zur Erweiterung des MD-Prüfauftrags aus (siehe Abschnitte 6.6.5 und 6.6.9). Ohne die Umsetzung dieser Regelung würde die Finanzwirkung der weiteren genannten Maßnahmen ab 2028 im Vergleich zu 2027 voraussichtlich um etwa 40 % sinken.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Umsetzbarkeit der Reformempfehlung ist für das Jahr 2028, in dem die Vorhaltevergütung finanziell wirksam wird, gegeben. Dazu ist es erforderlich, die Regelung zur Herausnahme des Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang nach § 275c Absatz 6 Nummer 3 SGB V zu streichen und zugleich klarzustellen, dass daraus resultierende Mehr- und Mindererlöse der Abrechnung zugrunde gelegt werden dürfen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Das neue System der Vorhaltefinanzierung ist zwar noch wenig erprobt, sodass Unsicherheiten bei der korrekten Abrechnung bestehen und der Prüfaufwand im Vergleich zu den bisherigen Abrechnungsprüfungen der stationären Vergütungssysteme leicht erhöht sein könnte. Dennoch rechtfertigt dies nicht, auf eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Ermittlung von Erstattungsbeträgen für die GKV im Sinne der Solidargemeinschaft zu verzichten. Die Abrechnungsprüfungen für Vorhaltebudgets können zwar im Übergang einen leicht höheren personellen Einsatz erfordern als vergleichbare Prüfungen in anderen Vergütungssystemen, binden diese Ressourcen jedoch überwiegend in administrativen Tätigkeiten, die nicht unmittelbar der Patientenversorgung dienen. Zudem erfolgt auch aktuell bereits ein elektronischer Datenaustausch, der eine Vor-Ort-Prüfung in fast allen Fällen entbehrlich macht.

Da die Prüf- und Korrekturlasten voraussichtlich vor allem die Einrichtungen betreffen werden, in denen wiederholt fehlerhafte Abrechnungen auftreten, sind großflächige Beeinträchtigungen der Versorgungsqualität nicht zu erwarten. Vor diesem Hintergrund lässt sich die Reformempfehlung insgesamt als weitgehend versorgungsneutral einstufen: Mit einem vergleichsweise geringeren Einsatz von Beitragsmitteln kann weiterhin eine gleichwertige Versorgung gewährleistet werden.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Auch bei einer stärkeren Vorhaltefinanzierung bleibt es aus Sicht der Kommission erforderlich, dass die Verwendung solidarisch finanzierter Mittel weiterhin überprüfbar ist und Fehlabrechnungen korrigiert werden können.

Die Reformmaßnahme wirkt in erster Linie auf eine finanzielle Entlastung der GKV hin. Durch die Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang können Einzelfallkorrekturen weiterhin systematisch erfasst und geltend gemacht werden, wodurch die GKV gegenüber fehlerhaften Abrechnungen abgesichert wird. Gleichzeitig werden die personellen und administrativen Ressourcen in den Krankenhäusern gezielter gebunden: eventuelle Prüf- und Korrekturlasten konzentrieren sich vor allem auf Einrichtungen, in denen tendenziell Abrechnungsfehler auftreten, während Häuser mit hoher Abrechnungsqualität kaum zusätzlich belastet werden. Die Maßnahme unterstützt zudem die Sicherung der Vorhaltekapazitäten, indem sie gewährleistet, dass die für eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung erforderlichen personellen sowie sachlichen Ressourcen tatsächlich bereitgestellt und korrekt abgerechnet werden. Dadurch wird sichergestellt, dass die finanziellen Mittel nicht zweckentfremdet werden und die notwendigen Kapazitäten dauerhaft verfügbar bleiben – auch bei kurzfristigen Schwankungen der Patientenzahlen oder finanziellen Erlösen. Die Reformmaßnahme wird zudem den Wettbewerb unter den Krankenhäusern stärken, da eine ordnungsgemäße Abrechnung incentiviert wird. Zuletzt wird durch die Reformmaßnahme der entstehende Wettbewerbsnachteil gegenüber der PKV ausgeglichen.

6.6.12 Reformempfehlung Nr. 36: Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen

Hintergrund	Im Zuge der geplanten Einführung der Vorhaltefinanzierung wurden zusätzliche Fördertatbestände für einzelne Leistungsbereiche vorgesehen. Diese sind nur begrenzt mit der Systematik der Vorhaltefinanzierung vereinbar und verursachen Fehlanreize im neuen Finanzierungssystem sowie Mehrausgaben der GKV.
Reformempfehlung	Streichung zusätzlicher Fördertöpfe in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Units, spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sowie für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und Hochschulkliniken; Aufhebung der Erhöhungen von Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und für ländliche Krankenhäuser.
Finanzwirkung	Ca. 0,43 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Mit dem KHVVG wurden bestehende Fördertatbestände, die mit dem KHPflEG zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie der geburtshilflichen Versorgung eingeführt worden waren, verstetigt. Darüber hinaus wurden zusätzliche Fördertöpfe für hochspezialisierte Versorgungsbereiche – insbesondere Stroke Units, spezielle traumatologische Versorgungsstrukturen und die Intensivmedizin – geschaffen. Weitere Fördertatbestände betrafen spezifische Aufgaben wie Koordinierungs- und Vernetzungsleistungen sowie die Hochschulmedizin. Zudem wurden die Fördersummen für zwei bereits etablierte Zuschläge, für die Teilnahme an der Notfallversorgung und für Krankenhäuser in ländlichen Regionen, erhöht.

Gemäß § 39 KHG berechnet das InEK jährlich die Verteilung zusätzlicher Mittel zur Unterstützung ausgewählter Leistungsbereiche für das jeweils folgende Kalenderjahr; erstmals erfolgt diese Berechnung für das Jahr 2028, in dem die Vorhaltefinanzierung finanzwirksam wird. Die Mittel werden ausschließlich auf Krankenhausstandorte verteilt, denen für mindestens eine Leistungsgruppe aus den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie oder Intensivmedizin ein Vorhaltevolumen zugeordnet wurde. Voraussetzung hierfür ist, dass für die jeweilige Leistungsgruppe bereits ein Vorhaltevolumen nach den gesetzlichen Vorgaben ermittelt und dem Standort zugeteilt wurde. Insgesamt stehen hierfür jährlich 288 Mio. € für den Bereich Pädiatrie, 120 Mio. € für die Geburtshilfe, 35 Mio. € für Stroke Units, 65 Mio. € für die spezielle Traumatologie sowie 30 Mio. € für die Intensivmedizin zur Verfügung.

Zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im Krankenhausbereich wird darüber hinaus jährlich eine bundesweite Gesamtsumme von 125 Mio. € bereitgestellt. Die Verteilung dieser Mittel erfolgt wiederum durch das InEK erstmals für das Kalenderjahr 2028.

Des Weiteren sieht die Regelung eine zusätzliche Finanzierung für Hochschulkliniken zur Unterstützung ihrer besonderen Vorhaltefunktionen vor. Hierfür wird jährlich eine bundesweite Gesamtsumme von 75 Mio. € bereitgestellt, die ebenfalls erstmals für das Jahr 2028 durch das InEK verteilt wird.

Auf Grundlage derselben gesetzlichen Regelungen wurden schließlich die Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung (§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG) um 33 Mio. Euro und für Krankenhäuser in ländlichen Regionen (§ 5 Absatz 2a KHEntgG) um 15 Mio. Euro erhöht.

Die aufgezählten zusätzlichen Fördertöpfe stehen teilweise im Spannungsverhältnis zu den grundlegenden Zielen der Krankenhausfinanzierung und der geplanten Reform der Vorhaltefinanzierung. Die Reform zielt darauf ab, die strukturellen Kosten der Leistungsvorhaltung systematisch über das Vergütungssystem der Vorhaltebudgets abzubilden. Zusätzliche, außerhalb des Vergütungssystems verankerte Fördertatbestände schaffen hingegen parallele Finanzierungsstrukturen. Zudem basiert die pauschalierte Vergütung auf empirisch ermittelten Durchschnittskosten der Krankenhäuser, sodass zusätzliche pauschale Fördermittel für einzelne Versorgungsbereiche zu einer Überkompensation und Doppelvergütung führen können. Da die neuen Fördertatbestände zudem teilweise nicht an klare Kriterien oder eine nachweisbare Zweckbindung der Mittelverwendung gebunden sind, ist ihre zielgerichtete Wirkung nicht ohne Weiteres gewährleistet. Schließlich führen die zusätzlichen Fördertatbestände zu dauerhaften Mehrausgaben für die GKV im hohen dreistelligen Millionenbereich.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt, die zusätzlichen Fördertöpfe in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Units, spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sowie die Fördermittel für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und für Hochschulkliniken zu streichen. Zudem sollte die Erhöhung der Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung und für ländliche Krankenhäuser rückgängig gemacht werden. Damit sollen Doppelvergütungen vermieden und die Vorhaltefinanzierung ausgabenneutral umgesetzt werden.

Geschätzte Finanzwirkung

Die Finanzwirkung der Maßnahme ergibt sich aus der Summierung der in den gesetzlichen Regelungen festgelegten Fördersummen für die jeweiligen Bereiche und Aufgaben. Die wesentliche Finanzwirkung entfaltet sich erst mit Inkrafttreten der Vorhaltefinanzierung, die auf das Jahr 2028 verschoben wurde. Ab 2028 sind durch die Streichung aller genannten zusätzlichen Fördertöpfe und Zuschlagserhöhungen jährliche Einsparungen von 786 Mio. € zu erwarten. Da die zusätzlichen Fördertöpfe von allen Kostenträgern, einschließlich der PKV, zu tragen sind, entfällt auf die GKV ein

Anteil von 90 % an der Gesamtsumme, also ca. 710 Mio. €. Ein Teil der Fördertöpfe – in den Bereichen Geburtshilfe und Pädiatrie sowie für Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben – wird jedoch bereits ab 2027 finanzwirksam. Für das Jahr 2027 sind somit Einsparungen von rund 430 Mio. € zu erwarten, die sich größtenteils aus dem Wegfall des pädiatrischen Fördertopfs (270 Mio. €) sowie zu einem geringeren Teil aus der Geburtshilfe (108 Mio. €) und den Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben ergeben.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Eine kurzfristige Umsetzbarkeit der Reformempfehlung ist ab 2027 für die Bereiche Pädiatrie und Geburtshilfe sowie ab 2028 für die übrigen Bereiche und Versorgungsstrukturen gegeben. Die Umsetzung erfolgt durch entsprechende Anpassungen im KHEntgG beziehungsweise KHG.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die neu eingeführten Fördertöpfe ab 2028 sind in der gesetzlichen Grundlage derzeit nicht an eine Nachweisführung über die zweckentsprechende Mittelverwendung gebunden. Es bleibt daher unklar, ob eine solche Zweckbindung der Mittel untergesetzlich noch vereinbart wird. Ein direkter Zusammenhang zwischen zusätzlich bereitgestellten Fördermitteln und deren nachweisbarem Einsatz – und damit einem potenziellen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität – ist daher nicht ohne Weiteres anzunehmen.

Vor diesem Hintergrund kann auch ein nachweisbar positiver Effekt der zusätzlichen Mittel auf die Versorgungsqualität der betroffenen Bereiche nicht ohne Weiteres unterstellt werden. Daraus folgt zugleich, dass ihr Wegfall nicht automatisch zu einer Verschlechterung der Versorgung führen muss. Vielmehr handelt es sich bei den Mitteln um eine Doppelfinanzierung mit der bereits bestehenden Vorhaltevergütung, sodass auch ohne diese zusätzlichen Fördermittel negative Auswirkungen auf die Versorgung im Vergleich zu Status-Quo unwahrscheinlich sind.

Maßgeblich für die Qualität bleiben weiterhin Faktoren wie Personalressourcen und -qualifikation, organisatorische Prozesse, Ausstattung und eine bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung, die unabhängig von den pauschalen Zusatzmitteln wirken.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Streichung der zusätzlichen Fördertöpfe betrifft insbesondere Bereiche wie die Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Units und die Hochschulmedizin, die im Rahmen eines ausschließlich mengenbasierten Fallpauschalsystems, unter anderem infolge einer unterdurchschnittlich planbaren Kapazitätsauslastung, tendenziell unterfinanziert waren. Mit einer zielgerichteten Verteilung des einzuführenden Vorhaltebudgets, beispielsweise auf Basis der Kriterien des Sicherstellungszuschlags sowie ergänzende Kriterien, könnten diese Bereiche systematisch und finanziell relevant gefördert werden. Ein so weiterentwickeltes Vorhaltebudget würde der Vorhaltefunktion dieser Bereiche

systematisch gerecht werden, indem diese einen überdurchschnittlich hohen Vorhalteanteil an der Vergütung erhalten, während andere Bereiche einen geringeren oder keinen Vorhalteanteil erhalten. Die Vorhaltepauschalen würden so stärker an der bedarfsnotwendigen Vorhaltung von Versorgungsstrukturen ausgerichtet werden. Die Umsetzung würde keine Mehrkosten verursachen.

Die Maßnahme führt somit zu einer Reduktion selektiver Zusatzförderungen in einer angespannten Finanzlage der GKV und eröffnet zugleich die Möglichkeit zu einer stärker systematischen und kriterienbasierten Ausrichtung der Vergütung für ausgewählte Versorgungsstrukturen, die das Potenzial für Verbesserungen der Versorgungsqualität aufweist.

Insgesamt würde damit eine Verschiebung von nicht zweckgebundenen Fördermitteln hin zu allgemeinen Vergütungsstrukturen erfolgen. Eine solche Systematisierung ist auch deshalb sinnvoll, weil zunehmend weitere Fachabteilungen vergleichbare Sonderförderungen geltend machen könnten. Entsprechende Forderungen wurden bereits erhoben. Einheitlichere Vergütungsmechanismen können hier zu mehr Transparenz und Konsistenz beitragen.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass auch in anderen Leistungsbereichen der GKV Zuschläge für besondere Versorgungsformen von der Kommission zur Streichung empfohlen werden, sofern diese unsystematisch sind und deren sachliche Rechtfertigung nicht hinreichend belegt ist. Dies betrifft beispielsweise Zuschläge im Bereich der psychotherapeutischen Kurzzeittherapie (Abschnitt 6.3.10), der Organspendeberatung in der vertragsärztlichen Versorgung (Abschnitt 6.3.20) sowie versorgungs- und bedarfsbezogene Pauschalen in der Heilmittelversorgung (Abschnitt 6.5.3). Der stationäre Bereich wird damit nicht gesondert belastet, sondern in eine konsistente, sektorenübergreifende Rückführung nicht hinreichend begründeter Zuschlagsregelungen einbezogen.

6.7 Arzneimittel

6.7.1 Kostentreiberanalyse – Arzneimittelversorgung

Vergütungssystematik

Die Vergütung und der Leistungsumfang im Bereich Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland richtet sich nach den Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) und dem Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V. § 31 SGB V regelt den Anspruch von Versicherten mit Arzneimitteln. Grundsätzlich sind alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel von der Leistungspflicht der GKV umfasst, sofern diese nicht nach § 34 SGB V oder durch Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V ausgeschlossen sind. Die Kosten nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel werden von der GKV lediglich in wenigen, vom G-BA in seinen Richtlinien definierten, Ausnahmefällen sowie für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr übernommen.

Erstattungsbeträge und Nutzenbewertung bei neuen Arzneimitteln

Seit dem Jahr 2011 müssen pharmazeutische Unternehmen für alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen sofort bei der Markteinführung Nachweise über den Zusatznutzen vorlegen. Der G-BA entscheidet auf der Grundlage der vorgelegten wissenschaftlichen Evidenz, ob und welchen Zusatznutzen ein neues Arzneimittel hat. Auf dieser Grundlage vereinbart der pharmazeutische Unternehmer mit dem GKV-SV einen Erstattungsbetrag, der ab dem 7. Monat nach der Markteinführung gilt. Im ersten halben Jahr kann der Hersteller den Preis frei gestalten. Für Reserveantibiotika müssen die Hersteller auf Antrag keinen Nachweis über den Zusatznutzen erbringen und keinen Erstattungsbetrag verhandeln. Für Orphan Drugs gilt bis zu einer Umsatzgrenze von 30 Mio. € pro Jahr der Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt. Arzneimittel mit einem jährlichen Umsatz unter 1 Mio. € sind von der Nutzenbewertung auf Antrag freizustellen.

Apothekenverkaufspreis

Die Höhe der von der GKV zu tragenden Kosten wird neben der Höhe des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers von weiteren Faktoren bestimmt. Für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel gelten die Regelungen der AMPreisV, die verbindliche Vorgaben zu Preisspannen, Großhandels- und Apothekenzuschlägen auf den einheitlichen Abgabepreis macht:

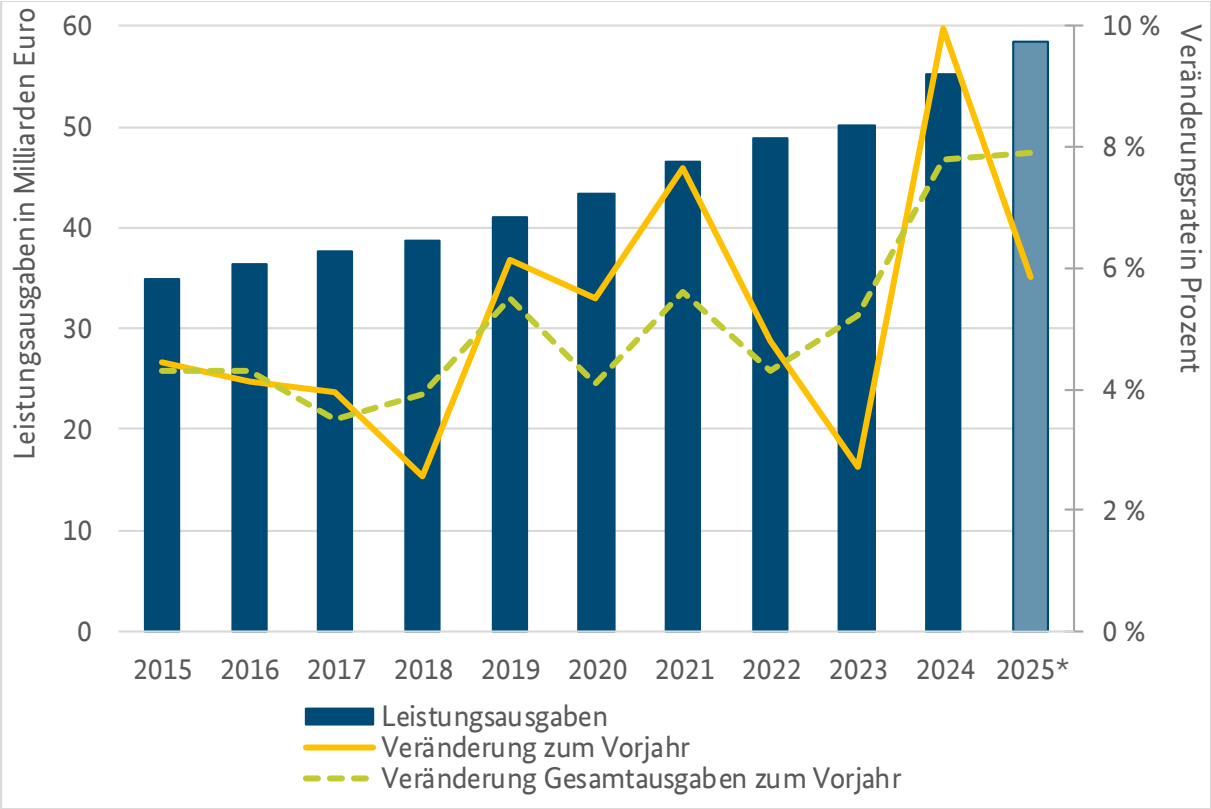
- Großhandelshöchstzuschlag (3,15 % auf Abgabepreis + 0,73 €)
- Apothekenzuschlag (3 % auf Apothekeneinkaufspreis + 8,35 € - 1,77 € Rabatt für Krankenkassen)
- Notdienstzuschlag (0,21 €)
- Förderzuschlag für pharmazeutische Dienstleistungen (0,20 €)

Für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen gelten gesonderte Regelungen nach §§ 4 und 5 AMPreisV.

Ausgabenentwicklung und Treiber

Der Bereich der Arzneimittel umfasst in 2025 ein Ausgabenvolumen von knapp 58 Mrd. €, hat einen Anteil von rund 18 % an den Gesamtausgaben der GKV und ist damit der zweitgrößte Leistungsbereich.

Abbildung 6.7.1.1:: Ausgabenentwicklung im Bereich der Arzneimittel in der GKV seit 2010



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

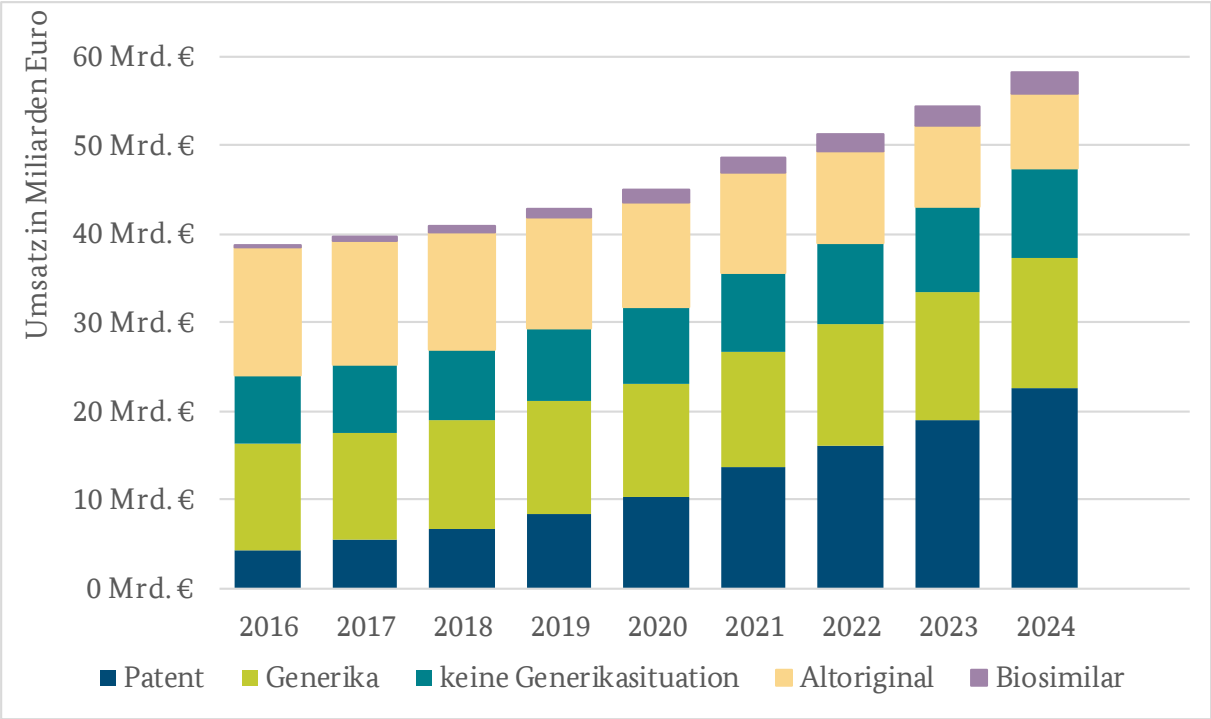
Die Leistungsausgaben im Bereich Arzneimittel haben sich seit 2010 mit durchschnittlich 5-6 % jährlicher Veränderung entwickelt und liegen damit etwas oberhalb des Niveaus der Leistungsausgaben insgesamt in der GKV (rund 5 %).

Dabei sind zwischen einzelnen Jahren deutliche Sprünge zu beobachten, die unter anderem auf gesetzliche Änderungen zurückzuführen sind, als auch auf einen Anstieg neuer und kostenintensiver Therapieoptionen.

Der hohe Anstieg von rund 9,7 % in 2024 ist auf den erhöhten Herstellerabschlag von 2023 von 12 % zurückzuführen, welcher zum 31.12.2023 ausgelaufen ist.

Der Arzneimittelmarkt ist in verschiedene Segmente aufgeteilt, mit jeweils ganz eigener Dynamik. Die wesentlichen Segmente von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sind Patentarzneimittel, Generika (Arzneimittel mit ausgelaufenem Patent ohne generische Konkurrenz), Altoriginale und Biosimilars.

Abbildung 6.7.1.2: GKV-Arzneimittelumsatz nach Marktsegmenten



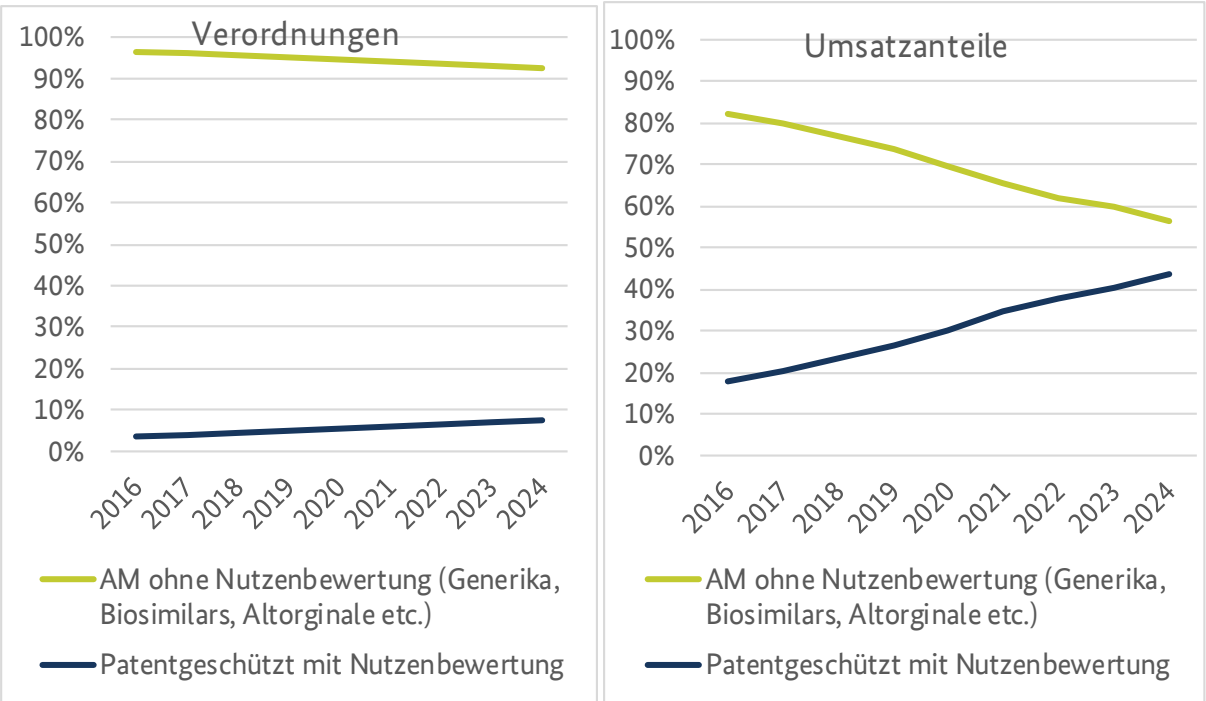
Quelle: Insight Health

In den letzten Jahren haben sich die Ausgabenvolumina der jeweiligen Segmente deutlich verschoben. Während der Generikaanteil stabil bei 12-13 Mrd. € blieb, sind Biosimilars in den letzten fünf Jahren jährlich um 11 % gestiegen. Patentgeschützte Arzneimittel stiegen durchschnittlich mit 8 % pro Jahr an.

Patentgeschützte Arzneimittel im Detail

Die Ausgabendynamik im Patentmarkt ist hauptsächlich auf die Preiskomponente zurückzuführen:

Abbildung 6.7.1.3: Anteil AM mit und ohne Nutzenbewertung an Verordnung und Umsatz



Quelle: Insight Health

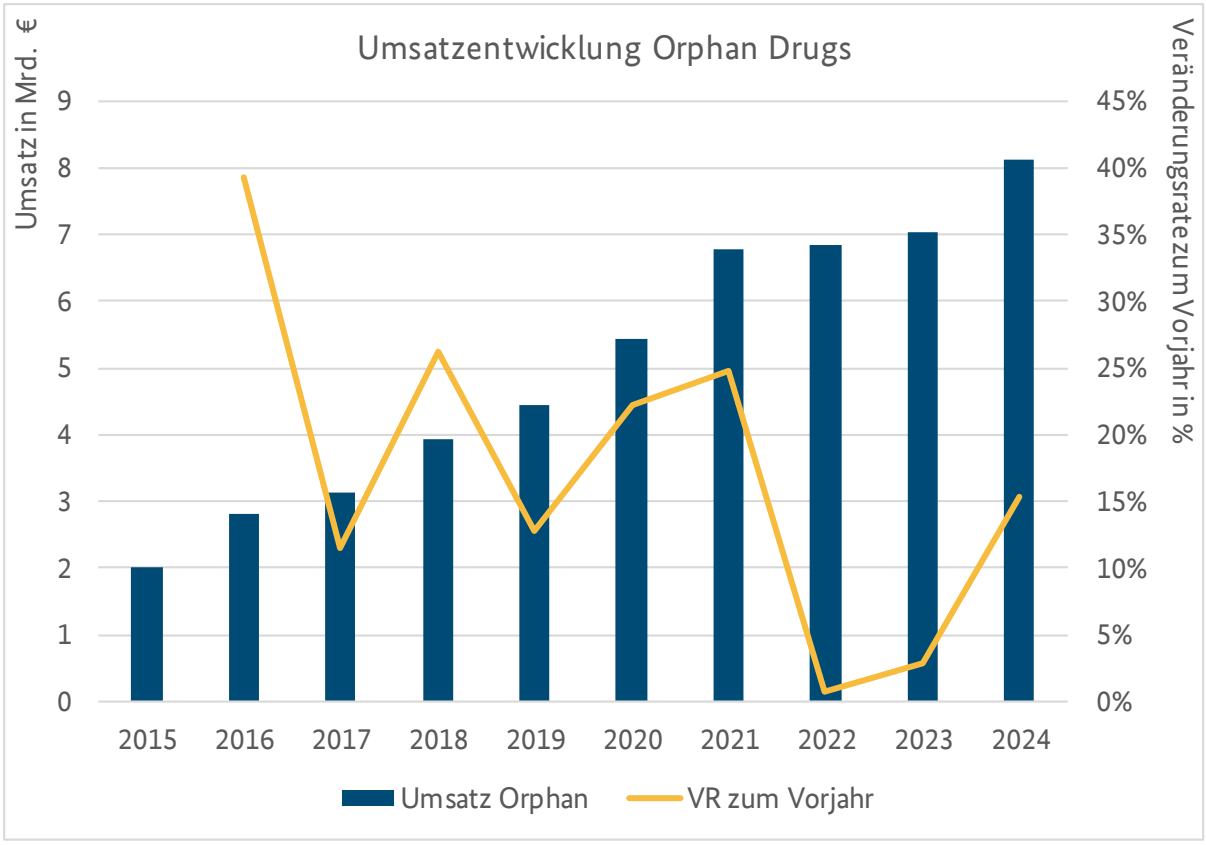
Innerhalb der Gruppe der patentgeschützten Arzneimittel haben diejenigen mit einer Nutzenbewertung ein Ausgabenvolumen am aktuellen Rand von etwa 22 Mrd. € und sind im 5-Jahres-Mittel jährlich um 17 % gestiegen. Sie bilden damit den Ausgabenposten mit der höchsten Dynamik und sind der entscheidende Kostentreiber im Leistungsbereich der Arzneimittelausgaben.

Die Verordnungsmenge für patentgeschützte Arzneimittel mit Nutzenbewertung hat in 2024 lediglich einen Anteil von 2,9 % der Gesamtverordnungsmenge und befindet sich weit unterhalb der Verordnungsmengen des Restmarkts. Gemessen am Anteil des Gesamtumsatzes machen patentgeschützte Arzneimittel in 2024 mit etwa 45 % aber fast die Hälfte des Ausgabenvolumens aus (siehe Abbildung 6.7.1.3).

Ein Blick auf die Marktlandschaft der patentgeschützten Arzneimittel zeigt weiterhin auf, wie sich ein Großteil der Kosten nur auf eine kleine Zahl von Arzneimitteln konzentriert: So entfallen in 2024 rund 34,5 % der Gesamtausgaben von Arzneimitteln auf die Top 10 der umsatzstärksten Arzneimittel (DAK-Gesundheit 2025). Dies verdeutlicht die hohe Konzentration der Ausgaben auf einige wenige sehr kosten- und verordnungsintensiven Arzneimittel.

Ein weiterer nicht unwesentlicher Teilbereich der patentgeschützten Arzneimittel ist der Orphan Drugs-Markt. Mit dem extrem geringen Verordnungsanteil von 0,1 %, machen diese Arzneimittel 13 % der Gesamtausgaben der GKV für Arzneimittel aus. Besonders gravierend ist die Kostendynamik in diesem Markt:

Abbildung 6.7.1.4: Entwicklung des Gesamtumsatzes für die Orphan-Drugs seit 2015



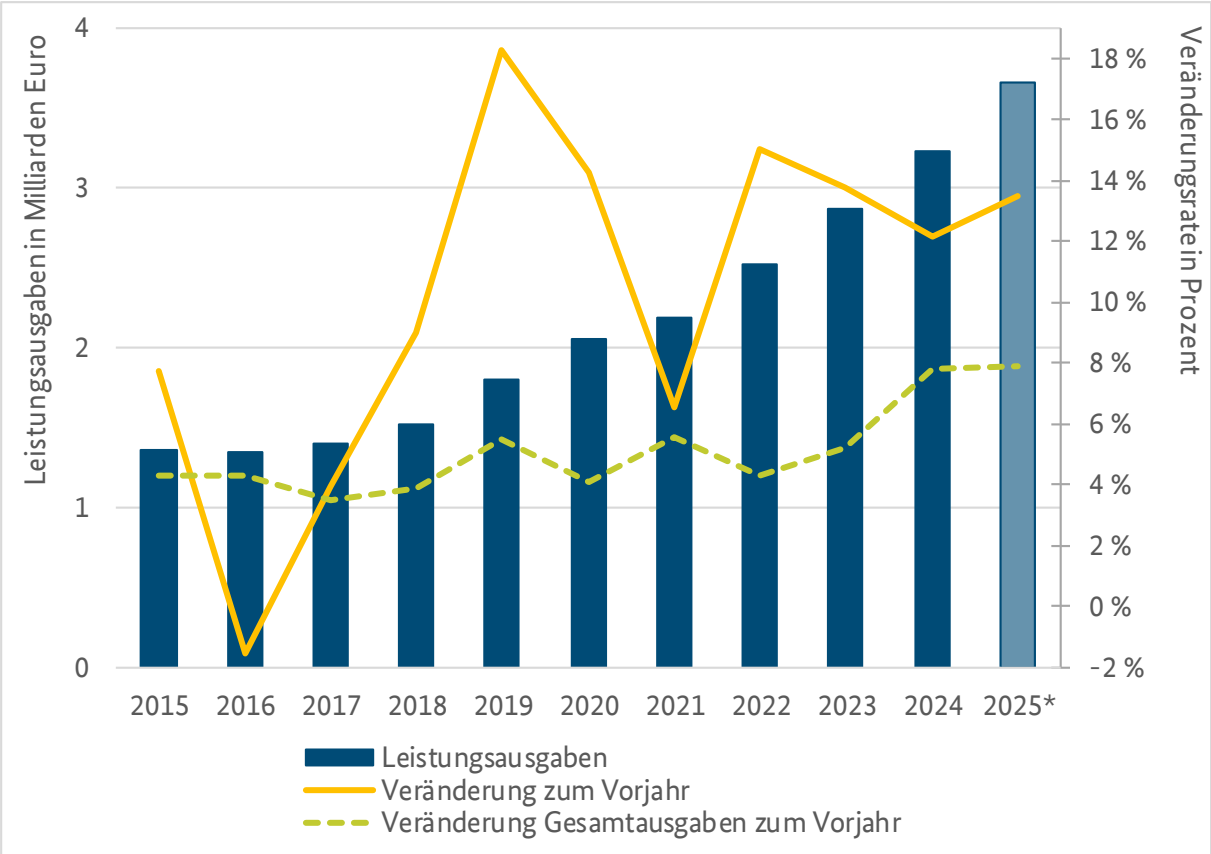
Quelle: eigene Darstellung mit Daten aus (Schröder et al. 2025)

Während die Ausgaben 2015 noch etwa 2 Mrd. € betrugen, so waren es in 2019 schon etwa 4,4 Mrd. € und in 2024 8,1 Mrd. €. Das entspricht einem 5-Jahres-Mittel von etwa 14 % Anstieg pro Jahr. Zum Vergleich: Patentgeschützte Arzneimittel, die keine Orphan Drugs sind, haben einen Anstieg von etwa 8 % im 5-Jahres-Mittel. Somit weisen Orphan Drugs eine erhöhte Preisdynamik auf in einem bisher schon stark ansteigendem Marktvolumen der patentgeschützten Arzneimittel.

Schutzimpfungen

Das Segment der Schutzimpfungen hat mit Ausgaben in Höhe von 3,2 Mrd. € einen Anteil von etwa 4,5 % innerhalb der GKV-Ausgaben für Arzneimittel (siehe Abbildung 6.7.1.5) seit 2015 von etwa 1,4 Mrd. € auf 3,6 Mrd. € in 2024 um den Faktor 2,6 gewachsen. Im 5-Jahres-Mittel sind die Ausgaben hier um jährlich 12,3 % gestiegen.

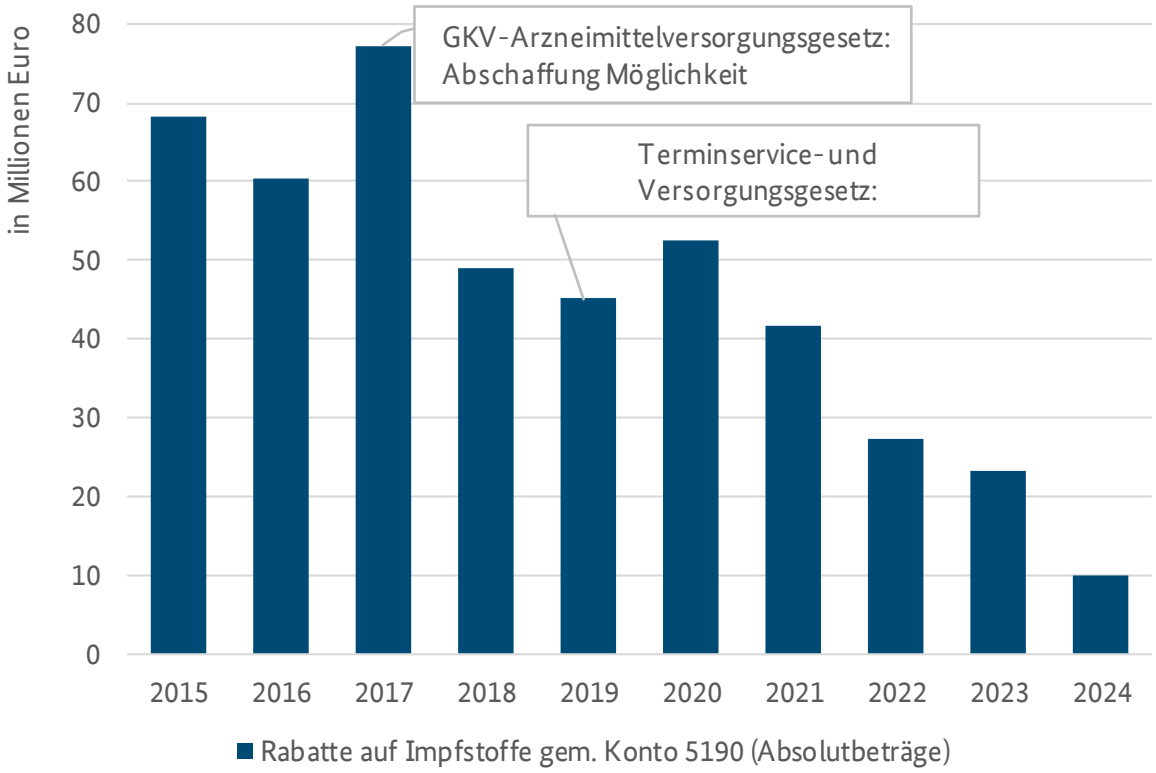
Abbildung 6.7.1.5: Schutzimpfungen - Umsatz und Veränderungsrate



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Die Aufnahme von Impfungen in den gesetzlichen Leistungskatalog erfolgt nach Zulassung durch die EMA oder des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) und in Folge einer Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) durch den G-BA. Der Initialpreis für Impfstoffe ist durch den Hersteller frei festlegbar. Im großen Unterschied zum Arzneimittelmarkt greifen im weiteren Verlauf keine Instrumente wie Preismoratorien oder Preisverhandlungen. Eine begrenzte Preisregulierung erfolgt gemäß § 130a Absatz 2 SGB V, der einen spezifischen Herstellerabschlag definiert, welcher dafür sorgen soll, den Preis in Höhe eines europäischen Referenzpreises zu halten. Ist ein solcher Referenzpreis nicht ermittelbar, greift der Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1 SGB V. Bei Impfstoff-Präparaten ohne relevanten Wettbewerb greift dieses Werkzeug nicht und der Hersteller kann folglich den Preis frei erhöhen. Die Möglichkeit der Krankenkassen, Rabattverträge für Schutzimpfungen abzuschließen, wurde mit dem TSVG abgeschafft (vgl. dazu auch Abschnitt 6.7.9). Infolge ist seit 2021 eine stetige Abnahme der Rabatte auf Schutzimpfungen zu verzeichnen (siehe Abbildung 6.7.1.6).

Abbildung 6.7.1.6: Entwicklung der Rabatte seit 2015

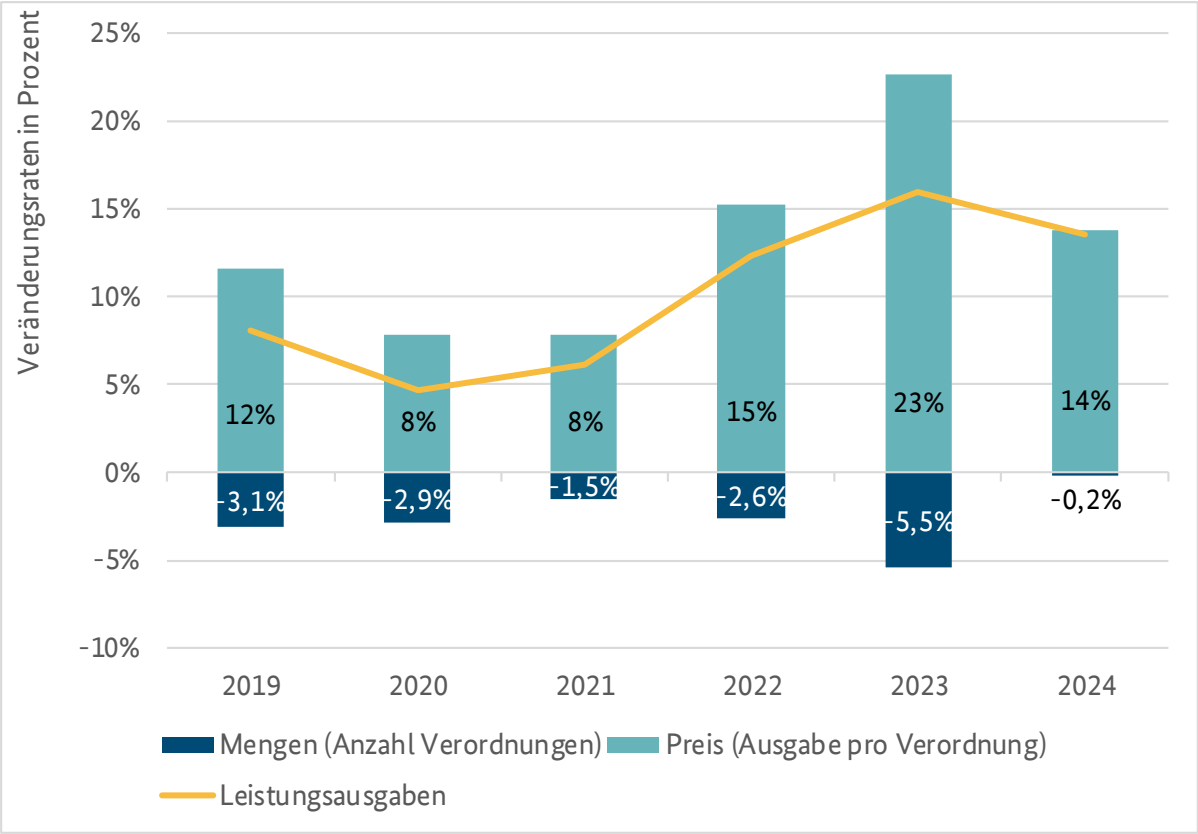


Quelle: KJ1-Statistik

Verbandmittel

Die Leistungsausgaben der GKV betrugen für Verbandmittel etwa 2 Mrd. € in 2025. Dabei weisen Verbandmittel eine starke Ausgabenzunahme auf. Im 5-Jahres Mittel sind die Kosten in diesem Segment insgesamt um etwa 10,5 % gestiegen. Diese Dynamik liegt oberhalb der von patentgeschützten Arzneimitteln (8 %) und ebenfalls deutlich über der generellen GKV-Ausgabenentwickung (5 %).

Abbildung 6.7.1.7: Komponentenzerlegung Verbandmittel



Quelle: GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi)

In Abbildung 6.7.1.7 zeigt sich die Veränderungsrate der Gesamtausgaben sowie der Anteil an der Veränderungsrate, bestehend aus der Menge (Anzahl der Verordnungen) und dem Preis je Verordnung. Die Mengenkomponente ist seit 2019 rückläufig und sinkt im 5-Jahres Mittel um etwa 2,6 %, während die Preiskomponente im selben Zeitraum im 5-Jahres Mittel um etwa 13,3 % jährlich steigt. Innerhalb der Verbandmittel weisen die sogenannten „sonstigen Produkte zur Wundbehandlung" seit 2022 eine besonders starke Ausgabensteigerung auf. Auf Grundlage einer bereitgestellten Auswertung des GKV-SV lagen die Ausgaben in 2022 bei etwa 160 Mio. € und in 2024 schon bei 218 Mio. €. Dies entspricht einer Steigerung der Ausgaben von knapp 36 %. Gleichzeitig waren die Verordnungsmengen innerhalb dieses Zeitraums von 2022 – 2024 konstant bei etwa 1 Mio. Verordnungen jährlich. Der Ausgabenanstieg resultiert daher auch hier in erster Linie aus der Preisentwicklung und der Einführung neuer Produkte. Der G-BA hat zwar in der Arzneimittelrichtlinie festgelegt, dass diese Produkte erst nach einer Nutzenbewertung erstattungsfähig sind. Jedoch läuft seit 2020 eine Übergangsfrist, die eine Erstattung auch ohne Nutzennachweis zulässt.

Fazit

Abschließend ist festzuhalten, dass Arzneimittelausgaben nicht aufgrund steigender Verordnungen zu Kostenanstiegen führen, sondern sich eindeutig die Preis- und Strukturkomponenten von neuen und innovativen patentgeschützten Arzneimitteln, der Schutzimpfungen und der Verbandmittel erhöht haben. Der Teilbereich der patentgeschützten Arzneimittel ist dabei maßgeblich für die Ausgabenentwicklung.

6.7.2 Reformempfehlung Nr. 37: Einführung eines dynamisierten Herstellerabschlags

Hintergrund	Die Ausgabendynamik für patentgeschützte Arzneimittel beträgt im 5-Jahres-Mittel 8 % / Jahr und hat damit eine der höchsten Ausgabendynamiken innerhalb der GKV
Reformempfehlung	Erhöhung und Dynamisierung des Herstellerabschlags
Finanzwirkung	2,27 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Der Herstellerabschlag für patentgeschützte Arzneimittel nach § 130a Absatz 1b SGB V ist ein erprobtes Mittel, um Ausgabensteigerungen zu senken und pharmazeutische Unternehmen bei der Stabilisierung der GKV-Finanzen mit einzubinden. Schließlich sind patentgeschützte Arzneimittel mit Ausgabensteigerungen von jährlich 8 % im 5-Jahres-Mittel ein entscheidender Kostentreiber für den Leistungsbereich der Arzneimittel (siehe Abschnitt 6.7.1). In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem sollte die Ausgabenentwicklung einzelner Leistungsbereiche langfristig in einem nachhaltigen Verhältnis zur Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen stehen.

In der Vergangenheit wurden die gesetzlichen Abschläge in ihrer Höhe einige Male angepasst. So wurde zum Beispiel der Abschlag gemäß § 130a Absatz 1a SGB V von 2010 – 2013 auf 16 % oder zuletzt der Abschlag gemäß § 130a Absatz 1b SGB V in 2023 auf 12 % erhöht. Derzeit beträgt der Herstellerabschlag 7 %.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt

1. die Anhebung des Herstellerabschlags für patentgeschützte Arzneimittel für das Jahr 2027 um weitere 7 % auf dann 14 %

und

2. eine Dynamisierung des Herstellerabschlags ab dem Jahr 2028, durch Kopplung der Ausgabenentwicklung an die Einnahmeentwicklung.

Für die nachhaltige Stabilisierung der Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel ist eine Kopplung der Ausgaben an die Entwicklung der Einnahmen notwendig. Dabei ist zu beachten, dass die Kommission die Kopplung der Ausgaben an die Einnahmen einheitlich für alle Ausgabenbereiche der GKV empfiehlt. Die Maßnahme ist daher nicht spezifisch für den Arzneimittelbereich zu sehen. Eine

statische Erhöhung des Herstellerabschlags würde zwar zu einmaligen Einsparungen für die GKV führen, aber die Ausgabendynamik nicht längerfristig bremsen. Diese Kopplung wird bei einem dynamisierten Abschlag dadurch realisiert, dass die Abschlagshöhe davon abhängig ist, wie stark sich die Entwicklung der Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel von den beitragspflichtigen Einnahmen unterscheiden. So trägt der Mechanismus dazu bei, die Ausgabenentwicklung des Patentmarktes auf die Einnahmeentwicklung der beitragspflichtigen Einkommen zu beschränken und Abweichungen über den dynamischen Herstellerabschlag auszugleichen. Damit wird gewährleistet, dass die Finanzierung innovativer Arzneimittel im Rahmen der solidarischen Krankenversicherung dauerhaft mit der finanziellen Leistungsfähigkeit des Systems in Einklang bleibt.

Aufgrund der Datenverfügbarkeit und einer rechtzeitigen finanziellen Wirkung wird empfohlen, den Herstellerabschlag für das Jahr 2027 pauschal zu erhöhen, bevor er ab dem Jahr 2028 dynamisch ausgestaltet wird. Die Kommission empfiehlt hier eine Anhebung um zusätzliche 7 % auf insgesamt 14 % für 2027. Die Berechnung des dynamischen Herstellerabschlags erfolgt auf Basis retrospektiver Daten mit dem Ziel, die Differenz zwischen den Ausgaben und Einnahmen des Vorjahres im Folgejahr auszugleichen.

Die Dynamisierung des Herstellerabschlags erfolgt über einen Vergleich der „Soll-Ausgaben" für Arzneimittel mit Patentschutz für den Vorjahreszeitraum. Die Differenz der „Soll-Ausgaben" und der tatsächlichen „Ist-Ausgaben" des Vorjahres bilden die Grundlage für die genaue Berechnung des Abschlags für das Folgejahr.

Die Soll-Ausgaben stellen das (hypothetische) Ausgabevolumen des Vorvorjahres dar, das mit dem Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen des Vorjahres fortgeschrieben wird. Der sich daraus ergebende Wert stellt die hypothetischen Ausgaben für Patent-Arzneimittel dar, die sich ergeben würden, wenn sich diese Ausgaben analog den Einnahmen entwickelt hätten. Dieser stellt damit den Referenzwert für die Berechnung des dynamischen Herstellerabschlags dar und wird in den Folgejahren mit der jeweiligen faktischen Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen fortgeschrieben.

Als Datengrundlage sollten die Daten der Arzneimittelabgaben nach § 84 SGB V sowie die beitragspflichtigen Einnahmen gemäß der KJ1-Daten erhoben werden. Die Berechnung und Veröffentlichung des Herstellerabschlags soll durch das Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. Juni mit Gültigkeit ab dem 1. Juli, beginnend 2028 erfolgen.

Konkret wird der Herstellerabschlag für den Zeitraum 1. Juli 2028 bis 30. Juni 2029 wie folgt ermittelt:

Für die erstmalige Berechnung des dynamisierten Abschlags für das Jahr 2028 werden die „Soll-Ausgaben" des Jahres 2027 anhand der „Ist-Ausgaben" aus 2026 für Patent-Arzneimittel berechnet. Die Ist-Ausgaben für 2026 werden mit dem Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 2027 gegenüber 2026 fortgeschrieben.

Der dynamische Herstellerabschlag ergibt sich letztlich aus der Differenz der „Ist-Ausgaben“ zu den „Soll-Ausgaben“ des Jahres 2027, dividiert durch die „Ist-Ausgaben“ des Jahres 2027. Damit erhöht der Betrag, den die tatsächlichen Ausgaben für Patent-Arzneimittel die „Soll-Ausgaben“ im Jahr 2027 überschreiten, den Herstellerabschlag für den Zeitraum 1. Juli 2028 bis 30. Juni 2029.

Ab 2029 werden die „Soll-Ausgaben“ im Unterschied zu 2028 nicht über die Fortentwicklung der „Ist-Ausgaben“ des Vorjahres, sondern über die Fortentwicklung der „Soll-Ausgaben“ des Vorjahres ermittelt, wodurch die Ausgabendynamik langfristig an die Einnahmeentwicklung gekoppelt wird.

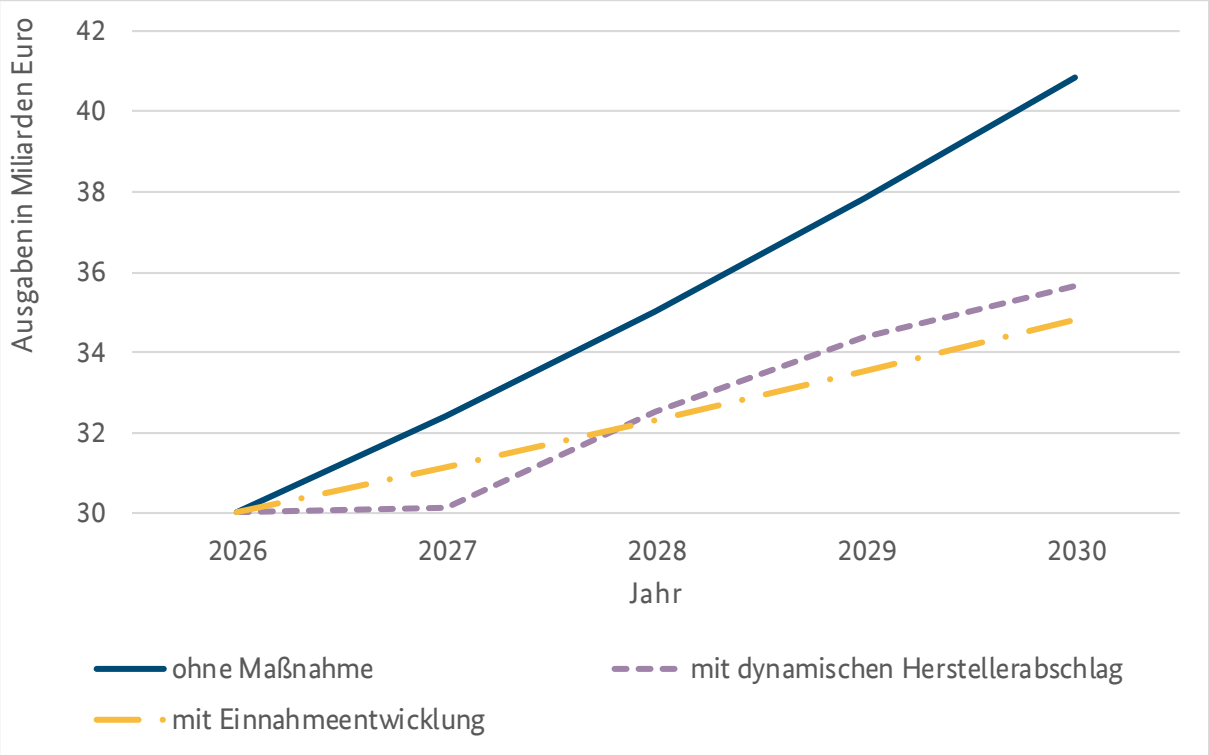
Die Verlängerung des Preismoratoriums gemäß § 130a Absatz 3a SGB V ist darüber hinaus notwendig, damit der Herstellerabschlag wirksam werden kann.

Geschätzte Finanzwirkung

Bei einer Erhöhung des Herstellerabschlags auf 14 % sind für das Jahr 2027 Einsparungen in Höhe von 2,27 Mrd. € realisierbar. Bei einer fortlaufenden Dynamisierung des Herstellerabschlags ab 2028 werden jährlich weitere Einsparungen von rund 1 Mrd. € erwartet. Die Berechnungen nehmen einen abnehmenden Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen und eine Fortschreibung der bisherigen Ausgabendynamik für die „Ist-Ausgaben“ an. In der folgenden Grafik wird die Ausgabenentwicklung in drei Varianten dargestellt:

1. Ausgabenentwicklung ohne Maßnahme
2. Ausgabenentwicklung entsprechend der Einnahmeentwicklung (bpE)
3. Ausgabenentwicklung unter Berücksichtigung des dynamischen Herstellerabschlags. Für 2027 ist hier die pauschale Anhebung von 7 % berücksichtigt, was zur anfänglicher Unterschreitung der bpE führt.

Abbildung 6.7.2.1: Prognostizierte Ausgabenentwicklung im Vergleich der Reformempfehlungen



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage der GamSi-Daten

Diskussion

Umsetzbarkeit

Der Herstellerabschlag ist ein Instrument, welches relativ schnell umgesetzt werden kann. Über die Informationsstelle für Arzneispezialitäten (IFA) können pharmazeutische Unternehmen alle 14 Tage Änderungen zu ihren Produkten melden, wodurch eine Anpassung aufgrund eines dynamischen Herstellerabschlags unterjährig schnell umsetzbar ist.

Die Berechnung des Herstellerabschlags basiert auf sicheren Datenquellen, die die tatsächliche Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben abbilden. Damit ist eine rechtssichere Ausgestaltung der Dynamisierung des Herstellerabschlags gewährleistet.

Verfassungsrechtliche Bedenken bestehen nicht. Eine Erhöhung des Herstellerabschlags wurde vom Bundesverfassungsgericht als verfassungskonform gewertet. Der Grundrechtseingriff durch den Herstellerabschlag ist mit Blick auf die finanzielle Stabilität der GKV gerechtfertigt, für die der Gesetzgeber eine besondere Verantwortung hat (BVerfG 1. Senat, 2025b).

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Regelung kann Auswirkungen auf die Marktteilnahme pharmazeutischer Unternehmer und somit auf den Zugang zu patentgeschützten Medikamenten haben. Zudem kann sich die Regelung auf die Zeit bis zum Zugang bei patentgeschützten Arzneimitteln auswirken.

Eine Zusammenfassung der Auswertungen von verschiedenen Stakeholdern im Rahmen des AMNOG-Reports legen jedoch nahe, dass die Änderungen durch das GKV-FinStG keine Marktrücknahmen nach sich gezogen haben. Mit dem GKV-FinStG wurde ebenfalls der Herstellerabschlag in 2023 auf 12 % erhöht, seinerzeit befristet auf ein Jahr. Die Zeit bis zur Erstattung hat sich nur in den Auswertungen des vfa negativ entwickelt, während IGES und die AMNOG-Report-Eigenauswertungen keine Verzögerungen feststellen konnten (DAK-Gesundheit 2025). Die Ergebnisse könnten bei einem langfristig angelegten, dynamischen Herstellerabschlag allerdings eventuell anders ausfallen.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Primär betroffen sind Hersteller von patentgeschützten Arzneimitteln. Der Herstellerabschlag stellt ein etabliertes Instrument dar, mit dem pharmazeutische Unternehmen im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Beteiligung am Arzneimittelmarkt zur Stabilisierung der solidarischen Finanzierung beitragen. Dabei werden alle pharmazeutischen Unternehmen dieses Marktsegmentes gleichermaßen belastet, unabhängig von ihrem Anteil an der Kostenentwicklung. Da die Höhe des dynamisierten Abschlags anhand der tatsächlichen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung des Vorjahres ermittelt wird, ist diese für die pharmazeutischen Unternehmen nur begrenzt vorhersagbar. Die Bekanntgabe der Abschlagshöhe unmittelbar nach Vorliegen der entsprechenden Daten durch das Bundesministerium für Gesundheit bedeutet vor diesem Hintergrund zumindest ein gewisses Maß an Planungssicherheit für die pharmazeutischen Unternehmen.

6.7.3 Reformempfehlung Nr. 38: Nachschärfung der Preis-Mengen Regelung

Hintergrund	Preis-Mengen Regelungen nach § 130b Absatz 1a SGB V führen in Folge von Schiedsstellenentscheidungen zu keinen relevanten Einsparungen.
Reformempfehlung	Umsatzschwellen und Rabattsätze bei Überschreitungen sollen gesetzlich definiert werden
Finanzwirkung	Ca. 0,7-0,9 Mrd. € ab 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Im Rahmen der hohen Ausgabendynamik von Arzneimitteln sind Mengenrabatte ein sinnvolles und adäquates Mittel, die Ausgaben von Arzneimitteln mit hohem Umsatzvolumen zu begrenzen. International sind Preis-Mengen-Regelungen wichtige Preisregulierungsinstrumente, um hohe Einsparungen zu generieren. In Frankreich beispielsweise belaufen sich die Einsparungen durch diese Form der Preisregulierung auf etwa 2,4 Mrd. € in 2024 (CEPS 2025).

Mit dem GKV-FinStG hat der Gesetzgeber die Verhandlungsparteien verpflichtet, in den Erstattungsbetragsverhandlungen von Arzneimitteln, die in den Regelkreis des AMNOGs fallen, Mengenrabatte zu vereinbaren (§ 130b Absatz 1a SGB V). Davor waren diese optional und Teil der Verhandlungsmasse.

Allerdings bleibt die Wirkung der Preis-Mengen-Regelung hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurück. Dieser hatte das Einsparziel im Rahmen des GKV-FinStG nur auf etwa 50-100 Mio. € pro Jahr quantifiziert (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 20/3448, 2022), was bereits weit unter den in Frankreich erreichten Volumina lag. Die Schiedsstelle begrenzte daraufhin die Wirkung der Regelung des GKV-FinStG durch einen Schiedsspruch nach § 130b Absatz 5 SGB V mit Präzedenzwirkung auf ein Minimum. Das im Schiedsspruch zum Wirkstoff Cemiplimab in 2023 festgelegte Preis-Mengen-Modell sieht Rabatte nur in Abhängigkeit der Zuwächse innerhalb eines Jahres vor. Das von der Schiedsstelle vorgegebene Modell ist somit ein relatives Mengenzuwachsmodell, welches das absolute Ausgabenvolumen vernachlässigt. Ähnlich gelagert ist das Preis-Mengen-Modell zu Dapagliflozin aus 2024, welches zwar die Gesamtausgaben einbezieht, jedoch im Ergebnis zu keinen relevanten Einsparungen führt. Gemäß GKV-SV wurde nach drei Jahren durch diese Modelle lediglich eine Summe von 25 Mio. € eingespart. Dieser Betrag bleibt in Anbetracht des hohen Ausgabenwachstums und dem im GKV-FinStG formulierten Einsparziel deutlich hinter den Erwartungen zurück (Deutscher Bundestag, *Ausschussdrucksache* 21(14)34(14), 2025).

Die Präzedenzwirkung der genannten Schiedsstellenmodelle führt im Ergebnis dazu, dass kaum Verhandlungsspielraum zur Vereinbarung wirksamer Mengenrabatte besteht. In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem ist es sachgerecht, dass mit steigenden Gesamtumsätzen eines Arzneimittels auch preisregulierende Mechanismen greifen, um die Belastung der Beitragsmittel in einem angemessenen Verhältnis zum Versorgungsbedarf zu halten.

Reformempfehlung

Um eine rechtssichere Ausgestaltung von Preis-Mengen-Regelungen zu erreichen, die zudem das Gesamtumsatzvolumen in die Rabattermittlung einbezieht, wird empfohlen, Umsatzschwellen im Gesetz zu konkretisieren. Die Höhe des Mengenrabatts sollte vom Gesamtumsatz abhängig sein und je erreichter Umsatzschwelle einen festgesetzten Rabattsatz umfassen.

Einzug kann eine solche Regelung nur in neu durchzuführenden Erstattungsbetragsverhandlungen finden, ausgelöst entweder aufgrund eines neuen G-BA Beschlusses oder der Kündigung einer bestehenden Vereinbarung durch die Vertragsparteien. Um eine schnelle Umsetzung der Regelungen zu fördern, sollte den Vertragsparteien daher ein Sonderkündigungsrecht zum 1. Februar 2027 eingeräumt werden. Im Fall einer Kündigung sollte die gekündigte Vereinbarung bis zum Wirksamwerden einer neuen Vereinbarung fortgelten.

Geschätzte Finanzwirkung

Die geschätzte Finanzwirkung ist unmittelbar abhängig von der konkreten Ausgestaltung der Umsatzschwellen/Umsatzcluster und der Höhe des Rabatts. Im konkreten Fall empfiehlt die Kommission ein Modell, bei dem je 100 Mio. € Umsatz ein Mindestrabatt von 2% angesetzt wird. Die ersten 100 Mio. € Umsatz wären hierbei frei von Rabatten. Das höchste Umsatzcluster ist für Arzneimittel mit Umsätzen von mehr als 500 Mio. € mit einem maximalen Rabattsatz von 10 % vorgesehen.

Um eine Finanzwirkung zu ermitteln, bedarf es einer Stratifikation der Umsatzverteilungen einzelner Arzneimittel. Hierbei werden die Arzneimittel nach ihren Umsätzen geclustert und der dabei entsprechende prozentuale Rabatt in Abhängigkeit vom Umsatz gemäß der vorgeschlagenen Regel angewandt. Eine interne Schätzung auf Basis von dem Bundesministerium für Gesundheit nach § 84 Absatz 5 SGB V bereitgestellten Datenauswertungen hält hier Einsparungen in Höhe von 700 Mio. € - 900 Mio. € für möglich, sofern für alle Arzneimittel im Bestandsmarkt die beispielhaften Regelungen umgesetzt werden würden.

Im Jahr 2027 wird die Finanzwirkung geringer ausfallen, da die bestehenden Erstattungsbeträge gekündigt und unter Berücksichtigung der Preis-Mengen-Regelung neu verhandelt werden müssen, um Einsparungen zu generieren.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Umsetzung einer Preis-Mengen-Regelung kann in § 130b SGB V abgebildet werden, die die Folgen nach Überschreiten von Menge- oder Umsatzschwellen klar prozentual definiert. Neu zu verhandelnde Erstattungsbeträge müssen die Vorgaben berücksichtigen. Das vorgeschlagene Sonderkündigungsrecht zum 1. Februar 2027 für beide Parteien würde ermöglichen, dass bereits bestehende Erstattungsbeträge, unabhängig von vertraglich vereinbarten Mindestlaufzeiten und Kündigungsfristen, gekündigt und unter Berücksichtigung der Mindestanforderungen an Preis-Mengen-Rabatten neu verhandelt werden können. Damit wirkt diese Regelung auch auf dem Markt von Arzneimitteln mit bereits verhandelten Erstattungsbeträgen. Ohne Sonderkündigungsrecht wäre eine solche Kündigung nur gemäß der vertraglich vereinbarten Fristen und Mindestlaufzeiten möglich.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die unmittelbaren Auswirkungen auf die Versorgung sind als gering einzuschätzen, da die Reformempfehlung lediglich sehr wenige Arzneimittel mit hohen Umsatzvolumina betrifft. Die Regelung trägt damit dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit Rechnung, indem sie insbesondere dort greift, wo einzelne Arzneimittel einen besonders großen Anteil der solidarisch finanzierten Ausgaben beanspruchen. Eine solche Regelung würde auf Grundlage von Umsatzdaten des GKV-SV aus dem Jahr 2024 lediglich 17 % der Wirkstoffe betreffen, sodass ein Großteil von diesen Preis-Mengen Rabatten unberührt bliebe.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Besonders betroffen wären pharmazeutische Unternehmen mit Produkten mit hohen Umsätzen. Ein gesetzlich festgelegtes Sonderkündigungsrecht kann für die pharmazeutischen Hersteller auch zu Planungsunsicherheiten führen, da jede Vereinbarung auch innerhalb ihrer Mindestlaufzeit gekündigt werden könnte. Es ist zu erwarten, dass bei den Preisverhandlungen die Einsparungen durch Preis-Mengen-Regelungen teilweise durch einen höheren Ausgangspreis wieder ausgeglichen werden könnten.

6.7.4 Reformempfehlung Nr. 39: Selektivverträge für therapeutisch gleichwertige Arzneimittel unter Patent

Hintergrund	Es besteht derzeit keine Regulierung, die eine indikationsbezogene Substitution von therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln mit unterschiedlichen Wirkstoffen erlaubt
Reformempfehlung	Der G-BA wird beauftragt, wirkstoffübergreifende Gruppen zu bilden, für die dann von Kassen Selektivverträge für eine bevorzugte Verschreibung geschlossen werden können
Finanzwirkung	Ca. 0,2 Mrd. € in 2028
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Derzeit ist ein Austausch von Arzneimitteln in Apotheken gemäß § 129 SGB V grundsätzlich nur bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln möglich. Somit ist diese Regelung beschränkt auf Arzneimittel ohne Patentschutz, bei denen eine generische Substitution auf unkomplizierte Weise möglich ist. Eine wirkstoffübergreifende Substitutionsmöglichkeit ist bisher gemäß § 130c SGB V nur in einem begrenzten Umfang möglich. Zudem können Krankenkassen Selektivverträge mit pharmazeutischen Unternehmen abschließen, die entsprechenden Arzneimittel sollen nach § 130c Absatz 3 SGB V bevorzugt verordnet werden. Diese Verträge finden in der Praxis nur vereinzelt Anwendung, da die Anreize aus Sicht der pharmazeutischen Unternehmen gering sind. Darüber hinaus bezieht sich diese Regelung nur auf einzelne Wirkstoffe und ermöglicht keinen Wettbewerb durch Austauschbarkeit zwischen therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln mit unterschiedlichen Wirkstoffen. Die weiteren Regelungen zu wirtschaftlichen Verordnungen gemäß § 84 Absatz 1 SGB V und § 73 Absatz 8 SGB V schaffen ebenfalls keinen Rahmen, der die Austauschbarkeit bei wirkstoffübergreifenden Arzneimitteln regelt.

Die Versorgungspraxis zeigt, dass in vielen Anwendungsgebieten mehrere gleichwertige Therapievarianten zur Verfügung stehen. Die frühe Nutzenbewertung nach § 35a SGB V im Rahmen des AMNOG legt für alle patentgeschützten Arzneimittel (Ausnahme Orphan Drugs) eine zweckmäßige Vergleichstherapie fest, die den Behandlungsstandard innerhalb eines Anwendungsgebietes darstellt (§ 6 AM-NutzenV). Die zweckmäßige Vergleichstherapie bildet den therapeutischen Standard innerhalb eines Anwendungsgebietes und stellt damit grundsätzlich auch eine alternative Therapieoption bei Arzneimitteln ohne Zusatznutzen dar.

Die Möglichkeit für Selektivverträge, wo entsprechende Substitutionsalternativen vorhanden sind, würde im Markt der patentgeschützten Arzneimittel mit Nutzenbewertung die Preisdynamik

bremsen. Dieses Segment wächst im 5-Jahres-Mittel um jährlich etwa 17 % und macht dabei die Hälfte des Gesamtausgabenvolumens der GKV für Arzneimittel aus bei einem Verordnungsanteil unterhalb von 10 % (vgl. Abschnitt 6.7.1).

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt eine Anpassung der entsprechenden Gesetze, um den Wettbewerb auch für patentgeschützte Arzneimittel zu fördern. Dazu soll der G-BA beauftragt werden, eine Liste mit therapeutisch vergleichbaren Therapieoptionen ohne generische Konkurrenz bereitzustellen. Diese Liste soll dabei im Sinne der therapeutischen Vergleichbarkeit auf Basis des Zusatznutzens gemäß G-BA Beschluss nach § 35a SGB V erfolgen. Für diese Medikamente können dann Selektivverträge innerhalb der Gruppe geschlossen werden, um eines oder mehrere Arzneimittel dieser Gruppe als bevorzugt verordnungsfähig erklären zu können. Grundsätzlich soll die Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen für alle patentgeschützten Arzneimittel unabhängig ihres Zusatznutzens gelten. Damit wird der Preiswettbewerb in diesem Markt mit hoher Ausgabendynamik gefördert. Gleichzeitig wird die bestehende Nutzenbewertung des AMNOG stärker für wettbewerbliche Steuerungsinstrumente genutzt.

Darüber hinaus müssen Anpassungen in den Regelungen zur Wirtschaftlichkeit von Verordnungen erfolgen, damit Anreize für Leistungserbringer geschaffen werden, Arzneimittel mit Selektivvertrag bevorzugt zu verschreiben. Begründete Ausnahmen für Patientinnen und Patienten mit speziellen therapeutischen Bedürfnissen müssen weiterhin zulässig sein.

Geschätzte Finanzwirkung

Auf Grundlage der Sonderauswertung von Witte et al. 2026 im Rahmen des DAK-Gesundheit AMNOG-Kurzreports 2026 wurde der Effekt einer solchen Regelung für den Markt für Arzneimittel gegen rheumatische Erkrankungen mittels eines Budget-Impact-Rechenmodells simuliert. Eine stark konservative Übertragung der Ergebnisse dieser Auswertung auf den Gesamtmarkt könnte ein Einsparpotenzial von 200 Mio. € in 2028, 400 Mio. € in 2029 und 600 Mio. € in 2030 entfalten.

Diskussion

<u>Umsetzbarkeit</u>

Krankenkassen haben im Rahmen der Verträge nach § 130a Absatz 8 SGB V bereits langjährige Erfahrungen im Bereich der Ausschreibungsverfahren für Arzneimittel. Der Vorschlag sieht vor, dass der G-BA eine Liste mit therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen erstellt. Die therapeutische Vergleichbarkeit ist bereits durch die in den G-BA Beschlüssen der frühen Nutzenbewertung definierten zweckmäßigen Vergleichstherapien erfasst.

Für den Erfolg in der Versorgungspraxis sind stets verfügbare Informationen über den relevanten Selektivvertrag im Augenblick der Verordnung von hoher Bedeutung. Hierfür sind inhaltliche und technische Vorgaben für die Praxissoftware, wie etwa in den HZV - und Facharztverträgen in Baden-Württemberg bereits etabliert, sinnvoll.

Auswirkungen auf die Versorgung

Da Versorgungsalternativen vorhanden sind und individuell begründete Ausnahmen weiterhin möglich sein sollen, wird eine versorgungsneutrale Wirkung erwartet. Die Maßnahme greift nur in Therapiegebieten, in denen mehrere therapeutisch vergleichbare Behandlungsoptionen verfügbar sind.

Für pharmazeutische Unternehmen mit Arzneimitteln mit einem hohen Anteil von Produkten ohne Zusatznutzen könnte der resultierende Preiswettbewerb in Einzelfällen eine Marktrücknahme nach sich ziehen. Wenn ein Arzneimittel keinen Zusatznutzen aufweist, befindet es sich in einer nachteiligen Verhandlungssituation und muss mit Abschlägen im Rahmen der Erstattungsbetragsverhandlung nach § 130b SGB V rechnen. Eine weitere Regulierung durch Selektivverträge könnte den Preis in eine für das Unternehmen unwirtschaftliche Höhe verschieben. Da therapeutisch vergleichbare Alternativen weiterhin vorhanden sind, sind aber keine Auswirkungen auf die Versorgungsqualität zu erwarten.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Es werden über die bereits skizzierten Auswirkungen auf die pharmazeutischen Unternehmen hinaus keine Verteilungs- und Belastungseffekte erwartet.

6.7.5 Reformempfehlung Nr. 40: Abschaffung des Orphan Drug Privilegs

Hintergrund	Orphan Drugs erhalten bei Zulassung bereits einen Zusatznutzen und haben geringere Anforderungen bezüglich der einzureichenden Studien; Therapieoptionen sind in vielen Fällen verfügbar
Reformempfehlung	Abschaffung des Orphan Drug Privilegs, besondere Bedingung in den Preisverhandlungen, wenn Krankheiten eine zu geringe Fallzahl aufweisen
Finanzwirkung	Ca. 30 Mio. € in 2027
Kategorie	B

Hintergrund/Handlungsbedarf

Als Orphan Drugs werden patentgeschützte Arzneimittel zur Behandlung seltener Krankheiten mit einer Prävalenz von höchstens 5 in 10.000 Personen bezeichnet (Europäische Kommission 1999). Nach Antragstellung verleiht die European Medicines Agency (EMA) die sogenannte Orphan Designation (European Medicines Agency 2018), die regulatorische und ökonomische Anreize umfasst. Die Designation eines Arzneimittels als Orphan Drug bringt im deutschen Preisfindungssystem, welches mit dem AMNOG eingeführt wurde und 2011 in Kraft getreten ist, Vorteile gegenüber regulären Arzneimitteln bei der Einreichung und Bewertung von Studien.

Seit Einführung des AMNOG erfolgt eine nutzenbasierte Preisbestimmung im deutschen Arzneimittelmarkt, die zwei Stufen vorsieht: Als Erstes erfolgt nach Markteintritt eine sechsmonatige frühe Nutzenbewertung durch den G-BA, bei welcher der Zusatznutzen des Arzneimittels im Vergleich zu einer zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT) bewertet wird. Während dieser Phase besteht Preisfreiheit für den pharmazeutischen Hersteller. Das Ergebnis zum Ausmaß des Zusatznutzens bildet im zweiten Schritt die Grundlage für die Erstattungsbetragsverhandlung mit dem GKV-SV, in welcher die Kosten der zVT einen preislichen Rahmen definieren, in dem das geregelte Verfahren Aufschläge oder Obergrenzen in Abhängigkeit zum Zusatznutzen vorsieht.

Das Orphan-Drug-Privileg besteht zum einen darin, dass Arzneimittel mit der Orphan-Drug-Designation bis zu einer gesetzlich definierten Umsatzschwelle mit der Zulassung des Arzneimittels automatisch ein nicht quantifizierbarer Zusatznutzen attestiert wird, ohne dass insoweit empirische Evidenz nachgewiesen werden muss (vgl. § 35a Absatz 1 Satz 11 SGB V). Der pharmazeutische Unternehmer (pU) ist nicht verpflichtet, im Rahmen des Dossiers Nachweise über den Nutzen des Arzneimittels und den Zusatznutzen im Vergleich zur zVT zu erbringen. Zudem weisen die eingereichten Studien oftmals nur ein einfaches einarmiges Design ohne Kontrollgruppe aus. Begründet wird dies damit, dass es aufgrund der geringen Fallzahl von Patientinnen und Patienten mit der seltenen Erkrankung schwerer ist, hochwertige Evidenz zu generieren. Darüber hinaus gibt es

für Orphan Drugs keine definierte zVT und somit auch keinen preislichen Bezug zum Therapieumfeld. Die Intention dieser vereinfachten Nutzenbewertung besteht darin, Anreize für Unternehmen zu schaffen: Sie sollen, ihre Forschung auch auf seltene Erkrankungen mit geringen Fallzahlen erweitern und so für diese aus Arzneimittelfirmensicht ansonsten unattraktive Zielgruppe einen schnellen Zugang zu Therapien zu ermöglichen, damit auch die von diesen seltenen Erkrankungen betroffenen Patienten und Patientinnen vom medizinischen Fortschritt profitieren können. Eine Vollbewertung für Orphan Arzneimittel findet erst statt, wenn der Umsatz innerhalb der letzten zwölf Monate eine Umsatzschwelle von 30 Mio. € übersteigt (vgl. § 35a Absatz 1 Satz 12 SGB V). Ab dieser Umsatzschwelle wird davon ausgegangen, dass ausreichende Daten vorliegen, um eine Vollbewertung durchzuführen.

Arzneimittel bilden derzeit den zweitgrößten Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Anteil von etwa 17,8 % der Gesamtausgaben. Besonders der Bereich der patentgeschützten Arzneimittel steigt überproportional an (vgl. Abschnitt 6.7.1). Während die gesamte Kostensteigerung für Arzneimittel bei etwa 5-6 % pro Jahr liegt, beträgt das Wachstum im Segment der Orphan Arzneimittel jährlich 14 % im 5-Jahres-Mittel. Darüber hinaus haben Orphan Drugs mit lediglich etwa 0,1 % der Gesamtverordnungen einen Anteil von 13 % der Gesamtausgaben der GKV für Arzneimittel (Mühlbauer & Ludwig 2025). Problematisch in diesem Zusammenhang ist die geringe Evidenzlage der eingereichten, oftmals nur einarmigen Studien und des resultierenden Automatismus eines Zusatznutzens. Ergebnisse aus Studien legen nahe, dass 54 % der Orphan Drugs nach der Überschreitung der 30 Mio. €-Umsatzschwelle bei einer Vollbewertung keinen Zusatznutzen gezeigt haben. Darüber hinaus bilden pharmazeutische Hersteller immer kleinere Subgruppen in Anwendungsgebieten mit bereits existierenden Therapieoptionen, um eine Orphan Designation zu erhalten (Kranz et al. 2024).

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der starken Dynamik der Orphan Drug-Ausgaben steigt der Anspruch an die Evidenz zum Nutzen der von der GKV finanzierten Arzneimittel. Deswegen empfiehlt die Kommission die Abschaffung des Orphan Drug Privilegs. Bereits heute kann davon ausgegangen werden, dass schätzungsweise bei 68 % der Orphan Drugs die Voraussetzungen gegeben ist, randomisierte klinische Studien (RCTs) durchzuführen (IQWiG 2021). In 58 % der Fälle bestehen bereits andere therapeutische Optionen im jeweiligen Anwendungsgebiet. (Kranz et al. 2024). Daher wird es für sinnvoll erachtet, die gesetzliche Fiktion des Zusatznutzens der Orphan Drugs abzuschaffen und diese Arzneimittel in die reguläre Nutzenbewertung zu überführen.

Die Streichung des Orphan Drug-Privilegs führt dazu, dass diese Arzneimittel den regulären Nutzenbewertungsprozess durchlaufen müssen; die bisherige Anerkennung eines (nicht quantifizierbaren) Zusatznutzens alleine durch die Zulassung erfolgt dann nicht mehr. Mit dieser Maßnahme wird die nutzenorientierte Preisbildung von Arzneimitteln auf Basis eingereichter signifikanter Studien gestärkt. Für die Erstattungsbetragsverhandlung mit dem GKV-SV würden die

gesetzlich geregelten Vorgaben aus § 130b Absatz 3 SGB V gelten, was langfristig das Preisniveau reduzieren wird.

Die vollständige Streichung des Orphan Drug Privilegs hätte jedoch zur Folge, dass die Förderung der Forschung und Marktzulassung von Arzneimitteln für sehr seltene Erkrankungen (Ultra rare diseases) ggf. beeinträchtigt wird, da hier aufgrund ihrer im Vergleich zu seltenen Erkrankungen noch geringeren Prävalenz Nutzennachweise anhand RCTs kaum durchführbar sind. In methodisch begründeten Ausnahmefällen, in denen wegen der Seltenheit der Erkrankung für aussagekräftige Ergebnisse die dafür notwendigen Fallzahlen nicht erreichbar sind, könnten für die Preisverhandlungen weiter besondere Bedingungen gelten, die der in diesen Fällen strukturell begrenzten Evidenzbasis Rechnung tragen könnten. Damit soll sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten mit extrem seltenen Erkrankungen weiterhin Zugang zu innovativen Therapien erhalten und es lassen sich auch weiterhin ausreichende Innovationsanreize und eine verlässliche Planungsgrundlage für Forschung und Entwicklung gewährleisten. Eine solche Differenzierung müsste jedoch eng begrenzt, transparent begründet und an klare Kriterien geknüpft sein, um Fehlanreize und eine strategische Indikationsfragmentierung zu vermeiden.

Betreffen würde diese neue Regelung nur neue Arzneimittel und deren Nutzenbewertungen. Alle vor dem Inkrafttreten dieser Regelung beschlossenen G-BA-Beschlüsse würden hiervon unberührt bleiben.

Geschätzte Finanzwirkung

Mögliche Einsparvolumina sind kalkulatorisch schwer einzuschätzen, da Finanzwirkungen von Annahmen bzgl. der Orphan Drugs ohne Nutzennachweis abhängig und die Preise Verhandlungsgegenstand sind. Eine erste Abschätzung kann auf Basis der Preisreduktion von Orphan Drugs bei derzeitiger Vollbewertung nach Überschreitung der 30 Mio. €- Umsatzschwelle erfolgen. Diese betrug im Schnitt etwa 14,3 % in 2024 und bildet damit die Grundlage für die potenzielle Einsparung gemessen am Gesamtumsatz von Orphan Drugs in den Folgejahren (SVR 2025). In 2027 könnten sich möglicherweise Einsparungen in Höhe von bis zu 30 Mio. € realisieren und perspektivisch für 2028 und 2029 bis zu 45 Mio. €. Die Einsparungen sind umso höher, je höher der Anteil der neu zugelassenen Orphan Drugs ohne Zusatznutzen ist.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Da das Orphan Drug-Segment nicht nur kostentechnisch, sondern auch hinsichtlich der neuen erteilten Zulassungen sehr dynamisch ist, würde die Integration der Orphan Drugs in die nutzenbasierte Preisfindung dauerhaft die Finanzbelastungen durch Orphan Drugs ohne Nutzennachweis reduzieren. Der Vorschlag ist kurzfristig mit erster Finanzwirkung ab dem Jahr 2027 umsetzbar, die Wirkung wird im Laufe der folgenden Jahre voraussichtlich steigen, weil die verhandelten Preise in der Regel über mehrere Jahre gelten.

Auswirkungen auf die Versorgung

Bestehende Erleichterungen im Rahmen der Zulassung von Orphan Drugs innerhalb der EU bleiben hiervon unberührt; das gilt etwa für den verlängerten Patentschutz, eine fortlaufende wissenschaftliche Unterstützung von der EMA für die Zulassung, verringerte administrative Bearbeitungskosten und eine zentrale Zulassung für alle EU-Länder (European Medicines Agency 2010). Durch den Vorschlag wird das Prinzip der nutzenbasierten Preisfindung in der GKV gestärkt und zugleich verhindert, dass die GKV für Arzneimittel ohne nachgewiesenen Zusatznutzen erhöhte Preise zahlt.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Zwar reduziert sich der Anreiz für Hersteller, Orphan Drugs in Deutschland zu vermarkten oder in Forschung und Entwicklung für Orphan Drugs zu investieren, jedoch wird dieses Risiko als gering eingeschätzt, da pharmazeutische Unternehmen bei nachgewiesenen Zusatznutzen weiterhin höhere Preise verhandeln können. Bei den Herstellern wird somit vielmehr der Anreiz erhöht, hochwertigere Studien für den Nutzennachweis zu erstellen.

6.7.6 Reformempfehlung Nr. 41: Wiedereinführung von apothekenbezogenen Ausschreibungen für Zytostatika

Hintergrund	„Zytostatika-Ausschreibungen" sind seit 2017 verboten, da diese die Apothekenwahlfreiheit der Versicherten unterbinden
Reformempfehlung	Verbot der „Zytostatika-Ausschreibungen" soll gestrichen werden und es soll der Zustand vor 2017 wieder gelten
Finanzwirkung	Ca. 0,2 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Zytostatika und andere patientenindividuell hergestellte parenterale Zubereitungen werden in Apotheken mit Sterillaboren produziert. Die für ihre Herstellung benötigten Fertigarzneimittel kann die Apotheke zu individuell vereinbarten Einkaufspreisen beziehen, da sie nicht der Arzneimittelpreisverordnung unterliegen.

Bis zum Verbot von Ausschreibungen gemäß § 129 Absatz 5 SGB V im Jahr 2017 bestimmten Krankenkassen in offenen Vergabeverfahren Vertragsapotheken für die Belieferung onkologischer Arztpraxen. Diese Arztpraxen durften Rezepte für Versicherte der jeweiligen Krankenkassen nur den festgelegten Vertragsapotheken im entsprechenden Gebiet zuweisen und nicht mehr einer frei gewählten Apotheke. Die Vertragsapotheken rechneten direkt mit den Krankenkassen zu den vereinbarten Vertragspreisen ab, ohne nachgelagerte Rabatte. Der Vertragspreis umfasste den Preis je Wirkstoffmenge (zum Beispiel je Milligramm), den Arbeitspreis sowie alle weiteren Kosten der Zubereitung.

Apotheken können im Rahmen dieser Verträge selbst auswählen, welche zugelassenen Arzneimittel sie zur Herstellung einsetzen und woher sie diese beziehen. Abgeschafft wurden die Ausschreibungen im Jahr 2017 durch das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG). Begründet wurde dies damit, dass diese Verträge die Wahlfreiheit von Ärzten bei der Auswahl einer Apotheke einschränken (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 18/11449, 2017).

Derzeit gilt eine kollektivvertragliche Regelung für die Abrechnungspreise bei der Herstellung onkologischer Zubereitungen, die sogenannte Hilfstaxe. Apotheker können dabei bei austauschbaren Arzneimitteln weiterhin den Hersteller des eingesetzten Wirkstoffs selbst wählen. Darüber hinaus können kollektivvertraglich regionale Rabattverträge nach § 130a Absatz 8c SGB V zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen für die eingesetzten Fertigarzneimittel abgeschlossen werden. In der Regel handelt es sich um sogenannte Open-House-Verträge, bei denen die Apotheke selbst entscheidet, welchen Rabattpartner sie wählt. Apotheken haben die Möglichkeit,

von diesen Optionen zu profitieren; gleichzeitig kommen nur Teile der Vorteile den Krankenkassen zugute.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt, den Krankenkassen ein zusätzliches Instrument zur Verfügung zu stellen, um Effizienzreserven im Markt der Zytostatikaherstellung zu erschließen. In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem ist es grundsätzlich gerechtfertigt, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, sofern dabei die Qualität der Versorgung gesichert bleibt. Dafür eignet sich die Durchführung von Ausschreibungen auf Ebene der herstellenden Apotheken. Solche Ausschreibungen ermöglichen zudem, spezifische Qualitätsanforderungen in der Versorgung mit Zytostatika verbindlich festzulegen.

Geschätzte Finanzwirkung

Auf Grundlage einer Schätzung des AOK BVs, ist aus der Vergangenheit ein Rabattvolumen von 20 % - 30 % möglich. Der Zytostatika-Markt hatte zuletzt in 2024 ein Volumen von etwa 1 Mrd. €. Somit wäre eine mögliche Einsparung von 200 Mio. € - 300 Mio. € jährlich ab 2027 realisierbar.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Regelung bestand bereits gesetzlich bis zum Jahr 2017 und kann durch die Wiedereinführung des damals gestrichenen Satz 3 in § 129 Absatz 5 SGB V erneut aktiviert werden.

Auswirkungen auf die Versorgung

Durch eine solche Regelung werden regionale und transparente Lieferwege zwischen Apotheke und Arztpraxis unterstützt. Zudem erhöht sich die Transparenz, da in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Apotheken die Wege, Qualität und Preise definiert werden.

Ausschreibungen können zu einer Marktkonzentration auf einige wenige Apotheken führen, die im Rahmen der Ausschreibungen den Zuschlag erhalten. Dies könnte ggf. einzelne bewährte Kooperationsbeziehungen zwischen Arztpraxen und Apotheken in diesem Bereich beenden. Andererseits kann eine solche Regelung auch zu einer automatischen Selektion hin zu Apotheken mit größeren Herstellungseinheiten steuern, die sowohl niedrige Preise als auch eine angemessene Qualitätssicherung leisten können. Entscheidend ist daher, dass Ausschreibungen so ausgestaltet werden, dass neben dem Preis auch Qualitätsanforderungen und Versorgungssicherheit angemessen berücksichtigt werden.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Apotheken, die bei einer Ausschreibung keinen Zuschlag erhalten, bekommen während der Vertragslaufzeit keine Aufträge dieser Krankenkasse, was ihre Marktstellung schwächen kann, falls keine anderen Aufträge vorliegen. Gleichzeitig ist bei Arztpraxen mit eventuell verringerter Akzeptanz zu rechnen, da die freie Wahl der Apotheke eingeschränkt wird.

6.7.7 Reformempfehlung Nr. 42: Streichung der Erstattung von Cannabisblüten

Hintergrund	Derzeit werden Cannabisblüten von der GKV erstattet, trotz geringer Evidenz und mangelnder Standardisierbarkeit der Dosierung
Reformempfehlung	Streichung der Cannabisblüten aus dem Leistungskatalog, Beibehaltung der Erstattung von Cannabis-Extrakten und als Fertig-Arzneimittel
Finanzwirkung	Ca. 0,13 Mrd. € in 2027
Kategorie	A*

Hintergrund/Handlungsbedarf

Der § 31 Absatz 6 SGB V wurde durch das Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften (umgangssprachlich Cannabis-als-Medizin-Gesetz) vom 6.3.2017 (BGBl. I, 403) eingeführt und trat am 10.3.2017 in Kraft. Damit wurde der Anspruch von GKV-Versicherten auf eine Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität für die palliative Versorgung geregelt, sofern andere Leistungen nicht zur Verfügung stehen oder eine positive Entwicklung des Krankheitsverlaufes oder schwerwiegender Symptome in Aussicht steht.

Die wissenschaftliche Evidenzlage zum Patientennutzen ist bei standardisierten Fertigarzneimitteln deutlich belastbarer als bei Cannabisblüten. Zudem ist eine Standardisierung der Blüten kaum möglich, da der Gehalt an THC und CBD in Cannabisblüten natürlichen Schwankungen durch Witterungsbedingungen oder Lagerungen unterliegt (Spadafora et al. 2024). Darüber hinaus beeinflusst die Art des Konsums der Blüten, etwa durch das Rauchen oder Verdampfen mit einem Vaporizer, die Menge der Wirkstoffaufnahme (Jugl et al. 2021).

Cannabisprodukte werden am häufigsten aufgrund von chronischen Schmerzen verordnet (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2019). Generell fehlt es jedoch an eindeutiger Evidenz der Vorteile von Behandlungen mit Cannabis-Produkten. Auswertungen von großangelegten Meta-Studien zeigen, dass die Evidenz von Cannabis zur Behandlung der gängigen Beschwerden, wie Schmerzen, Übelkeit und Spastiken, derzeit gering ist (Hsu et al. 2026). Ebenfalls weisen verschiedene Studien auf die Nebenwirkungsprofile einer Cannabisaufnahme hin und speziell durch das Rauchen erhöhte Risiken von pulmonaler Belastung, von Herz-Kreislauf Beschwerden und psychoaktiver Spitzenwirkung (Hoch et al. 2025; Hsu et al. 2026; van Amsterdam & van den Brink 2024). In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem ist es grundsätzlich erforderlich, dass Leistungen zulasten der Versichertengemeinschaft auf einer hinreichenden evidenzbasierten Grundlage beruhen und eine nachvollziehbare therapeutische Qualität gewährleisten.

Ein großes Problem ist die schwierige Standardisierung der Cannabis-Blüten für die Therapie, da eine einheitliche und gleichmäßige Dosierung nicht möglich ist (Hoch et al. 2025). Standardisierte cannabishaltige Fertigarzneimittel und Extrakte wie Öle oder Tabletten ermöglichen demgegenüber eine exakte Wirkstoffdosierung und unterliegen einem regulären Zulassungsverfahren mit indikationsspezifischer Nutzenbewertung. Für einzelne zugelassene Präparate liegt daher eine deutlich robustere Evidenzbasis vor (Bilbao & Spanagel 2022; Ueberall et al. 2022). Neben dem fraglichen Nutzen von Cannabisblüten aufgrund fehlender Evidenz und Standardisierung liegen auch nachteilige Nebenwirkungsprofile vor, die mit dem Konsum von Cannabisblüten einhergehen. Zudem liegen die Kosten der Cannabis-Blüten je Patient deutlich über denen der Extrakte und Öle, jedoch unterhalb der Fertigarzneimittel Canemes und Epidyolex (AOK Sachsen-Anhalt 2025). Die Ausgaben der GKV für Cannabis betragen etwa 200 Mio. € jährlich, worauf etwa die Hälfte auf Cannabis in Blütenform fällt. Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht sachgerecht, dass Cannabisblüten trotz besserer Alternativen von der GKV erstattet werden.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt Cannabis nicht mehr in Form von getrockneten Blüten, sondern nur noch in Form von Extrakten in standardisierter Qualität, entweder durch Tropfen oder Tabletten, für die GKV-Erstattung zuzulassen. Cannabisblüten wären weiterhin als Privatrezept für Selbstzahler erhältlich, könnten jedoch nicht mehr auf Kosten der GKV verschrieben werden. Ziel ist es, die medizinische Nutzung von Cannabis stärker an den Grundsätzen der evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Arzneimitteltherapie auszurichten.

Geschätzte Finanzwirkung

Bei einer Streichung der Erstattung der Blüten wird damit gerechnet, dass es teilweise Substitutionen zu den weiterhin erstattungsfähigen Ölen geben wird. Eine Substitution zu den teureren Fertigarzneimitteln kann es vereinzelt geben, wird jedoch aufgrund der Wirtschaftlichkeitsvorgaben der Leistungserbringer gering bleiben. Es wird davon ausgegangen, dass die Substitution nicht in vollständigem Umfang erfolgt, da es weiterhin Patienten geben wird, die die Blüten bevorzugen und dann selbst zahlen. Es wird eine geringe Substitutionsrate von 10 % angenommen, die zu jährlichen Einsparungen von etwa 130 Mio. € in 2027 führen wird. Die Verordnung von Blüten muss gemäß Abschnitt N §§ 44 und 45 der Arzneimittelrichtlinie besonders begründet werden und die Alternativen vorher abgewägt werden. Eine Substitution ist dahingehend nicht unmittelbar gegeben. Bei Fortschreibung der derzeitigen Ausgabenentwicklung der GKV für Cannabisprodukte sind in 2030 Einsparungen von etwa 180 Mio. € möglich.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Der gesetzliche Ausschluss der Blüten wäre durch eine Anpassung des § 31 Absatz 6 SGB V umsetzbar. Um eine abrupte Umstellung bestehender Therapien zu vermeiden, sollte eine Übergangsfrist geprüft werden.

Auswirkungen auf die Versorgung

Es wird von einer Verbesserung der Versorgung ausgegangen, da die medizinische Nutzung der Blüten durch Fertigprodukte mit Cannabis-Wirkstoff oder anderen Schmerzmitteln substituiert werden kann, welche besser qualitätsgesichert und standardisiert sind. Die Maßnahme zielt damit darauf ab, Patientinnen und Patienten bevorzugt Zugang zu therapeutischen Optionen mit besser belegter Wirksamkeit und kontrollierbarer Dosierung zu ermöglichen. Die medizinische Wirkung von Cannabis steht in der medizinischen Versorgung weiterhin in Form von Arzneimitteln und Extrakten zur Verfügung, welche standardisiert sind und somit eine gezieltere, wirkgerechte Therapie zulassen.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Für die Hersteller von Cannabisblüten sind Umsatzeinbußen zu erwarten, auch wenn es weiterhin Interessenten geben wird, die die Blüten ggf. über ein Privatrezept erwerben werden.

6.7.8 Reformempfehlung Nr. 43: Preismoratorium und Streichung der Erstattung ohne Nutzennachweis für Verbandmittel

Hintergrund	Die fehlende Preisregulierung für Verbandmittel sorgt für zunehmend stärkere Preiserhöhungen durch die Hersteller, darüber hinaus fehlt es an Nutzennachweisen für sonstige Produkte zur Wundbehandlung
Reformempfehlung	Auslaufen der Übergangsregelung und Streichung der Erstattung ohne Nutzennachweis, darüber hinaus Einführung eines Preismoratoriums für Verbandmittel
Finanzwirkung	Ca. 0,3 Mrd. € jährlich in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln zulasten der GKV ist seit 2006 in § 31 Absatz 1 SGB V geregelt. Nach dem Wegfall der Legaldefinition im Arzneimittelgesetz im Jahr 1995 kam es mangels normativer Abgrenzung zu uneinheitlichen Herstellerklassifizierungen und Streitigkeiten über die Erstattungsfähigkeit von Produkten zur Wundbehandlung. Erst durch das HHVG wurde mit § 31 Absatz 1a SGB V eine Legaldefinition des Begriffs Verbandmittel im SGB V aufgenommen. Der durch § 31 Absatz 1a Satz 4 SGB V beauftragte G-BA hat in der Arzneimittelrichtlinie unter Abschnitt P und in Anlage Va in 2020 eine Abgrenzung der verschiedenen Produktarten vorgenommen. Die „sonstigen Produkte zur Wundbehandlung" gemäß Teil 3 der Anlage Va sind Produkte, die erst nach einer Nutzenbewertung durch den G-BA erstattungsfähig sind. Für diese Produkte gilt jedoch eine Übergangsregelung, die sukzessive verlängert wurde (zuletzt im Rahmen des BEEP) und eine Erstattung auch ohne Nutzennachweis zulässt. Zu dieser Produktgruppe gehören Artikel wie antimikrobiell beschichtete Wundauflagen oder Wundgelees.

Im Gegensatz zu Arzneimitteln unterliegen Verbandmittel nicht dem Regelungsregime der Arzneimittelpreisverordnung, so dass keine Preisregulierungsinstrumente in diesem Bereich greifen. Dies führt dazu, dass Hersteller grundsätzlich freie Gestaltungsmöglichkeiten bei der Preisbildung haben.

Diese Rechtslage spiegelt sich in der Kostenentwicklung des Gesamtsegmentes deutlich wider: Während die Verordnungen im 5-Jahres Mittel um etwa −2,5 % jährlich sanken, steigen gleichzeitig die Kosten im 5-Jahres Mittel um jährlich etwa 10,5 %. Der Preis je Verordnung für die regulären Verbandmittel hat von 2022 bis 2024 eine Dynamik von 13 % jährlicher Steigerung (vgl. Abschnitt 6.7.1). Eine Auswertung des GKV-SV zu den sonstigen Produkten zur Wundbehandlung gemäß Anlage Va Teil 3 zeigt einen Kostenanstieg je Verordnung von jährlich etwa

14 % von 2022 bis 2024. Deutlich wird bei diesen Zahlen, dass der Anstieg der Leistungsausgaben in diesem Bereich auf die Preiskomponente zurückzuführen ist und nicht auf gestiegene Verordnungsmengen. Ebenso wird bei den Preissteigerungen je Verordnung deutlich, dass hier eine starke Dynamik weit oberhalb der generellen Ausgabenentwicklung der GKV liegt. In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem ist es grundsätzlich erforderlich, dass Leistungen, die zulasten der Versichertengemeinschaft erstattet werden, einen nachvollziehbaren medizinischen Nutzen aufweisen und ihre Preisentwicklung in einem angemessenen Verhältnis zum tatsächlichen Versorgungsbedarf steht.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt die Streichung der Erstattung durch die GKV von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung gemäß Anlage Va Teil 3 ohne Nutzennachweis und damit ein Ende der mehrfach verlängerten Übergangsregelung gemäß § 31 Absatz 1a SGB V. Damit wird der Grundsatz gestärkt, dass Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich evidenzbasiert sein müssen, bevor sie dauerhaft zulasten der solidarisch finanzierten Versorgung erbracht werden. Weiterhin soll aufgrund der Preissteigerungen in der Vergangenheit für alle Verbandmittel ein Preismoratorium, analog zum Preismoratorium für Arzneimittel gemäß § 130a Absatz 3a SGB V, eingeführt werden.

Geschätzte Finanzwirkung

Im Vergleich zu Arzneimitteln ist die Datenlage für Auswertungen im Bereich der Verbandmittel deutlich eingeschränkter. Zur Identifikation sonstiger Produkte zur Wundbehandlung wurden daher die im ABDATA/Avoxa-Artikelstamm enthaltenen „VDB-Gruppen“ herangezogen. Dazu zählen Hydrogele (nicht formstabil), silber- und honighaltige Wundauflagen, cellulose-/gelatine-/collagenhaltige Wundauflagen, Wundauflagen mit Proteaseinhibitoren, enzymhaltige Produkte, Produkte aus Schweinespalthaut sowie Filmbildner. Berücksichtigt wurden ausschließlich Pharmazentralnummern mit Preis- und Produktstand vom 1. März 2026. Eine Streichung der Erstattung von Produkten der Anlage Va Teil 3 ohne Nutzennachweis hätte demnach ein Einsparpotenzial von etwa 200 Mio. € jährlich ab 2027. Da für viele Verbandmittel keine vollständigen Preisinformationen vorliegen, musste der finanzielle Effekt eines möglichen Preismoratoriums näherungsweise berechnet werden. Grundlage dafür waren die ursprüngliche Umsatzentwicklung sowie die Verordnungszahlen. Die GKV-Arzneimittelschnellinformation (GAmSi) zeigt, dass sich die Ausgaben für Verbandmittel seit 2015 mehr als verdoppelt haben, während die Verordnungszahlen weitgehend konstant blieben oder leicht zurückgingen. Entsprechend hat sich auch der Bruttoumsatz je Verordnung nahezu verdoppelt. Unter der Annahme, dass die Morbiditätsentwicklung und Packungsgrößen der verordneten Produkte weitgehend konstant bleiben, ergibt eine Fortschreibung der Ausgaben ein geschätztes Einsparvolumen von rund 100 Mio. € durch ein Preismoratorium ab dem Jahr 2027.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die rechtliche Grundlage sowie eine adäquate Abgrenzung verschiedener Verbandmittel für die Versorgung sind bereits vorhanden. Ebenso ist ein Mechanismus für den Nutzennachweis bei modernen Verbandmitteln bereits existent, welcher bei einem Produkt schon erfolgreich umgesetzt worden ist (Gemeinsamer Bundesausschuss 2025a)

Auswirkungen auf die Versorgung

Die vom Gesetzgeber immer wieder verlängerten Übergangsregelungen dienten den Herstellern zur Generierung von Evidenz für entsprechende Nutzennachweise. Dem sind die Hersteller im überwiegenden Maße trotz Verlängerung nicht nachgekommen. Hinzu kommt, dass der G-BA die Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien gemäß § 31 Absatz 1a Satz 6 SGB V berät. Moderne Verbandmittel, für die seit 2020 kein Nutzennachweis dargelegt werden konnte, würden nicht mehr durch die GKV erstattet werden. Damit stärkt die Empfehlung den Grundsatz der evidenzbasierten Medizin, indem der Nutzennachweis zur Voraussetzung für die Erstattung durch die GKV gemacht wird. Alternativen in Form der erstattungsfähigen Verbandmittel aus Teil 1 und Teil 2 der Anlage Va würden weiterhin zur Verfügung stehen, sodass eine bedarfsgerechte Versorgung mit Verbandmitteln nicht beeinträchtigt wird.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Der Entzug der Erstattungsfähigkeit bei fehlendem Nutzennachweis wird vor allem die Hersteller “moderner” Verbandmittel belasten, sofern diese keinen Nutzennachweis (nach)liefern. Dies erscheint vor dem Hintergrund der mehrfach verlängerten Übergangsregelung allerdings zumutbar und sachgerecht. Das Preismoratorium betrifft dagegen alle Hersteller von Verbandmitteln, deren Produkte von der GKV erstattet werden.

6.7.9 Reformempfehlung Nr. 44: Regulierung der Preisfindung für Schutzimpfungen

Hintergrund	Hohe Kostendynamik im Bereich der Schutzimpfungen in der jüngeren Vergangenheit.
Reformempfehlung	Ausweitung der Regulierungsmöglichkeiten für die Preise von Schutzimpfungen
Finanzwirkung	rund 0,4 Mrd. € in 2027
Kategorie	B

Hintergrund/Handlungsbedarf

Schutzimpfungen gelten als wirksames Mittel zum Schutz vor Infektionskrankheiten. In Deutschland gibt die Ständige Impfkommission (STIKO) nach der Zulassung eines neuen Impfstoffs durch die EMA Impfempfehlungen und Empfehlungen zur spezifischen Vorsorge für Kinder, Jugendliche und Erwachsene heraus. Der GBA legt dann auf dieser Grundlage die Einzelheiten zur Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenkassen fest (vgl. § 20i Absatz 1 Satz 3 SGB V). Der aus § 20i SGB V resultierende Anspruch der Versicherten wird durch § 11 der Schutzimpfungsrichtline konkretisiert. Impfungen, die von der STIKO empfohlen sind, werden üblicherweise in die Schutzimpfungsrichtlinie übernommen. Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sind vom G-BA gemäß § 20 Absatz 1 Satz 4 SGB V besonders zu begründen. Die STIKO-Empfehlung ist in Verbindung mit der Aufnahme in die Schutzimpfungsrichtlinie die Voraussetzung für eine Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen.

Die pharmazeutischen Unternehmen dürfen die initialen Preise für Impfstoffe frei festlegen (Becker & Kingreen 2024b Rn. 10). Anders als für die Arzneimittel ist die Preisfindung im weiteren Zeitverlauf aber kaum reguliert. Diese Rechtslage wird unter anderem mit der besonderen Rolle der Impfstoffe begründet, da eine hohe Durchimpfungsrate der Bevölkerung im Kontext einer Herdenimmunität ein öffentliches Gut darstellt (Althouse et al. 2010; Reddinger et al. 2024). Gerade weil Impfungen erhebliche positive externe Effekte für die Gesamtbevölkerung entfalten, besteht zugleich ein legitimes Interesse der solidarisch finanzierten Krankenversicherung, dass die Preisbildung für Schutzimpfstoffe transparent und wirtschaftlich erfolgt.

Im Rahmen des AMNOG wurde in § 130a Absatz 2 SGB V ein Abschlag auf den Preis von Schutzimpfungen geschaffen, um eine Begrenzung der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer (pUs) auf internationale Referenzpreise zu gewährleisten (Meier et al. 2023, Rn. 62). Die Höhe des vom pharmazeutischen Unternehmer des Impfstoffs gemäß § 130a Absatz 2 SGB V zu gewährenden Abschlags wird von diesem nach Maßgabe der gesetzlichen Vorgaben selbst ermittelt

(§ 130a Absatz 2 Satz 4 SGB V). Gleichzeitig sieht die Regelung eine Auffanglösung vor, dass der allgemeine Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1 SGB V greift, falls der Abschlag unter Anwendung des internationalen Referenzpreises nicht ermittelt werden kann. Darüber hinaus wurde den Krankenkassen im AMNOG auch die Möglichkeit eingeräumt, Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 SGB V abzuschließen (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 17/3698, 2010, Satz 26).

Nach Einführung dieser Preisregulierungsoptionen für Impfstoffe traten in den sich anschließenden Jahren immer wieder Mängel in der Impfstoffversorgung auf (vgl. zum Beispiel Gerst 2012; Korzilius 2014). Deshalb wurden Schutzimpfungen von möglichen Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V im späteren Verlauf mit Verweis auf § 130a Absatz 2 im Rahmen des AMVSG und des TSVG letztendlich ausgeschlossen, um die Versorgungssituation mit Impfstoffen zu stabilisieren (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 18/11449, 2017, S. 38; Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 19/8351, 2019, S. 204). Die Regelung des § 130a Absatz 2 SGB V wurde damals als ausreichende Möglichkeit erachtet, hinreichende Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 19/8351, 2019, S. 204).

Seit 2019 ist eine erhebliche Preisdynamik bei den Preisen für Schutzimpfungen festzustellen (Jablonka et al. 2026): So sind die durchschnittlichen Kosten je DDD für Schutzimpfungen von 34,05 € auf 58,83 € in 2024 gestiegen. Die Finanzwirkung der Rabattverträge lag jedoch ursprünglich deutlich über jener des Referenzpreisniveaus nach § 130a Absatz 2 SGB V, wodurch die Wirkung des Rabattes im Zeitablauf immer mehr abgenommen hat (siehe Abbildung 6.7.1.6 in Abschnitt 6.7.1).

Sichtbar wird dies zum Beispiel am Impfstoff Shingrix®, der sich seit 2020 um rund 140 % verteuert hat (Debeka 2025). Alleine seit 2023 hat der pharmazeutische Hersteller den Preis fünfmal um insgesamt fast 70 % erhöht, ohne dass der Abschlag nach § 130a Absatz 2 SGB V die Belastung für die Krankenkassen gedämpft hätte (AOK-Bundesverband 2026, S. 10). Dies zeigt, dass der Abschlag auf internationale Referenzpreise in einem Markt ohne relevante Wettbewerbspräparate nicht ausreicht, um massive Preissteigerungen zu reglementieren (siehe dazu auch GKV-Spitzenverband 2023). Eine Auswertung der AOK zeigt, dass lediglich vier Prozent aller geführten Impfstoff-PZNs vom Abschlag auf internationale Referenzpreise nach § 130a Absatz 2 SGB V erfasst werden und auch der alternativ anzusetzende allgemeine Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1 SGB V nur bei einem Drittel der Fälle greift (Jablonka et al. 2026).

In Kombination mit einer Mengenzunahme führte diese Preisentwicklung fast zu einer Verdreifachung der Ausgaben für Schutzimpfungen im Zeitraum von 2013 bis 2024 und hat inzwischen ein beachtliches Ausgabenniveau erreicht (Ausgaben für Impfstoffe gemäß KJ1 für 2013: 821 Mio. €, 2024: 2,5 Mrd. €; siehe dazu auch Abbildung 6.7.1.5 in Abschnitt 6.7.1). Zusammengenommen lässt sich festhalten, dass die Schutzimpfungen einen Ausgabenbereich mit einer der höchsten Steigerungsraten darstellen.

Reformempfehlung

Da eine breite Durchimpfungsrate und somit eine Ausweitung der Mengenkomponente gesellschaftlich wünschenswert ist, stellt die Veränderung der Preiskomponente die Zielgröße für Einsparungen dar. Um die starke Preisdynamik im Bereich der Impfstoffe nicht nur kurz- sondern auch mittelfristig zu dämpfen, schlägt die Kommission vor, die Regelungen zur Preisfindung auf dem Arzneimittelmarkt auf die Impfstoffe auszuweiten. Ziel ist die Regulierung der Preise neuer Impfstoffe und die Preisstabilität im Bestandsmarkt. Eine wirtschaftliche Preisgestaltung ist auch deshalb von besonderer Bedeutung, weil eine hohe Durchimpfungsrate aus Public-Health-Perspektive gesellschaftlich erwünscht ist und steigende Preise die nachhaltige Finanzierung umfassender Impfprogramme erschweren können.

Die Kommission empfiehlt folgende Maßnahmen:

1 – die Verhandlung von Erstattungsbeträgen und Preis-Mengen-Regelungen für Impfstoffe gemäß § 130b SGB V,
2 – ein Preismoratorium für Schutzimpfungen mit Möglichkeit zur inflationsbedingten Anpassung,
3 – die Wiedereinführung der Möglichkeit, für Impfstoffe Rabattverträge gemäß § 130a Absatz 8 SGB V abzuschließen sowie
4 – die grundsätzliche Anwendung des Herstellerabschlags nach § 130a Absatz 1 SGB V.

Als Gesamtkonstrukt sind diese Regelungen in der Lage, sowohl die Preisentwicklung im Bestandsmarkt für Monopolpräparate zu dämpfen, als auch Wirtschaftlichkeitsreserven für den Bereich der Schutzimpfungen mit Konkurrenzprodukten zu heben.

Geschätzte Finanzwirkung

Insgesamt ergeben sich Einsparungen für das Jahr 2027 von 400 Mio. €, die bis 2030 auf rund 1 Mrd. € ansteigen.

Die geschätzten Einsparungen setzen sich wie folgt zusammen:

Verhandlung von Erstattungsbeträgen und Preis-Mengen-Regelungen

Für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen und Preis-Mengen-Regelungen ist keine valide Schätzung möglich, da solche Erstattungsbetragsverhandlungen für Impfstoffe neu eingeführt werden würden und die Nutzenbewertung von Impfstoffen aufgrund der positiven externen Effekte auf die Gesamtbevölkerung von denen für reguläre Arzneimittel abweicht. Mit relevanten Einsparungen wäre frühestens ab 2029 beziehungsweise 2030 zu rechnen.

Preismoratorium für Impfstoffe

Die Einsparvolumina eines kurzfristigen Preismoratoriums sind gut einzuschätzen. Bei einer Fortschreibung der Verbraucherpreise entsprechend der Prognose der Bundesbank von Dezember 2025 und der bisher beobachteten Impfstoffpreis-Anstiege ergibt sich bei

gleichbleibender Menge für das Jahr 2027 eine Finanzwirkung des Preismoratoriums in Höhe von rund 160 Mio. €. Dieser Betrag dürfte unter Annahme konstanter Mengeneinheiten und einer Preisentwicklung in der Höhe der durchschnittlichen Preisentwicklung seit 2023 bis zum Jahr 2030 auf rund 750 Mio. € ansteigen. In der konkreten Ausgestaltung des Preismoratoriums ist eine Anbindung an die Inflationsrate oder die Grundlohnrate möglich.

Rabattverträge für Impfstoffe

Die Einsparvolumina für Rabatte lassen sich näherungsweise einschätzen. Hierfür wird eine Wirkung von rund 100 Mio. € jährlicher Einsparwirkung ab 2028 geschätzt, wenn unterstellt wird, dass Rabatte in Höhe der Jahre 2015-2017 vor Abschaffung der Rabattverträge erzielt werden. Da die Aushandlung von Rabattverträgen allerdings eines zeitlichen Vorlaufs bedarf, wird für das Jahr 2027 eine Finanzwirkung in halber Höhe (50 Mio. €) veranschlagt.

Anwendung des Herstellerabschlags nach § 130a Absatz 1 SGB V

Hinsichtlich der Anwendung des allgemeinen Herstellerabschlags wird eine Finanzwirkung von rund 190 Mio. € ermittelt, die bis zum Jahr 2030 auf 200 Mio. € ansteigt. Bei der Ermittlung dieser Prognose wurde hinsichtlich der Anwendung des allgemeinen Herstellerabschlags von 7 % die erwartete Preisentwicklung entsprechend Preismoratorium berücksichtigt.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Verhandlung von Erstattungsbeträgen und Preis-Mengen-Regelungen

Die Erstattungsbetragsverhandlungen setzen den Preis eines neuen Arzneimittels in Abhängigkeit von dem damit zu erzielendem Nutzen. Während der Nutzen regulärer Arzneimittel in der Regel individualisiert ist und somit nur der jeweils behandelten Person zugutekommen, kann sich der Nutzen von Schutzimpfungen auch auf weitere Personen erstrecken, da im Falle infektiöser Krankheiten bei einer ausreichenden Durchimpfungsrate Ansteckungen weiterer Personen vermieden werden können. Die Bewertung eines möglichen Zusatznutzens für Schutzimpfungen ist somit zwar komplexer, aber dennoch international üblich und wird auch heute schon in den Kosten-Nutzen-Bewertungen für die STIKO mitberechnet. Für die Preis-Mengen-Regelungen für Impfstoffe sind gegebenenfalls eigene Umsatzschwellen und Mindestrabatte festzulegen.

Preismoratorium für Impfstoffe

Die Anwendung des Preismoratoriums auf Schutzimpfungen ermöglicht durch die Begrenzung der Preisdynamik auf den Inflationsausgleich eine Preisstabilität für den Bestandsmarkt und somit eine Gleichbehandlung der Schutzimpfstoffe mit dem Arzneimittelmarkt. Das Preismoratorium referenziert für die regulären Arzneimittel auf das Jahr 2009, wobei seit 2018 ein Inflationsausgleich gewährt wird (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in

der Pflege 2025, S. 34). Da diese Regelung für Schutzimpfungen neu eingeführt wird, ist es erforderlich, einen aktuelleren Referenzzeitpunkt im Vergleich zu den regulären Arzneimitteln zu wählen. Beispielsweise könnte für die Impfstoffe das Preisniveau von 2026 festgeschrieben werden.

Rabattverträge für Impfstoffe

Rabattverträge für Schutzimpfungen sind grundsätzlich möglich, da die gesetzlichen Rahmenbedingungen hierfür bereits bestanden. Der erreichbare Umfang ist davon abhängig, für wie viele Impfstoffe auf Basis der Schutzimpfungsrichtlinie mehrere vergleichbare Impfstoffe von unterschiedlichen Anbietern zur Verfügung stehen.

Anwendung des Herstellerabschlags nach § 130a Absatz 1 SGB V

Der Herstellerabschlag ist auch jetzt schon als Auffanglösung Bestandteil der bestehenden Preisregulierung für Impfstoffe. Eine Ausweitung auf sämtliche Impfstoffe ist somit zeitnah umsetzbar.

Auswirkungen auf die Versorgung

Grundsätzlich besteht ein Trade-off zwischen Wirtschaftlichkeit und Sicherstellung der Versorgung mit Impfstoffen. Bei der Ausgestaltung der Preisregulierung ist daher darauf zu achten, dass wirtschaftliche Effizienzgewinne nicht zulasten der Versorgungssicherheit und der öffentlichen Gesundheitsziele gehen. Die vorgeschlagenen Regulierungsoptionen könnten ähnlich wie auf dem Markt für die Arzneimittel Auswirkungen auf den Zeitpunkt der Marktzulassung neuer Impfstoffe und die Marktteilnahme der Impfstoffhersteller haben, aus der sich für schon im Markt befindliche Produkte Lieferengpässe ergeben können. Im Falle auftretender Lieferengpässe besteht die Gefahr, dass pUs ihre Lieferverpflichtungen zuerst für jene Länder erfüllen, in denen höhere Erlöse erzielt werden können.

Neben möglichen Lieferengpässen könnten sich hinsichtlich der Rabattverträge praktische Umsetzungsprobleme auch in der Logistik der Arztpraxen ergeben, weil diese gegebenenfalls für die Versicherten unterschiedlicher Krankenkassen unterschiedliche Impfstoffe aufgrund neu geschlossener Rabattverträge vorhalten müssten. Allerdings ließe sich diese Herausforderung zum Beispiel dadurch lösen, dass Rabattverträge auch regional kollektiv geschlossen werden könnten.

Insbesondere im Zusammenhang mit der Wiedereinführung der Rabattverträge ist zu bedenken, dass die entsprechende Möglichkeit 2017 vor dem Hintergrund von zeitweiligen Lieferproblemen im Zusammenhang mit exklusiven Rabattverträgen im Rahmen des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) gestrichen und über eine Klarstellung im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ausdrücklich bekräftigt wurde (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 18/11449, 2017, S. 38; Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 19/8351, 2019, S. 204). In der Begründung wurde mit Verweis auf den Referenzabschlag nach § 130a Absatz 2 SGB V festgestellt, dass durch diesen hinreichende Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben würden. Angesichts der Preisdynamik in dem Segment der Schutzimpfungen und der rückläufigen Entwicklung von Rabatten,

muss die damals getroffene Feststellung neu bewertet werden. Deshalb wird angesichts der im Zeitverlauf wenig zufriedenstellenden Wirkung der bisherigen Regelungen zur Preisregulierung für Schutzimpfungen die Einführung weitergehender Preisregulierungsoptionen für Schutzimpfungen befürwortet.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Pharmazeutische Unternehmen sind unmittelbar betroffen, da ihre bisher großzügigen Freiräume in der Preisgestaltung eingeschränkt werden.

6.7.10 Reformempfehlung Nr. 45: Rückführung nicht verausgabter Gelder für pharmazeutische Dienstleistungen aus dem Nacht- und Notdienstfonds

Hintergrund	Festzuschlag zur Finanzierung pharmazeutischer Dienstleistungen im Rahmen des Nacht- und Notdienstfonds führt zu einer Ansammlung von Mitteln oberhalb des tatsächlichen Bedarfs
Reformempfehlung	Rückführung nicht verausgabter Gelder an den Gesundheitsfonds
Finanzwirkung	Ca. 0,55-0,6 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Seit Mitte Juni 2022 ist es Apotheken möglich, pharmazeutische Dienstleistungen zu erbringen (DAV o. J.). Hierfür wurde für die Finanzierung im Rahmen des Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz (VOASG) ein Konto als Teil des Nacht- und Notdienstfonds (NNF) eröffnet, um Patienten erweiterte Beratungen und Informationen zur Verfügung zu stellen, die außerhalb der gewöhnlichen Verpflichtungen gemäß der Apothekenbetriebsordnung liegen. Derzeit bestehen die pharmazeutischen Dienstleistungen aus einer erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation, einer pharmazeutischen Betreuung von Patienten mit Organtransplantationen, bei Patienten mit oraler Anti-Tumortherapie sowie Übungen zur Anwendung von Inhalationen und einer Risikoerfassung bei Bluthochdruck (GKV-Spitzenverband o. J.b) Diese Leistungen werden nicht unmittelbar zwischen den Apotheken und Krankenkassen abgerechnet, sondern über den Nacht- und Notdienstfonds NNF). Hierzu wird ein Festzuschlag auf rezeptpflichtige Packungen in Höhe von 20 Cent pro Packung erhoben, der auf ein separates Konto beim NNF gebucht wird.

Das jährliche Einzahlvolumen in den NNF für die Finanzierung pharmazeutischer Dienstleistungen beträgt rund 150 Mio. €, während der NNF jährlich lediglich derzeit etwa 30 Mio. € für pharmazeutische Dienstleistungen verausgabt. Dies deutet auf eine Überfinanzierung der pharmazeutischen Dienstleistungen hin. Zum März 2024 wurde der Füllstand des Kontos vom vdek auf 340 Mio. € geschätzt, mittlerweile könnte sich der Überschuss auf etwa 550 Mio. – 600 Mio. € belaufen (ABDA 2025; GKV-Spitzenverband o. J.b; vdek 2024.)

Reformempfehlung

Die derzeitig im NNF für die Finanzierung von pharmazeutischen Dienstleistungen vorgehaltenen, nicht verausgabten Mittel von 550 Mio. € bis 600 Mio. € sollen an den Gesundheitsfonds ausgezahlt werden. Die Maßnahme zielt daher nicht auf eine Einschränkung der pharmazeutischen Dienstleistungen.

Geschätzte Finanzwirkung

Es ergibt sich für das Jahr 2027 ein einmaliger Effekt in Höhe von 550 Mio. € bis 600 Mio. €. Die Validität der Datenbasis ist robust, da die Einnahmen relativ konstant 150 Mio. € im Jahr betragen und die Ausgaben mit 30 Mio. bis 35 Mio. € im Jahr kein signifikantes Wachstum aufweisen.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Auszahlung der Mittel an den Gesundheitsfonds ist kurzfristig für das Jahr 2027 möglich. Eine Rücküberführung an die einzelnen Kassen wäre mit hohem Verwaltungsaufwand verbunden, da dies die Bestimmung der Anteile der jeweiligen Krankenkasse erfordert. Über eine Auszahlung an den Gesundheitsfonds wird dies vermieden.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass in den zur Finanzierung von pharmazeutischen Dienstleistungen vorgehaltenen Mitteln auch Einnahmen von PKV-Patienten, Beihilfe- und Selbstzahlern inkludiert sind. Eine pragmatische Ausgestaltung könnte sein, dass der GKV-Anteil bestimmt und dieser dann an den Gesundheitsfonds überführt wird.

Auswirkungen auf die Versorgung

Da der Vorschlag nicht den Leistungsanspruch auf pharmazeutische Dienstleistungen tangiert, sondern diese besondere Form der Finanzierung, wird eine Veränderung zur aktuellen Versorgungslage nicht erwartet.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Es ergeben sich keine negativen Verteilungs- und Belastungseffekte. Es handelt sich um Mittel, die von den Kostenträgern vorab zur Finanzierung der pharmazeutischen Dienstleistungen gezahlt wurden, aber mangels Nachfrage nicht abgerufen worden sind. Eine Rückführung dieser Mittel stellt daher keine Kürzung bestehender Leistungen dar, sondern dient der sachgerechten Verwendung solidarisch finanzierter Beitragsmittel.

6.7.11 Reformempfehlung Nr. 46: Stufenweise Anhebung des Apothekenfixums

Hintergrund	Gemäß des Koalitionsvertrags zwischen CDU, CSU und SPD soll das Apothekenfixum von 8,35 € (seit 2013) auf pauschal 9,50 € erhöht werden, was zu Mehrkosten von rund 830 Mio. € führt.
Reformempfehlung	Stufenweise Anhebung des Fixums, 2027 bis 2029 auf Höhe der GLR – 1 Prozentpunkt und ab 2030 auf Höhe der GLR bis zum Erreichen des Fixumbetrags gemäß KoaV
Finanzwirkung	rund 0,6 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Das Apothekenfixum ist ein pauschaler Betrag von derzeit 8,35 € je verschreibungspflichtiger Packung, den eine Apotheke bei Abgabe eines Arzneimittels erhält. § 3 Absatz 1 und Absatz 5 der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) regelt das Fixum und definiert seine Höhe. Nach § 78 Absatz 1 AMG wird das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, die Inhalte der AMPreisV festzusetzen. Somit ist eine Anpassung dieses Betrags nur durch politischen Willen möglich und kann nicht über die Selbstverwaltung erfolgen. Das Apothekenfixum soll zur Finanzierung der Betriebskosten von Apotheken beitragen (ABDA 2023) und ist seit 2013 unverändert

Im Rahmen des Koalitionsvertrags zwischen der CDU/CSU und der SPD wurde vorgesehen, das Fixum in der derzeitigen Legislaturperiode auf 9,50 € zu erhöhen. Die mit der Anhebung des Fixums verbundenen Mehrausgaben würden sich für die GKV auf rund 830 Mio. € pro Jahr belaufen und sind in der Finanzprognose berücksichtigt (vgl. Abschnitt 6.7.1). Die Kommission empfiehlt für alle Leistungsbereiche die Begrenzung von Vergütungsanstiegen auf die tatsächliche Kostenentwicklung in einem Leistungsbereich mit der Grundlohnrate als Obergrenze, in den Jahren 2027 bis 2029 abzüglich eines Abschlags von einem 1 Prozentpunkt (vgl. Abschnitt 6.1.1). Die politisch angestrebte Anhebung entspricht einer Steigerung von etwa 13,8 % und läge damit weit oberhalb der von der Kommission empfohlenen Begrenzung der Vergütungsanstiege. In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem ist es grundsätzlich geboten, Vergütungsanpassungen verschiedener Leistungserbringergruppen in einem ausgewogenen Verhältnis zur allgemeinen Kostenentwicklung und zur Einnahmeentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu gestalten.

Reformempfehlung

Sofern die Bundesregierung plant, das Fixum umzusetzen, empfiehlt die Kommission eine schrittweise Anhebung über mehrere Jahre, bis die politisch vorgegebene Höhe des Fixums von 9,50 € erreicht wird. Hierbei wird die Anhebung des Fixums in den Jahren 2027 bis 2029 auf Höhe der Grundlohnrate abzgl. eines Abschlags um einen 1 Prozentpunkt begrenzt. Im Jahr 2030 und 2031 soll das Fixum bis maximal um die Grundlohnrate erhöht werden, bis es im Jahr 2031 9,50 € beträgt.

Eine stufenweise Anhebung ist geboten, um den Beitragssatz stabil zu halten und die Ausgaben nicht auf einen Schlag überproportional zu erhöhen, sondern die Ausgabenlasten auf mehrere Jahre zu strecken. Zudem würde die jährliche Erhöhung gemäß der bereichsübergreifenden Empfehlung zur Begrenzung der Vergütungsanstiege auf Höhe der Grundlohnrate (abzüglich 1 Prozentpunkt Abschlag bis 2029, vgl. Abschnitt 6.1.1) erfolgen und damit eine Gleichbehandlung der Apotheken mit anderen Leistungserbringern gewährleisten. Eine solche Orientierung an der allgemeinen Vergütungsentwicklung trägt dazu bei, die Lasten steigender Gesundheitsausgaben fair zwischen verschiedenen Leistungserbringergruppen und der Versichertengemeinschaft zu verteilen.

Mittelfristig empfiehlt die Kommission auch im Apothekenbereich die Erstellung eines Kostenindizes durch eine unabhängigen Institution, etwa das Statistische Bundesamt, um künftige Anpassungen der Apothekenvergütung anhand der Kostenentwicklung der Apotheken beziehungsweise der Einnahmen der GKV zu begrenzen. Gemäß § 78 AMG ist das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit schon heute ermächtigt, den Festzuschlag durch Rechtsverordnung entsprechend der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung anzupassen.

Geschätzte Finanzwirkung

Da die Finanzwirkung der einmaligen Erhöhung des Apothekenfixums bereits in der Finanzprognose der FKG berücksichtigt ist, führt eine schrittweise Anhebung zu Einsparungen.

In 2027 ergäbe sich ein Fixum in Höhe von 8,65 € und Einsparungen von rund 0,6 Mrd. €, die aufgrund der schrittweisen Fixumanhebung bis 2030 auf rund 70 Mio. € absinken.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Eine stufenweise Anhebung ist durch eine entsprechende Änderung der AMPreisV und ggf. § 78 AMG zeitnah umsetzbar.

Auswirkungen auf die Versorgung

Es ist durch die zeitliche Streckung der Erhöhung der Vergütung von Apotheken keine Verschlechterung der Versorgung durch Apotheken zu erwarten. Die Versorgung mit Apotheken ist bisher nicht gefährdet.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Eine schrittweise Anhebung des Apothekenfixums verbessert die Einkommenssituation der Apotheken verglichen mit der gegenwärtigen Vergütung, allerdings erfolgt diese schrittweise und damit langsamer als politisch bislang geplant. Die Maßnahme zielt damit darauf ab, sowohl die wirtschaftliche Stabilität der Apotheken als auch die finanzielle Tragfähigkeit der solidarischen Krankenversicherung gleichermaßen zu gewährleisten.

Die Krankenkassen werden durch die schrittweise Umsetzung der Anhebung dagegen finanziell entlastet, indem die Mehrbelastung auf mehrere Jahre verteilt wird.

6.7.12 Diskussion zur Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel

Auf Arzneimittel wird in Deutschland in der Regel der allgemeine Umsatzsteuersatz von 19 % erhoben. Arzneimittel sind somit anders als beispielsweise die Krankenbehandlung (vgl. § 4 Nummer 14 a) UStG) nicht von der Umsatzsteuer befreit und unterliegen auch nicht einem ermäßigten Steuersatzes von 7 % gemäß § 12 Absatz 2 UStG. Im EU-weiten Vergleich ist Deutschland damit auf Platz 3 der Länder mit dem höchsten Steuersatz auf Arzneimittel. Lediglich Bulgarien (20%) und Dänemark (25%) weisen höhere Steuersätze auf (ABDA 2024).

Im Rahmen der Diskussionen zur Stabilisierung der GKV-Finanzen wird häufig die Absenkung der Umsatzsteuer für Arzneimittel gefordert (GKV-Spitzenverband 2022; vdek 2025). Änderungen an Steuerregelungen sollten kritisch auf ihre Auswirkungen geprüft und abgewogen werden. Eine Reduzierung der Umsatzsteuer würde zwar die Kostenträger (GKV, PKV und Selbstzahler) entlasten, auf der anderen Seite aber eine zusätzliche Belastung für die öffentlichen Haushalte darstellen.

Bei den Überlegungen zu einer Anwendung des ermäßigten Umsatzsteuersatzes ist das Ziel des ermäßigten Steuersatzes zu berücksichtigen: Dieser soll Haushalte mit niedrigen Einkommen überproportional entlasten (Bach et al. 2018). Der ermäßigte Steuersatz von 7 % wurde 1967 mit dem Ziel eingeführt, „bestimmte Güter des lebensnotwendigen Bedarfs“ aus sozialpolitischen Gründen zu verbilligen (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 17/2290, 2010). Im Laufe der Jahre sind weitere Bereiche hinzugekommen, wie beispielsweise kulturelle und verkehrspolitische Bereiche. Einige der Kriterien, die bei der Einführung aufgestellt wurden, haben laut eines Berichts des BMF aus dem Jahr 2007 keinen Bestand mehr, gelten aber weiterhin. Dahingehend lässt sich keine ganz klare Linie ziehen, für was letztlich 19 % oder 7 % veranschlagt werden (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 17/2290, 2010).

Befürworter einer Umsatzsteuerreduktion argumentieren beispielsweise damit, dass Arzneimittel lebensnotwendige Güter darstellen und daher eine Angleichung der Steuersätze zu Grundnahrungsmitteln sachgerecht ist. Allerdings sind Ausgaben insbesondere für besonders hochpreisige und lebensnotwendige Medikamente in der Regel durch die GKV abgedeckt, so dass auch einkommensschwächere Bevölkerungsgruppen Zugang zu ihnen haben und eine steuerliche Begünstigung deshalb nicht erforderlich ist. Ebenso könnte ein höherer Steuersatz im Vergleich zu den europäischen Nachbarn die Wettbewerbsfähigkeit und die Attraktivität des Standorts Deutschland für den Pharma-Markt senken. Wegen der hohen Versicherungsabdeckung gilt aber auch dieses Argument nur eingeschränkt. Letztlich würde eine Anwendung des ermäßigten Steuersatzes vor allem die Krankenkassen finanziell entlasten, was über potentiell niedrigere Beitragssätze auch einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen zugutekäme.

Eine Absenkung des Umsatzsteuersatzes würde zu Mindereinnahmen in Milliardenhöhe für die Haushalte des Bundes (45,1%), der Länder (51,2%) und Gemeinden (3,7%) führen. Die Länder und Gemeinden würden vom Bund erwarten, dass der Bund den entsprechenden Ausfall kompensiert. Entsprechend müsste der Bund aller Voraussicht nach den gesamten Ausfall der Steuereinnahmen tragen. Die Umsatzsteuersenkung wäre damit eine fiskalische Umverteilung vom Bundeshaushalt in

den Haushalt der GKV beziehungsweise an die PKVen. Damit würde eine Umsatzsteuersenkung de facto einer Erhöhung des Bundeszuschusses an die GKV entsprechen. Der Vorteil einer Erhöhung des Bundeszuschusses gegenüber einer Umsatzsteuersenkung wäre dabei, dass die unten skizzierten Sickereffekte nicht zu erwarten wären.

Darüber hinaus würde eine generelle Absenkung alle Arzneimittel betreffen, somit auch OTC-Mittel. Um die steuerliche Entlastung auf lebenswichtige Arzneimittel zu beschränken, könnte der ermäßigte Steuersatz nur auf verschreibungspflichtige Arzneimittel erhoben werden, wie es beispielsweise in Frankreich praktiziert wird. Eine Absenkung würde zudem auch von der PKV refinanzierte Arzneimittel umfassen und damit die PKV entlasten, wodurch die Kosten für den Steuerzahler höher ausfallen als der Umfang der GKV-Entlastung. Die Absenkung würde außerdem zwar zumindest kurzfristig die Arzneimittelausgaben der GKV reduzieren, aber nicht an den dahinterliegenden Ursachen ansetzen und damit die Ausgabendynamik nicht nachhaltig begrenzen.

Ein weiteres, wenn nicht das größte Problem ist, dass mit potenziellen Sickereffekten zu rechnen ist, auch wenn die Preise zwischen Kassen und Herstellern als Netto preise vereinbart werden. Das heißt: Immer wenn ein Preis neu verhandelt wird, insbesondere bei Neuprodukten, ist damit zu rechnen, dass die Preise um das Ausmaß oder ein Anteil der Senkung erhöht werden. In Indikationsbereichen mit völlig neuen Therapien, die die bisherige Therapien ersetzen, zum Beispiel im Falle einer neuen Generation von Statinen, würde folglich die Umsatzsteuer-Senkung für diesen Bereich für die GKV im worst-case Szenario ausfallen. Bei der derzeitigen Marktdynamik der neu auf den Markt gelangenden Produkte muss damit gerechnet werden, dass in einem Zeitraum von 10 bis 20 Jahren ein substanzieller Anteil der heute zu realisierenden Ersparnis künftig entfällt. Gleichzeitig würde die Umsatzsteuer aber als Steuereinnahme entfallen, wodurch sich, wenngleich in geringerem Umfang als bei der Umsatzsteuer-Senkung für die Gastronomie, ein doppeltes Dilemma zulasten zukünftiger Generationen ergibt.

Bei einer Anwendung des ermäßigten Umsatzsteuersatzes auf Arzneimittel wäre auch zu prüfen, ob im Bereich der Hilfsmittel und Medizinprodukte eine einheitliche Anwendung des ermäßigten Steuersatzes sinnvoll wäre. Derzeit gilt dieser gemäß Anlage 2 UStG nur für bestimmte Hilfsmittel und Medizinprodukte. Entsprechende Forderungen bestehen bereits seitens der Hilfsmittelverbände (BVMed 2026).

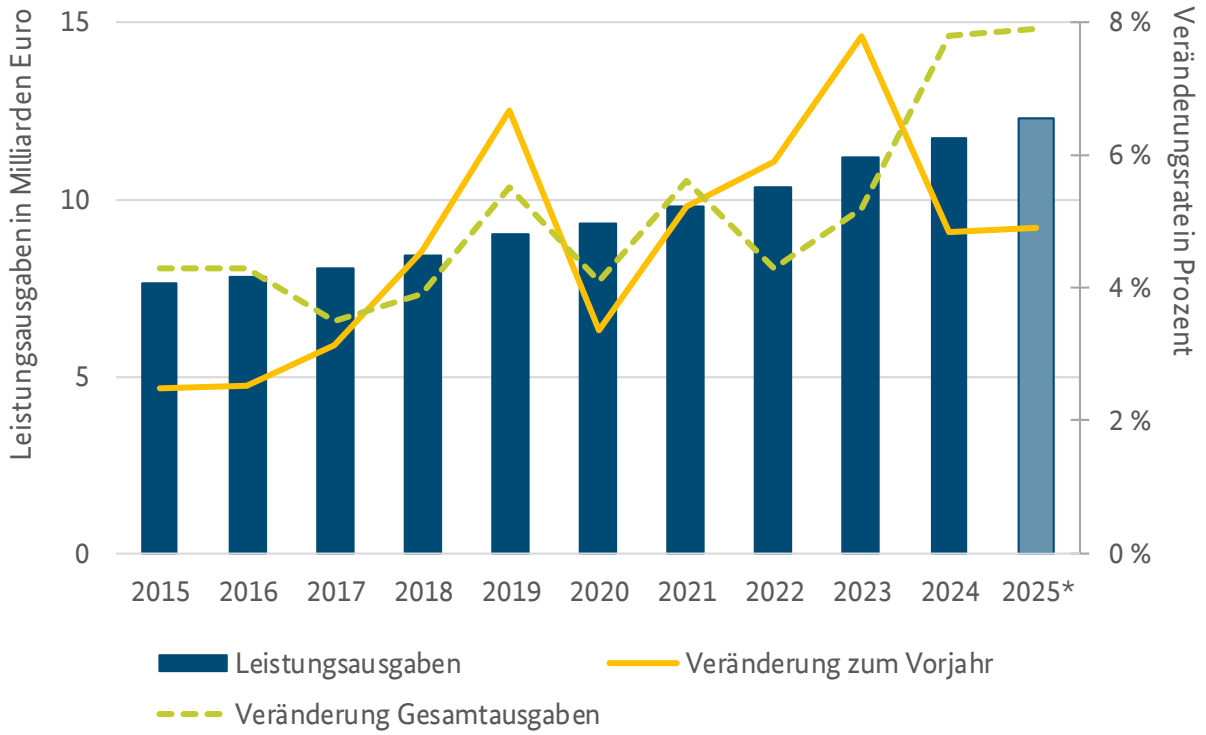
In Anbetracht der nicht zielgenauen Steuerung und der beschriebenen Unsicherheiten spricht die Kommission keine Empfehlung zur Reduzierung der Umsatzsteuer aus.

6.8 Hilfsmittel

6.8.1 Kostentreiberanalyse – Hilfsmittelversorgung

Der Bereich der Hilfsmittel umfasst derzeit ein Ausgabenvolumen von knapp 12 Mrd. € und hat damit einen Anteil von rund 4 % an den Gesamtausgaben der GKV.

Abbildung 6.8.1.1: Ausgabenentwicklung im Bereich der Hilfsmittelversorgung in der GKV seit 2015



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Die Leistungsausgaben im Bereich Hilfsmittel haben sich seit 2015 mit durchschnittlich 4,9 % jährlicher Veränderung annähernd auf dem Niveau der Leistungsausgaben insgesamt in der GKV (rund 5 %) entwickelt.

Dabei sind zwischen einzelnen Jahren zum Teil deutliche Sprünge zu beobachten. Dies liegt neben gesetzlichen Änderungen auch an der Tatsache, dass Verträge über die Vergütung oder Festbeträge für mehrere Jahre gelten und dementsprechend (bei nach Auslaufen der Verträge relativ hohen Preisanpassungen) einer gleichmäßigen Entwicklung entgegenstehen.

Der Anstieg in 2019 lässt sich wohl zum Teil auf das Verbot von Ausschreibungen im Bereich der Hilfsmittel zurückführen. Diese wurden aufgrund teilweise schlechter Qualität bei einseitiger Fokussierung auf den Preis zunächst durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) eingeschränkt und schließlich mit dem Terminservice - und Versorgungsgesetz (TSVG) ausgeschlossen.

Der deutliche Anstieg im Jahr 2023 hat verschiedene Ursachen. Zum einen führte die zeitweise hohe Inflation zu höheren Preisen bei Hilfsmitteln. Analysen des Mehrkostenberichts weisen zudem auf einen deutlichen Mengenanstieg im Jahr 2023 hin. Dies erscheint vor dem Hintergrund einer älter und kränker werdenden Versichertenstruktur nachvollziehbar. Auch Nachholeffekte aus der Pandemie, technische Innovationen im Bereich einzelner Produktgruppen (insb. Elektrostimulationsgeräte) sowie ein neuer Vertrag der Ersatzkassen für Hörhilfen, nach dem Versicherte höherwertige Geräte mit verbesserter Technik erhalten können, tragen zum Mengenanstieg im Jahr 2023 bei.

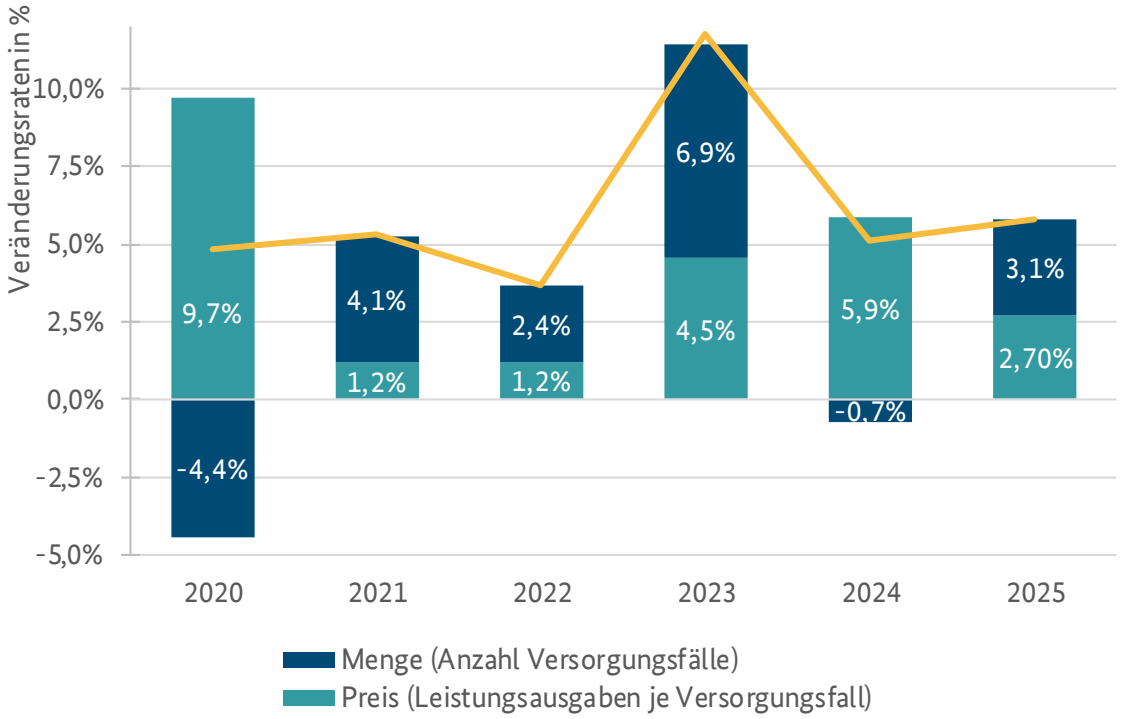
Am aktuellen Rand verzeichnet der Bereich Hilfsmittel vergleichsweise moderate Veränderungsraten. Im Jahr 2025 stiegen die Ausgaben um 4,9 % (Leistungsausgaben insg. GKV rund 8 %). Der moderaten Entwicklung liegen eine vergleichsweise geringe Mengenentwicklung (-0,7 % im Jahr 2024) und eine steigende Preiskomponente (+5,9 % im Jahr 2024) zu Grunde[27].

Preistreibend wirkten zuletzt insbesondere die allgemeinen Kostensteigerungen und technische Innovationen. Ergänzend führt der GKV-SV eine zunehmende Marktkonzentration und Monopolisierungstendenzen auf Leistungserbringerseite als Grund für steigende Preise an.

Mit Blick auf sogenannte Versorgungswellen, die demografische Entwicklungen und Produktneueinführungen betreffen, ist ein erneuter Anstieg der Mengenkomponente zu erwarten. Versorgungswellen bezeichnen zeitlich gehäufte Anstiege von Versorgungsfällen, insbesondere aufgrund von gleichlaufenden Austauschzyklen, Vertragswechseln oder auch durch Produktneueinführungen.

[27] Berechnungen auf Basis des Mehrkostenberichts des GKV-SV für das Jahr 2024. Die Veränderungsrate auf Basis des Mehrkostenberichts des (GKV-Spitzenverband) für das Jahr 2024 ist nicht deckungsgleich mit der KJ1-Rate und beläuft sich auf +5,1 %.

Abbildung 6.8.1.2: Entwicklung der Preis- und Mengenkomponente im Bereich der Hilfsmittelversorgung in der GKV

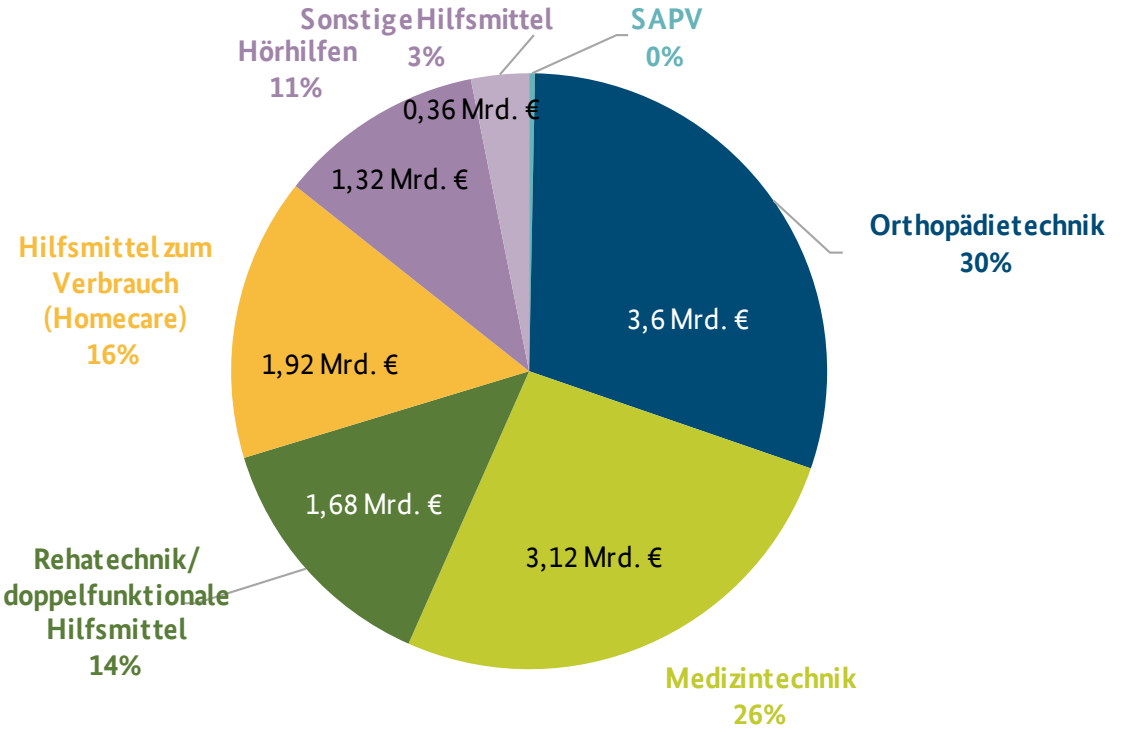


Quelle: Mehrkostenberichte des GKV-SV (MKB) und Prognose

Abbildung 6.8.1.2 zeigt die Veränderungsrate der Leistungsausgaben der Hilfsmittel und den Anteil der Mengen und Preiskomponente, die zu den jeweiligen Anstiegen in dem Jahr geführt haben. Grundsätzlich sieht man, dass die Preiskomponente in den letzten Jahren seit 2023 wieder stärker angestiegen ist und in 2024 fast ausschließlich für den Anstieg der Leistungsausgaben für Hilfsmittel verantwortlich war.

Darüber hinaus haben höchstrichterliche Entscheidungen der vergangenen Jahre in einzelnen Produktgruppen zu einer Ausweitung der Leistungsansprüche im Hilfsmittelbereich geführt. So wurden etwa die Voraussetzungen für die Versorgung mit einem elektrisch betriebenen Rollstuhl oder anderen motorisierten Mobilitätshilfen gelockert. Zu Ausgabensteigerungen kann auch das BSG-Urteil vom 12. Juni 2025 (vgl. B 3 KR 6/24 R) zu den Hörhilfen führen, welches konstatiert, dass jeder gemessene Hörgewinn im Sprachverstehen relevant ist, unabhängig davon, wie groß dieser Gewinn ausfällt. Hierbei seien auch subjektive Eindrücke zu berücksichtigen.

Abbildung 6.8.1.3: Anteile Hilfsmittelgruppen (entsprechend Kontenarten) an den gesamten Hilfsmittelausgaben der GKV in 2024



Quelle: KJ1 -Statistik

Die vom Ausgabenvolumen größten Blöcke sind die Hilfsmittel der Medizintechnik (26 %), Orthopädietechnik (30 %) und der Hilfsmittel zum Verbrauch (Homecare) mit knapp 16 % der Hilfsmittelausgaben der GKV (entspricht ca. 8,6 Mrd. €) (siehe Abbildung 6.3.1.3).

In Tabelle 6.8.1.1 sieht man die einzelnen Kostenentwicklungen nach Kontoarten zwischen 2020 und 2024. Ein deutlicher Anstieg ist bei den Hilfsmitteln für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) zu sehen. Diese stiegen zwischen 2020-2025

Tabelle 6.8.1.1: Entwicklung der Anteile der Hilfsmittelgruppen im Zeitverlauf

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hilfsmittel gesamt	3,4%	5,3%	6,0%	7,8%	4,9%	4,9%
SAPV	11,1%	9,9%	1,4%	4,4%	8%	7,8%
Orthopädietechnik	-0,9%	6,2%	4,5%	6,9%	5,7%	7%
Medizintechnik + Hilfsmittel zum Verbrauch (Homecare)	10,7%	6,8%	5,3%	6,2%	5,2%	7,5%
Rehatechnik/doppelfunktionale Hilfsmittel	-3,8%	2,4%	8,6%	9,2%	6,4%	6%
Hörhilfen	3,3%	0,2%	7,2%	15,5%	-0,2%	3,1%
Sonstige Hilfsmittel	-7,7%	7,2%	17,6%	6,0%	4,4%	6,6%

*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal; Hilfsmittel zum Verbrauch (Homecare) zusammengefasst, aufgrund von Verschiebungen von Produktgruppen im Zeitverlauf*

Finanzrelevante Gesetzesänderungen seit 2010

Im April 2017 ist das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) in Kraft getreten, mit welchem unter anderem eine Beratungspflicht für Leistungserbringer der Hilfsmittelversorgung über zuzahlungsfreie Hilfsmittel geregelt und den Krankenkassen aufgegeben wurde, die Einhaltung der Vertragsinhalte durch ihre Vertragspartner durch Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen zu überprüfen. Zudem wurde der GKV-SV verpflichtet, das Hilfsmittelverzeichnis bis Ende 2018 grundlegend zu aktualisieren und danach regelmäßig fortzuschreiben.

Um negativen Auswirkungen von Ausschreibungsverträgen der Krankenkassen auf die Qualität der Hilfsmittelversorgung entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber den Krankenkassen und Leistungserbringern mit dem HHVG zudem verschiedene Vorgaben zu einer stärkeren Berücksichtigung von Qualitätsaspekten beim Abschluss von Verträgen zur Hilfsmittelversorgung gemacht.

Da die gesetzlichen Regelungen nicht die entsprechende Wirkung entfaltet haben, wurde mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Jahr 2019 nachgesteuert und die Ausschreibungsoption in § 127 Absatz 1 SGB V aufgehoben. Die Krankenkassen haben seitdem die Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten ausschließlich im Wege von Rahmenverträgen mit Beitrittsmöglichkeit sicherzustellen. Das Ausschreibungsverbot wurde damals vor allem mit Qualitätseinbußen in der Hilfsmittelversorgung, regionalen Versorgungslücken und einer eingeschränkten Wahlfreiheit der Versicherten begründet.

Fazit

In den vergangenen 10 Jahren sind die Hilfsmittelausgaben der GKV kontinuierlich gestiegen. Zwar lag die durchschnittliche Veränderungsrate für die Hilfsmittelausgaben (+4,9 %) etwa auf der durchschnittlichen Veränderungsrate der gesamten Leistungsausgaben in der GKV (5 %), aber dennoch oberhalb der Zuwächse der beitragspflichtigen Einnahmen (+4,0 %). Das durchschnittliche Ausgabenwachstum in den letzten fünf Jahren liegt mit +5,9 % oberhalb des relativen Anstiegs der Gesamtausgaben der GKV im selben Zeitraum (+5,3 %). Am aktuellen Rand erscheint die Entwicklung im Bereich Hilfsmittel im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen der GKV eher moderat (2025: +4,9 %). Treiber am aktuellen Rand war dabei zuletzt insbesondere die Preiskomponente, die durch allgemeine Kostensteigerungen, leistungsausweitende Rechtsprechung und technische Innovationen beeinflusst wird. Mit Blick auf die demografische Entwicklung und Versorgungswellen ist allerdings davon auszugehen, dass auch die Mengenkomponente wieder eine stärkere Rolle für die Ausgabenentwicklung im Bereich der Hilfsmittel spielen dürfte.

6.8.2 Reformempfehlung Nr. 47: Wiedereinführung von Ausschreibungen für Hilfsmittel und Festbeträge

Hintergrund	Ausschreibungen für Hilfsmittel wurden in Folge einer zu starken Preisfokussierung auf Kosten der Qualität durch das TSVG verboten und durch Rahmenverträge ersetzt, die es Leistungserbringern ermöglichen, bestehenden Verträgen zu denselben vertraglichen Bedingungen beizutreten. Festbeträge gelten aktuell nur für vier Produktgruppen, könnten aber auf weitere Produktgruppen ausgeweitet werden.
Reformempfehlung	Wiedereinführung von Ausschreibungen mit einer hohen Gewichtung der Mindestqualität; Alternativ: Ausweitung der Produktgruppen mit Festbeträgen
Finanzwirkung	**Ausschreibung**: Ca. 0,2 Mrd. € in 2027 **Festbeträge:** ca. 0,5 Mrd. € jährlich ab 2029
Kategorie	B für beide Vorschläge

Hintergrund/Handlungsbedarf

Hilfsmittel in der GKV sind Gegenstände, die gemäß § 33 Absatz 1 SGB V den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern sollen, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bestehende Behinderung ausgleichen sollen.

In 2024 betrugen die Ausgaben der GKV für Hilfsmittel 11,7 Mrd., was einem Anteil von etwa 3,6 % an den Gesamtausgaben entspricht. Dieser Leistungsbereich weist seit 2015 eine Dynamik von durchschnittlich jährlich +4,9 % auf und liegt damit in etwa auf dem Niveau der Ausgabendynamik der Gesamtausgaben der GKV von 5 %. Der primäre Kostentreiber sind momentan die Preiskomponente wie auch die Strukturkomponente, da sowohl Vergütungssteigerungen, als auch technische und medizinische Innovationen zu einem Kostenanstieg in diesem Segment geführt haben (vgl. Abschnitt 6.8.1).

Der Hilfsmittelmarkt ist aufgrund seiner zahlreichen Produktkategorien, verschiedenen Hersteller und der individuellen Patientenbedürfnisse, ein schwer zu vereinheitlichender Leistungsbereich. Deswegen müssen Maßnahmen im Einzelnen bezüglich ihrer Auswirkungen auf Versorgungsqualität produktgruppenspezifisch abgewogen werden und die Umsetzung ausführlich durchdacht sein.

Eine mögliche Maßnahme ist die Wiedereinführung von Ausschreibungen. Bis 2019 war es für einzelne Krankenkassen gemäß § 127 Absatz 1 SGB V möglich, Selektivverträge zur Hilfsmittelversorgung mit einzelnen Leistungserbringern im Rahmen einer Ausschreibung zu

schließen. Auf diese Weise waren für den Hilfsmittelhersteller gewisse Verkaufsmengen garantiert, was mit Preisabschlägen für die Krankenkasse verbunden war. Ein großer Nachteil bestand allerdings in der mangelnden Vorgabe von festgelegten Qualitätskriterien in den Ausschreibungen; das hatte zur Folge, dass prioritär der Preis ausschlaggebend war und damit auch Hilfsmittel mit unzureichender Qualität den Zuschlag im Ausschreibungsprozess bekommen haben (zu den Rechtsfolgen LSG Berlin-Brandenburg v. 15.11.2012 - L 1 KR 263/11). Ebenso wurden die Begrenzung der Wahlfreiheit der Versicherten sowie die Ablösung von regionalen Versorgungsstrukturen in Folge von bundesweiten Ausschreibungen bemängelt (Deutscher Bundestag 2015). Im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG) v. 4.4.2017 (BGBl. I, 778) wurde versucht, diese Defizite auszugleichen, indem in § 127 SGB V Qualitätsanforderungen bei Ausschreibungen im Gesetz definiert wurden. Damit mussten mindestens 50 % der Zuschlagskriterien Qualitätsaspekte abdecken. Letztlich konnte aber auch diese Vorgabe nicht immer eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen, weil Qualitätsanforderungen von den Krankenkassen unterschiedlich ausgelegt wurden, viele Krankenkassen keine strukturierten Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchführen und weiterhin die Preiskomponente priorisiert wurde. Zudem bestanden rechtliche Unsicherheiten und viele Krankenkassen sind ihrer Informationspflicht nicht nachgekommen, sodass für die Versicherten mangelnde Transparenz bzgl. der unterschiedlichen Vertragsinhalte zwischen den Krankenkassen vorlag (Bundesamt für Soziale Sicherung 2022a).

Infolgedessen wurden im Rahmen des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) v. 6.5.2019 (BGBl. I, 646) Ausschreibungen für Hilfsmittel abgeschafft. Qualifizierte Leistungserbringer erhielten zudem eine generelle Beitrittsmöglichkeit zu bestehenden Verträgen zu gleichen Bedingungen (§ 127 Absatz 2 SGB V). Durch beide Maßnahmen wurde der Wettbewerb zwischen den Hilfsmittelanbietern und damit die wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln reduziert.

Eine weitere Maßnahme zur Kostensenkung in diesem Bereich sind Festbeträge. Die Festbeträge für Hilfsmittel nach § 36 SGB V bilden die Obergrenze der in den Verträgen nach § 127 Absatz 1 SGB V zu vereinbarenden Preise für Hilfsmittel, die in ihrer Funktion gleichartig und gleichwertig sind. Wichtig für dieses Konzept ist, dass die Produkte innerhalb ihrer Gruppe gleichartige Funktionen mit sich bringen, da dies in der Wirkung mit dem zu erreichenden Therapieziel verknüpft ist und eine Austauschbarkeit ermöglicht (GKV-Spitzenverband o. J.a). Dieses Ausgabensteuerungsinstrument wird aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung aus dem Jahr 2022, die die vom GKV-SV für die Festbetragsberechnung verwendeten Berechnungs- und Kalkulationsgrundlagen in Frage stellt, aktuell nur eingeschränkt genutzt (BSG v. 7.4.2022 – B 3 KR 4/20 R, Rn. 24 ff). Aktuell bestehen in nur 4 der 39 Produktgruppen im Bereich der Hilfsmittelversorgung Festbeträge. Ein wesentliches Problem ist, dass Festbeträge aufgrund der in § 36 Absatz 3 SGB V enthaltenen Verweisung auf § 35 Absatz 5 SGB V realistische Marktpreise widerspiegeln müssen. Das ist für einen Großteil der Produktgruppen nur schwer umsetzbar und kann nur bei einzelnen Produktgruppen mit hoher Standardisierung gelingen. Ebenso bedarf es einer ausführlichen und umfangreichen juristischen

Ausgestaltung zur Regelung von Festbeträgen, die die Grundlage für die Festsetzung bilden sollen und eine Nachschärfung der Mitwirkungspflichten des GKV-SVs.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt die Wiedereinführung der Ausschreibungen für ausgewählte Hilfsmittel mit einem hohen Standardisierungsgrad, die sowohl den Preis als auch dezidierte Qualitätskriterien miteinbeziehen. Eine unterschiedliche Auslegung von Qualitätskriterien sollte dabei vermieden werden und die Nicht-Erfüllung von Mindestkriterien dabei ein Ausschlusskriterium darstellen.

Bei nachgewiesenen Qualitätsproblemen sollten den Krankenkassen zudem strenge Kontroll- und Sanktionsmaßnahmen zur Verfügung stehen, die bis zur fristlosen Kündigung des Vertrages reichen können. Dies soll den Wettbewerb und damit eine wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln fördern, ohne dass die Qualität der Hilfsmittel darunter leidet. Dafür müssen die Krankenkassen ihrer Verpflichtung von Auffälligkeits- und Stichprobenprüfung nach § 127 Absatz 7 Satz 2 SGB V stärker nachkommen, was nach Angaben des BAS nicht in ausreichendem Maß erfolgt ist (Bundesamt für Soziale Sicherung 2022a). Aus Sicht der Kommission ist dies insbesondere durch den fehlenden Anreiz zur Qualitätskontrolle durch die Krankenkassen zu erklären. Dieser Anreiz bestünde vermutlich auch bei einer erneuten Einführung des Ausschreibungsverfahrens nicht immer im ausreichenden Maße. Daher sollte ein unabhängiges externes Institut mit einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle beauftragt werden. Dieses Institut sollte die Einhaltung verbindlicher Qualitätskriterien prüfen, patientenberichtete Endpunkte berücksichtigen und regelmäßige Transparenzberichte veröffentlichen. Ebenso sollten Versicherten die Auswahl verschiedener Vertragspartner möglich sein und die Transparenz der Vertragsgestaltung gestärkt werden, etwa durch Veröffentlichungspflichten für bestimmte Vertragsinhalte wie Zuschlagskriterien und Qualitätsanforderungen.

Darüber hinaus sollten Sanktionierungsmechanismen entwickelt werden, die die Krankenkassen bei schwerwiegenden Mängeln in Haftung nehmen. Mit dieser Regelung soll verhindert werden, dass Krankenkassen einen Wettbewerbsvorteil daraus ziehen, wenn Versicherte, die mit der Qualität der Hilfsmittel unzufrieden sind und einen überdurchschnittlich en hohen Versorgungsaufwand aufweisen, zu einer anderen Kasse wechseln.

Als mögliche Alternative empfiehlt die Kommission Festbeträge weitreichender zu nutzen, durch:

1. Die Schaffung einer eigenständigen Regelung zur Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel, die eine Festsetzung von Hilfsmittelbeträgen mit kalkulatorisch bestimmten Abgabepreisen ermöglicht. Hierbei sollte die Grundlage für die Festsetzung der Festbetragsgruppen durch den GKV-SV vorgegeben werden. Zudem könnten auch stärkere Mitwirkungspflichten der Leistungserbringer vorgesehen werden.
2. Die Umwandlung der bestehenden Regelung in § 36 SGB V von einer Kann-Regelung in eine Soll-Regelung. Damit wird der GKV-SV stärker verpflichtet, das Festbetragsinstrument

weitergehender als bisher zu nutzen, mit dem Ziel, für weitere Hilfsmittelgruppen Festbeträge festzusetzen.

Geschätzte Finanzwirkung

Wiedereinführung von Ausschreibungen: Schreibt man die Ausgaben der GKV für den Bereich Hilfsmittel linear über das Jahr 2019 (Inkrafttreten des TSVG - Einführung des Ausschreibungsverbots) hinaus fort, kann die Finanzwirkung einer Wiedereinführung der Ausschreibungsoption simuliert werden. So könnte die Wiedereinführung der Ausschreibungsoption Einsparungen in Höhe von insgesamt rund 350 Mio. € jährlich generieren. Davon ausgehend, dass sich an die Wiedereinführung eine Implementierungsphase, unter anderem zur Festlegung von Qualitätskriterien anschließt, könnte im Jahr 2027 ein Einsparvolumen in Höhe von 200 Mio. € realisierbar sein. Das Verbot von Ausschreibungen kann nicht isoliert im Hinblick auf den Kostenanstieg in den Folgejahren nach Einführung des TSVG betrachtet werden, da zum einen das Ausschreibungsverbot unterjährig in Kraft trat und zum anderen Ausschreibungen für Hilfsmittel mit hohem Dienstleistungsanteil in Folge des HHVG gänzlich ausgeschlossen waren. Letztlich ist das Einsparvolumen von Ausschreibungen auch davon abhängig, in welchem Maße sich Hersteller an den Ausschreibungen beteiligen werden. Darüber hinaus wird das Einsparvolumen vermutlich niedriger im Vergleich zu dem Verfahren vor Inkrafttreten des TSVG ausfallen, da die Empfehlung sich ausschließlich auf Hilfsmittel mit hohem Standardisierungsgrad bezieht. Die Kosten für die extern durchzuführende Qualitätssicherung sind von diesem Einsparvolumen abzuziehen.

Nachschärfung der Festbeträge: Aktuell bestehen in 4 der 39 Produktgruppen im Bereich der Hilfsmittelversorgung Festbetragsregelungen:

- Inkontinenzhilfen (Finanzvolumen 2024: rd. 790 Mio. €)
- Hörhilfen (Finanzvolumen 2024: rd. 1,3 Mrd. €)
- Einlagen (Finanzvolumen 2024: rd. 570 Mio. €)
- Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (Finanzvolumen 2024: rd. 790 Mio. €)

Nach Einschätzung der Kommission können mindestens weitere 4 Festbetragsgruppen gebildet werden, die ein vergleichbares Einsparpotenzial bergen.

Da insbesondere die erstmalige Festsetzung von Festbeträgen ein zeitaufwendiges Verfahren erfordert und diese Beträge in Vertragsverhandlungen erst umgesetzt werden müssen, ist das Einsparpotenzial eher mittelfristig (vermutlich nicht vor dem Jahr 2029) zu realisieren.

Die Kommission erwartet eine Finanzwirkung durch Festbeträge von 500 Mio. € jährlich ab 2029.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Das Modell der Ausschreibung von Hilfsmitteln ist ein aus der Vergangenheit bekanntes Modell; eine Umsetzung ist problemlos möglich. Die neuen Ausschreibungen müssen aber unter klaren gesetzlichen Rahmenbedingungen erfolgen, die eine wohnortnahe, qualitätsgesicherte und zuverlässige Versorgung ermöglichen und verbindliche Vorgaben zur Versorgungssicherheit enthalten, wie zum Beispiel Mindestmengen, um Lieferengpässe zu vermeiden, oder zu Lieferzeiten und Lieferbedingungen. Die Erfüllung von Mindeststandards bei der Qualität können über die Anforderungen, die zur Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis erfüllt werden müssen, abgedeckt werden. Ebenso erfordert die Einrichtung einer externen Evaluation weitere finanzielle Ressourcen und umfangreiche Planung, da sowohl das Evaluationsverfahren rechtssicher und effizient ausgestaltet werden muss als auch die Haftung der Krankenkassen bei schwerwiegenden Qualitätsdefiziten definiert werden muss.

Atella & Decarolis 2019 haben im Rahmen einer empirischen Studie mit Daten aus dem italienischen Gesundheitswesen den Einfluss von verschiedenen Ausgestaltungen von Ausschreibungen für orthopädische Prothesen für Hüfte, Knie, und Schultern auf das Ausschreibungsergebnis bestimmt. So bedarf es offener Verfahren mit minimalen Teilnahmerestriktionen für einen funktionierenden Ausschreibungswettbewerb, da die Erhöhung der Teilnahmevoraussetzungen die Bewerberzahl reduziert. Eine Konstellation mit nur einem Bieter würde wiederum zu erheblichen Qualitätseinbußen und geringeren Einsparungen führen. Ebenfalls sollten Ausschreibungen nicht in mehrere kleinen Losen erfolgen, sondern breit ausgeschrieben werden, da eine erhöhte Anzahl von Losen zu Marktparzellierung führt und damit Konstellationen mit nur einem Bieter befördert. Darüber hinaus sollte ein systematisches Monitoring erfolgen, um frühzeitig Sanktionsmaßnahmen ergreifen zu können. Da diese Studie sich ausschließlich auf orthopädische Prothesen und damit auf Hilfsmittel bezieht, die relativ standardisiert sind, ist die Übertragbarkeit auf weitere Hilfsmittel aufgrund der Diversität der Produkte nicht ohne Einschränkungen möglich.

Die Umsetzbarkeit der Festbeträge hängt von der Formulierung der zu ergänzenden gesetzlichen Vorgabe ab. Darüber hinaus muss ein rechtssicherer Mechanismus gefunden werden, Festbeträge nicht mehr kalkulatorisch bestimmen zu können, sondern anhand realistischer Marktpreise.

Auswirkungen auf die Versorgung

Ein adäquates Ausschreibungsdesign kann Kosten für Hilfsmittel senken, ohne Auswirkungen auf die Versorgung in Kauf zu nehmen. Sofern Qualitätsvorgaben (auch im Hinblick auf regionale Servicequalität) in Ausschreibungen verpflichtend umgesetzt werden, ist keine Verschlechterung der Versorgung zu erwarten.

Allerdings zeigt der Sonderbericht des BAS, dass die in der Vergangenheit praktizierten ausschreibungsbasierten Vertragsmodelle in der Hilfsmittelversorgung mit erheblichen

Qualitätsproblemen verbunden waren. Zentrale Defizite lagen, laut BAS, in der mangelnden Transparenz der Verträge, fehlender systematischer Qualitätsprüfungen und -sicherung und Defizite in der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben. Eine erneute Einführung von Ausschreibungen sollte daher die identifizierten Schwächen, insb. die fehlende Qualitätsorientierung, unzureichende Kontrolle und eingeschränkte Transparenz konsequent adressieren; andernfalls besteht die Gefahr, dass die dokumentierten Fehler der Vergangenheit wiederholt und die Versorgungsqualität beeinträchtigt wird.

Die eingeschränkte Wahlfreiheit infolge der Ausschreibungen wird zu keiner unmittelbaren Versorgungsverschlechterungen führen, solange eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung im Sinne von § 139 Absatz 2 SGB V gegeben ist.

Durch Festbeträge werden keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung mit Hilfsmitteln erwartet, sofern diese für gut standardisierte Produktgruppen mit geringem Beratungs- oder Anpassungsbedarf gelten.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Belastet von Ausschreibungen werden die Hilfsmittelhersteller, da sich diese wieder in einen Ausschreibungswettbewerb begeben und versuchen müssen, ihre Preise zu senken, ohne dass es sich auf Qualität und Service auswirkt.

Belastet von Festbeträgen sind ebenfalls primär die Hilfsmittelhersteller, da diese sich in ihrer Preisbildung am Festbetrag orientieren müssen, um im Sinne des Wettbewerbs mit anderen Herstellern nicht benachteiligt zu sein durch zum Beispiel Zuzahlungen, weil der Preis oberhalb des Festbetrags liegt.

6.8.3 Reformempfehlung Nr. 48: Streichung der initialen Preisfreiheit und Erprobungsregelung, Einführung von Zuzahlungen

Hintergrund	DiGAs kosten im 1. Jahr nach der Zulassung deutlich mehr als nach den Verhandlungen mit dem GKV-SV, obwohl noch kein Nutzen nachgewiesen wurde. Die bei Antrag versprochenen Effekte werden im Erprobungszeitraum bei einer Vielzahl der DiGAs nicht erreicht, so dass die GKV oftmals für DiGAs gezahlt hat, die - im Nachhinein betrachtet - keinen Mehrwert erbracht haben. Darüber hinaus werden ca. 22 % der Therapien abgebrochen.
Reformempfehlung	Erstattung erst nach Verhandlung des Erstattungsbetrags; Streichung der Erprobungsregelung; Einführung von Zuzahlungen
Finanzwirkung	**Streichung Erprobungsregel und Preisfreiheit**: Ca. 6 Mio. € in 2028, **Zuzahlungen**: 7-12 Mio. € jährlich ab 2027
Kategorie	B

Hintergrund/Handlungsbedarf

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurde § 33a SGB V in das SGB V aufgenommen. Die Norm regelt den Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs); eine Zuzahlung ist nicht vorgesehen. Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden. Hierfür muss im Vorfeld das sogenannte Fast-Track-Verfahren durchlaufen werden. Das BfArm überprüft innerhalb von drei Monaten nach Maßgabe von § 139e SGB V mit Blick auf die Anforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität einschließlich der Interoperabilität des Medizinproduktes (§ 139e Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V), die Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik (§ 139e Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V) und die "positiven Versorgungseffekte" (§ 139e Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)

§ 139e Absatz 4 SGB V ermöglicht die Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung, wenn der Hersteller positive Versorgungseffekte noch nicht nachweisen kann. Es gilt dann ein Erprobungszeitraum von 12 Monaten, innerhalb dessen ein Nutzennachweis erbracht werden soll. Während dieses Zeitraums verfügt der App-Anbieter grundsätzlich über die Möglichkeit der freien Preisbildung, die durch die seit 01.10.2022 geltende Regelung zu Höchstbeträgen in der Rahmenvereinbarung nach § 134 Absatz 4 SGB V eingeschränkt wird; der im Rahmen der Regelungen vom App-Anbieter festgelegte Preis ist von der GKV zu erstatten. Ab dem 13. Monat gilt ein

Erstattungsbetrag, dessen Höhe in Verhandlung zwischen GKV-SV und dem App-Anbieter bestimmt wird. Das Nähere regelt die Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV). Diese Regelungen führen zu folgender Problemstellung:

1. Im Rahmen des Fast-Track Verfahrens müssen für den Antrag ins DiGA-Verzeichnis nach § 2 DiGAV, sofern kein Nutzen bisher nachgewiesen wurde, Angaben gemacht werden, welche positiven Versorgungseffekte im Erprobungszeitraum zu erwarten sind. Im Erprobungszeitraum werden die vom DiGA-Hersteller versprochenen Effekte oftmals nicht ausreichend belegt (Dietzel et al. 2025)
2. Die Preise im ersten Jahr liegen deutlich oberhalb der im Anschluss verhandelten Preise. Im Jahr 2024 lagen die schließlich verhandelten Preise im Durchschnitt rund 359 € unterhalb des Initialpreises (GKV-Spitzenverband 2025c). Ebenso haben die in 2022 eingeführten Höchstbeträge zu keinem relevanten Effekt geführt (GKV-Spitzenverband 2025c; Rödiger et al. 2025)

In 2024 lagen die Herstellerpreise bei durchschnittlich etwa 585 € und die verhandelten Preise bei etwa 226 €. Dabei ist das Niveau der verhandelten Preise seit 2021 annähernd gleich geblieben (GKV-Spitzenverband 2025c). Die Ausgaben der GKV für DiGAs sind seit ihrer Erstattungsfähigkeit insgesamt jedoch stark gestiegen. Während die Ausgaben der GKV in 2021 noch bei 21 Mio. € lagen, so lagen diese in 2025 bei 170 Mio. €. Damit sind die Ausgaben innerhalb von vier Jahren um das Achtfache gestiegen, was auch auf den sich erst neu zu etablierenden Markt zurückführbar ist. Zuletzt stiegen die Ausgaben für DiGAs von 2023 auf 2024 um etwa 71 % und von 2024 auf 2025 ebenfalls um 70 % an, was zum einen auf eine höhere Inanspruchnahme zurückzuführen ist, zum anderen aber auch auf die hohen Herstellerpreise während der Erprobungsphase.

Die Verordnungsmengen sind zwischen 2021 und 2024 jährlich um durchschnittlich 87,9 % angestiegen. Im Jahr 2021 wurden 64 Tsd. DiGAs von den Versicherten eingelöst, diese Zahl steigerte sich in 2024 auf 423 Tsd. Der Effekt, dass die initialen Herstellerpreise höher ausfallen als die verhandelten Preise, ist für einen Anteil von etwa 26 % der Gesamtausgaben für DiGAs in 2024 verantwortlich (GKV-Spitzenverband 2025c).

Eine systematische Übersichtsarbeit von Sippli et al. 2025 weist bei DiGA-Behandlungen eine Abbruchrate von 21,7 % aus, während die Kontrollgruppe mit gewöhnlichen Therapiemaßnahmen in denselben Therapiegebieten Abbruchquoten von 11,8 % aufwiesen. Trotz dieser hohen Abbruchquoten gibt es bei DiGAs (anders als in fast allen anderen Leistungssektoren) keine Zuzahlungen durch Patienten, um eine verantwortungsvollere Inanspruchnahme zu fördern. In der Zukunft wird allerdings ein durch das Digital-Gesetz (DigiG) eingeführter, erfolgsabhängiger Preisbestandteil von mindestens 20% des Vergütungsbetrags für DiGAs gelten. Dabei werden Daten der in der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung - DiGAV konkretisierten anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung der DiGA-Hersteller unter anderem zu Nutzungsdauer

und -häufigkeit sowie Nutzungsabbruch einfließen, so dass auch die DiGA-Anbieter einen Anreiz zur Reduktion der hohen Abbruchraten haben werden.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt die Preisfindung und Erstattungsfähigkeit bei DiGAs in drei Bereichen zu ändern:

1. Die Streichung der bestehenden Erprobungsregelungen und Ersatz durch eine Nutzenbewertung analog zum AMNOG-Verfahren bei Arzneimitteln. Das Ergebnis der Nutzenbewertung ist dabei maßgeblich für den Erstattungsbetrag. Außerdem sollte zwei Jahre nach der Aufnahme eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt werden, die die Basis einer erneuten Preisfindung ist.
2. Beginn der Erstattung von DiGAs erst nach Vereinbarung des Erstattungsbetrags. Der schnelle Zugang, der mit der initialen Preisbildung erwirkt wird, ist für DiGAs nicht bedarfsnotwendig.
3. Option 1: Einführung von Zuzahlungen für DiGAs durch die Versicherten in Form von 10 % des Preises
   Option 2: Einführung einer Zuzahlung für DiGAs ähnlich wie für Heilmittel und medizinische Behandlungspflege in § 61 SGB V (10% des Preises plus 15 €/Verordnung, beziehungsweise Folgeverordnung)

Geschätzte Finanzwirkung

Zu 1:

Streichung der bestehenden Erprobungsregelungen: Von den insgesamt 68 in den GKV-Leistungskatalog aufgenommenen DiGAs in 2024 konnten bisher lediglich zwölf (18 %) direkt mit ihrer Aufnahme einen Nutzen nachweisen (GKV-Spitzenverband 2025c). Schriebe sich dieser Trend fort und würden im Jahr 2027 bei unveränderter Erprobungsregelung - etwa 10 neue DiGAs in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen, würde der Wegfall der Erprobungsregelung zu einer Reduktion der in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen Apps um 8 auf 2 Apps führen. Bei einer durchschnittlichen Zahl von Freischaltcodes zwischen 1.000 und 3.000 pro DiGA und einem durchschnittlichen Herstellerpreis von 585 €, könnten unter einer stark konservativen Betrachtung zu Anfang 3 Mio. € in 2028, aufwachsend auf 5 Mio. € jährlich ab 2029 eingespart werden.

Zu 2:

Beginn der Erstattung von DiGAs erst nachdem ein Erstattungsbetrag verhandelt ist: Bei etwa 10 Neuaufnahmen jährlich und einer voraussichtlichen Menge von 1.000 bis 3.000 Freischaltcodes je DiGA, ist im Anbetracht der durchschnittlichen preislichen Differenz der verhandelten Preise von etwa 359 € von einem Einsparvolumen von 3 Mio. € in 2028 und 5 Mio. € jährlich ab 2029 auszugehen.

Zu 3: Einführung von Zuzahlungen:

Option 1: Zuzahlungen, bei denen 10 % des Preises von Versicherten getragen werden muss, hätten eine Finanzwirkung von etwa 7 Mio. € jährlich ab 2027 mit einer Anzahl von 423 Tsd. Verordnungen, die es in 2024 gegeben hat und einer Einlösequote von etwa 80 % (GKV-Spitzenverband 2025c).

Option 2: Zuzahlung für DiGAs ähnlich zu Heilmitteln und medizinischer Behandlungspflege in § 61 SGB V (10% plus 15 €/Verordnung, beziehungsweise Folgeverordnung) hätten eine Finanzwirkung von etwa 12 Mio. € jährlich ab 2027.

Da die Teilempfehlungen bei gleichzeitiger Umsetzung eine finanzielle Wechselwirkung aufweisen, liegt die kombinierte Finanzwirkung niedriger als die Summe der einzelnen Finanzwirkungen. Ein Wegfall der Erprobungsregelung könnte die Anzahl von 10 neu aufgenommenen DiGAs jährlich auf lediglich 2 reduzieren. Dadurch würde sich die Finanzwirkung der Erstattung von nur verhandelten Preisen auf rund 1 Mio. € in 2028 und 2 Mio. € jährlich ab 2029 reduzieren. Alle Maßnahmen zusammen hätten somit eine maximal mögliche Finanzwirkung von etwa 16 Mio. € in 2028 und 19 Mio. € jährlich ab 2029, davon sind jährlich 12 Mio. € Mehreinnahmen aus den Zuzahlungen gemäß Option 2.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Einführung einer Regelung, nach der DIGAs erst nach Abschluss der Preisverhandlung erstattungsfähig sind, lässt sich grundsätzlich problemlos umsetzen. Wichtig wäre es jedoch hier, wie im AMNOG-Verfahren für Arzneimittel gesetzlich relativ zügige Verhandlungsfristen vorzusehen, damit der Zugang nicht unnötig hinausgezögert wird.

Die Streichung der Erprobungsphase geht mit einem höheren Umsetzungsaufwand einher. Hierfür muss der G-BA beauftragt werden, ein systematisches Verfahren aufzusetzen, das einen adäquaten Zusatznutzen bestimmen kann. Ebenso müssen Verfahren für eine 2. Verhandlungsserie nach Vorlage der Kosten-Nutzen Bewertung eingerichtet werden und im Gesetz definiert werden, dass das Ergebnis der Kosten-Nutzen Bewertung Basis für die Preisfindung ist.

Auswirkungen auf die Versorgung

Es besteht das Risiko von Marktrücknahmen von DiGAs durch die App-Anbieter, da zum einen Anreize durch Wegfall der freien Preisbildung fehlen und zum anderen die Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Bewertung die Preise soweit senken könnten, dass sie für das Unternehmen unwirtschaftlich werden. Da der therapeutische Mehrwert bei DiGAs mit schlechtem Kosten-Nutzen-Verhältnis tendenziell als gering anzunehmen ist, kann von einer nur geringen/moderaten Verschlechterung der Versorgung ausgegangen werden. Auch gibt es bislang keine Hinweise darauf, dass die Erprobungsregel zu einer vermehrten Entwicklung von Gesundheits-Apps geführt hat (Janßen et al. 2025), für die bei Abschaffung der Erprobungsregel die Anreize verringert würden. Für DiGA

niedriger Risikoklassen sollten die im DiGA-Leitfaden des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte beschriebenen Evaluationsmethoden (Real-World-Evidence) - sowohl für die initiale Zulassung als auch in der Kosten-Nutzenbewertung - als Evidenzgrundlage genügen, so dass aufgrund weniger aufwändiger Studiendesigns die Markteintrittsbarrieren nicht zu hoch gesetzt werden und zukünftig niedrigere Preise erzielt werden können. Die Prinzipien zur Identifikation kausaler Effekte müssen jedoch generell auch bei diesen Studien berücksichtigt werden. Durch die Notwendigkeit einer vorgelagerten Erstattungsbetragsverhandlung, bevor es zur Listung und Erstattung kommen kann, wird sich die Zeit bis zum Zugang für Versicherte verzögern. Dies hat jedoch bei DIGAs im Unterschied zu zum Beispiel Arzneimitteln vermutlich keine klinisch relevanten Auswirkungen auf die Versorgungsqualität.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Durch die Empfehlungen werden primär die Hersteller der DiGAs belastet. Bereits jetzt haben Anbieter von DiGAs oftmals nicht genügend Rücklagen, um für erforderliche Rückzahlungen an die Krankenkassen wegen fehlendem Nutzennachweis aufzukommen. (GKV-Spitzenverband 2025c). Die Zuzahlungen belasten die Patienten finanziell; die bestehenden Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V würden aber auch für die neuen Zuzahlungen gelten und diese für die Betroffenen abmildern.

6.9 Krankengeld

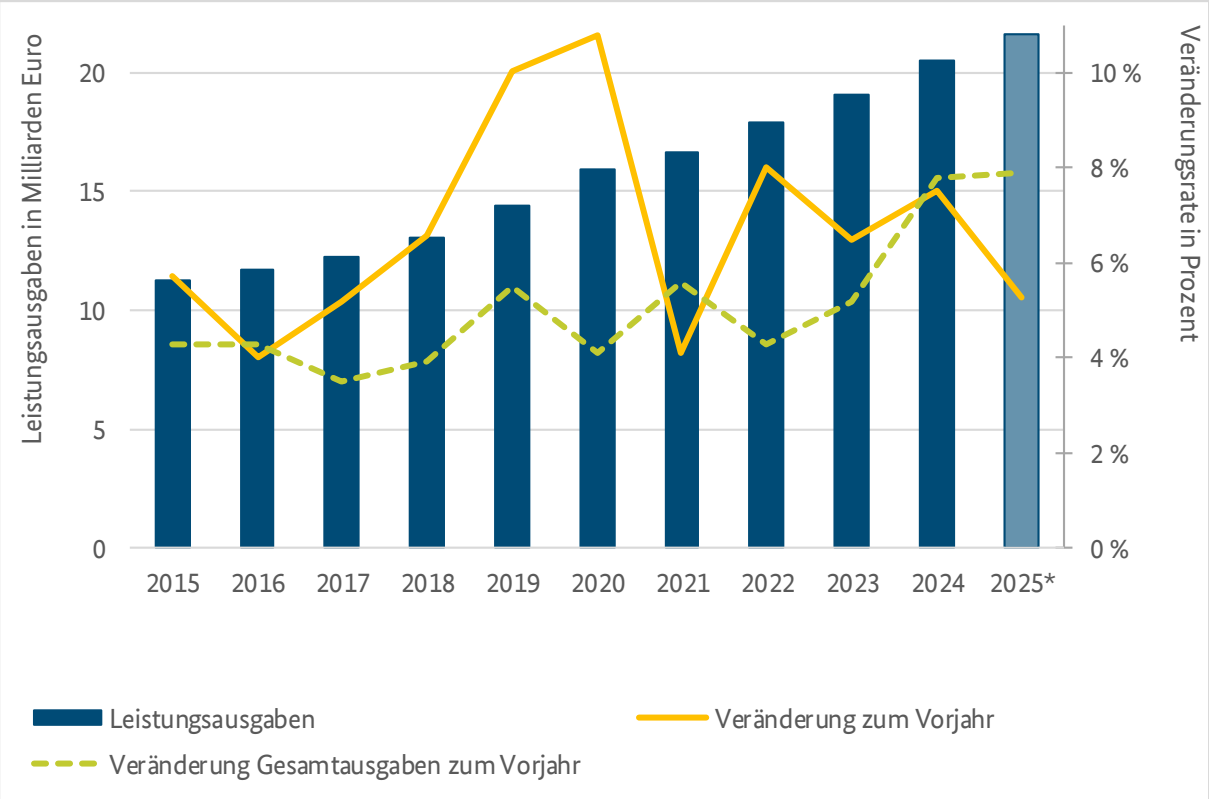
6.9.1 Kostentreiberanalyse – Krankengeld

Entwicklung der Leistungsausgaben für Krankengeld seit 2015

Krankengeld ist, anders als die meisten anderen Leistungen, die nach Maßgabe des SGB V gewährt werden, eine Entgeltersatzleistung und erfüllt damit primär eine sozialpolitische Sicherungsfunktion während krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Die Höhe der GKV-Leistung resultiert daher nicht unmittelbar aus dem medizinischen Behandlungsbedarf, sondern aus dem Arbeitseinkommen des arbeitsunfähigen Versicherten. Die Krankengeldleistungen sind in den §§ 44 bis 51 SGB V geregelt. Dabei entfällt auf das „reguläre Krankengeld" nach § 44 SGB V der mit Abstand höchste Ausgabenanteil. Im Jahr 2025 wurden hierüber rund 21,1 Mrd. €, entsprechend 6 % der Gesamtausgaben der GKV ausgezahlt. Die weiteren Krankengeldleistungen (Krankengeld nach §§ 44a (bei Organ-, Gewebe- und Blutspenden), § 44b (für Begleitpersonen bei stationärer Behandlung) und § 45 SGB V (Erkrankung des Kindes) beliefen sich auf ca. 559 Mio. € und machten damit nur ca. 2,6 % der gesamten Krankengeldzahlungen aus.

Seit 2015 gab es im Bereich Krankengeld ein überdurchschnittliches Wachstum (vgl. Abbildung 6.9.1.1).

Abbildung 6.9.1.1: Entwicklung der Leistungsausgaben für Krankengeld von 2015 bis 2025



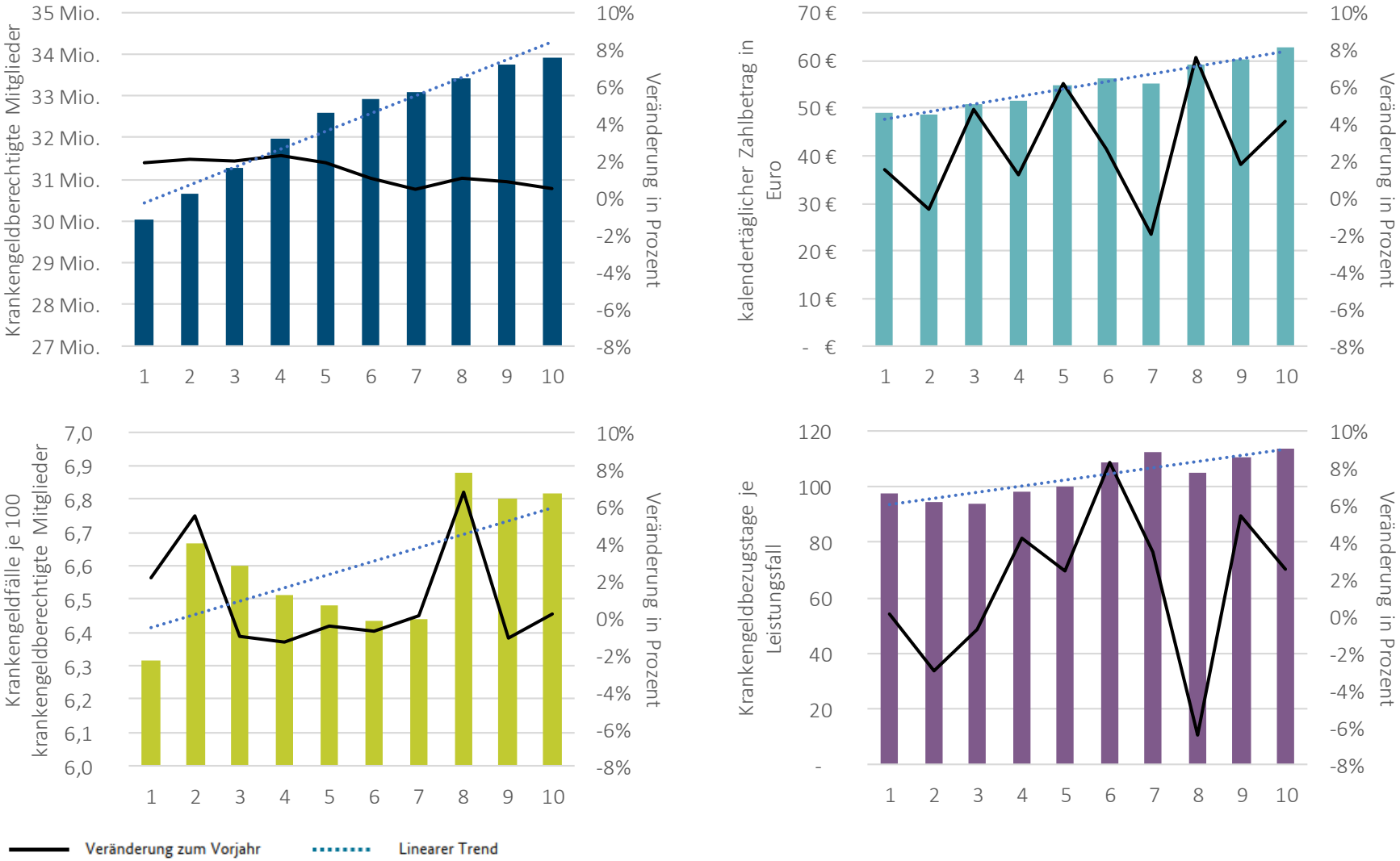
*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 4. Quartal*

Dieses ist auf die folgenden Einzelkomponenten zurückzuführen (vgl. Abbildung 6.9.1.2):

- Die Anzahl der krankengeldberechtigten Mitglieder ist gestiegen (seit 2019: +0,80 % pro Jahr).
- Die kalendertäglichen Zahlbeträge (Ausgaben je Bezugstag) sind gestiegen (seit 2019: +2,85 % pro Jahr).
- Die Anzahl der Krankengeldfälle je 100 krankengeldberechtigte Mitglieder ist gestiegen (seit 2019: +1,05 % pro Jahr).
- Die Bezugstage je Fall sind gestiegen (seit 2019: +2,65 % pro Jahr).

Die ersten beiden Punkte sind zu begrüßen, da sie bedeuten, dass die Beschäftigung und auch das Lohnniveau insgesamt gestiegen sind. Die letzten beiden Punkte deuten hingegen auf zunehmende Morbidität hin. Allerdings kam es im gleichen Zeitraum auch zu einer Verlängerung der tatsächlichen Lebensarbeitszeit. Altersgruppenspezifische Auswertungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung (Drösler et al. 2025, S. 29) zeigen, dass die Anzahl der Krankengeld-Bezugstage je Krankengeld-Anspruchsjahr kontinuierlich mit zunehmendem Alter steigt. Erst über der Regelaltersgrenze für die Rente (über 65 Jahren) sinkt die Anzahl der Krankengeld-Bezugstage je Krankengeld-Anspruchsjahr wieder. Mit zunehmendem Alter steigt erwartungsgemäß die Morbidität und damit auch die Wahrscheinlichkeit krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Die steigende Erwerbsbeteiligung älterer Beschäftigter kann daher zu einer höheren Inanspruchnahme von Krankengeld beitragen, auch wenn tendenziell die verhältnismäßig gesünderen Versicherten über die Regelaltersgrenze hinaus arbeiten.

Abbildung 6.9.1.2: Kostentreiberanalyse Krankengeld



Quelle: KG2/KJ1-Statistik

Die aktuellen Prognosen gehen von einer Fortsetzung des jährlichen Wachstums für die nächsten Jahre aus. Damit stellen die Ausgaben für Krankengeld zwar nicht einen der größten Blöcke der Ausgaben der GKV insgesamt dar, aber das Wachstum ist in diesem Bereich überproportional. Als Entgeltersatzleistung erfüllt das Krankengeld eine wichtige sozialstaatliche Funktion, indem es Beschäftigte vor Einkommensverlusten infolge krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit schützt. Gleichzeitig muss seine Ausgestaltung im Rahmen eines solidarisch finanzierten Systems auch die langfristige Finanzierbarkeit berücksichtigen.

Internationaler Vergleich

Betrachtet man europäische Länder im Vergleich hinsichtlich der finanziellen Absicherung im Krankheitsfall, zeigt sich, dass die Länder sehr unterschiedliche Absicherungen bieten. Grundsätzlich gibt es zwei Phasen: die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber zu Beginn einer Erkrankung und den sich anschließenden Bezug von Krankengeld. Deutschland bietet dabei im Vergleich eine relativ großzügige Absicherung in beiden Phasen. Dabei sind alle Aspekte (Karenztage, Lohnfortzahlung, Höhe und Dauer der Krankengeldzahlungen) gemeinsam zu betrachten, um ein Gesamtbild der sehr unterschiedlichen Ausgestaltungen zu erhalten. Hier kann nur ein kurzer Überblick gegeben werden.[28]

Deutschland gehört zu einer Gruppe von Ländern (darunter auch Belgien, Dänemark, Norwegen und Österreich), die eine Lohnfortzahlung ab dem ersten Krankheitstag garantieren. Andere europäische Länder, darunter Frankreich, Portugal, Schweden und Spanien nutzen hingegen einen bis drei Karenztage, an denen die Betroffenen keine Bezüge erhalten. Mit einer 100%-igen Lohnfortzahlung sind die Regelungen hinsichtlich der Höhe in Deutschland großzügig. In Ländern wie den Niederlanden, Schweden oder Spanien liegt die Lohnfortzahlung mit 50% bis 80% deutlich niedriger. Finnland, Italien, Schweden und beispielsweise auch Norwegen haben deutlich kürzere Bezugszeiten für Lohnfortzahlung. Während die gesetzliche Lohnfortzahlung in Deutschland bei sechs Wochen liegt, variiert sie in diesen Ländern zwischen drei Tagen (Italien) und zwei Wochen (Schweden).

Die Regelungen hinsichtlich des eigentlichen Krankengeldbezuges schwanken in den europäischen Ländern ebenfalls stark. Mit einer Höhe der Absicherung von 70 % des Bruttoentgelts beziehungsweise maximal 90 % des Nettoentgelts liegt Deutschland im Mittelfeld. Frankreich bietet eine Basisabsicherung von 50 %, Belgien von 60 %. In Portugal ist die Höhe der Krankengeldzahlungen gestaffelt und richtet sich nach der Länge des Krankengeldbezuges. Sie startet bei einer Krankheitsdauer von bis zu 30 Tagen mit 55 % des Referenzeinkommens und steigt dann bis 75% an. Es gibt allerdings auch Länder wie Luxemburg und Norwegen, in denen die Höhe des Krankengeldes bis zu 100 % des Referenzeinkommens betragen kann.

Die maximalen Bezugsdauern variieren auch stark zwischen den Ländern. Während in Deutschland die Krankengeldbezugsdauer je Fall auf in der Regel 78 Wochen innerhalb von drei Jahren begrenzt

[28] Für einen detaillierteren Überblick vgl. beispielsweise Hildebrandt & Nguyen 2025, 2026.

ist, beträgt sie in Italien beispielsweise 180 Tage pro Kalenderjahr. Dänemark sieht eine Krankengeldzahlung für bis zu 22 Wochen vor, wobei es die Möglichkeit zur Verlängerung der Zahlung gibt. Die Regelungen in Schweden sehen eine maximale Zahlung über 364 Tage innerhalb von 15 Monaten vor. In Spanien wiederum können bis zu ein Jahr lang Krankengeldleistungen in Anspruch genommen werden, mit einer Möglichkeit zur Verlängerung um weitere sechs Monate. Portugal liegt mit einer maximalen Bezugsdauer von 1095 Tagen an der Spitze.

6.9.2 Reformempfehlung Nr. 49: Teilkrankengeld

Hintergrund	Das deutsche Sozialrecht kennt lediglich eine volle Arbeitsfähigkeit oder eine volle Arbeitsunfähigkeit. In anderen Ländern besteht die Möglichkeit einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit mit positiven Effekten für die einzelnen Versicherten und die Volkswirtschaft.
Reformempfehlung	Einführung einer stufenweisen Teilarbeitsunfähigkeit und eines Teilkrankengeldes mit 25 %, 50 % sowie 75 % Arbeitsunfähigkeit.
Finanzwirkung	Ca. 73 Mio. € in 2027
Priorität	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Der Anspruch auf Krankengeld ist im deutschen Sozialrecht klar normiert und erfordert das Vorliegen mehrerer kumulativer Voraussetzungen, die insbesondere in den §§ 44 ff. SGB V geregelt sind. Zunächst ist es notwendig, dass eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Krankengeldanspruch besteht (vgl. zum Fehlen eines entsprechenden Anspruchs § 44 Absatz 2 SGB V). Der Anspruch setzt die Arbeitsunfähigkeit oder eine stationäre Behandlung auf Kosten der Krankenkasse voraus (§ 44 Absatz 1 SGB V). Im erstgenannten Fall entsteht der Anspruch nach § 46 Satz 1 Nummer 2 SGB V von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an.

Der Anspruch ruht nach § 49 Absatz 1 Nummer 1 SGB V soweit und solange der Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält. Auch andere Tatbestände und Leistungen führen zum Ruhen oder auch zum Ausschluss oder einer Kürzung des Krankengeldes (§§ 49, 50 SGB V).

Den gesetzlichen Regelungen liegt ein klar dichotomes Verständnis von Arbeitsfähigkeit zu Grunde: Versicherte gelten entweder als vollständig arbeitsfähig oder als vollständig arbeitsunfähig. Eine Möglichkeit für eine Teilarbeitsunfähigkeit (als Voraussetzung für ein Teilkrankengeld) ist im deutschen System – anders als beispielsweise in skandinavischen Ländern – grundsätzlich nicht vorgesehen. Dieses dichotome Modell bildet den tatsächlichen Verlauf vieler Erkrankungen nur unzureichend ab. Gerade bei chronischen Erkrankungen oder längeren Genesungsprozessen besteht häufig eine teilweise, aber nicht vollständige Arbeitsfähigkeit, so dass Versicherte mit reduziertem Stellenanteil weiterarbeiten können. Der Sachverständigenrat Gesundheit hat in seinem Gutachten von 2015 darauf hingewiesen, dass „die stufenweise Wiedereingliederung eine schnellere Rückkehr sowie höhere Rückkehrquoten“ ermöglicht und positive Effekte auf den Gesundheitszustand, soziale Teilhabe und das Wohlbefinden von Langzeiterkrankten möglich sind (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2015, S. 228). Die Erfahrungen der

skandinavischen Länder weisen auf positive Effekte eines Teilkrankengeldes hin, die sich nicht zuletzt in einer schnelleren Rückkehr in den Beruf und einer höheren Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Rückkehr niederschlagen (IGES 2018). Die Einführung einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit trägt zudem der zunehmenden Bedeutung chronischer Erkrankungen sowie längerer Erwerbsbiografien Rechnung und ermöglicht eine flexiblere Anpassung zwischen gesundheitlicher Leistungsfähigkeit und beruflicher Tätigkeit.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der positiven Auswirkungen auf die Wiedereingliederung in die Arbeit empfiehlt die Kommission, eine stufenweise Arbeitsunfähigkeit gesetzlich einzuführen, die in der Folge ein stufenweises Krankengeld ermöglicht. Dieses soll – wie bisher – erst nach sechs Wochen Lohnfortzahlung einsetzen und berechnet sich analog der prozentualen Reduktion der Arbeitsfähigkeit. Dabei soll eine abgestufte Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit zu 100 %, 75 %, 50 % oder 25 % durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in enger Abstimmung mit der betroffenen Person vorgenommen werden. Dies eröffnet die notwendige arbeitsplatzbezogene Bewertung der tatsächlichen Leistungsfähigkeit. Dadurch wird sowohl ein teilweiser Verbleib im Arbeitsprozess als auch eine schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtert, sofern der Arbeitsplatz für eine Teilarbeitsfähigkeit geeignet ist. Die sozialen und finanziellen Belastungen können im Krankheitsfall deutlich reduziert werden. Eine fortlaufende Anpassung der Einstufung bei Veränderungen des Gesundheitszustands gewährleistet, dass sowohl die individuellen gesundheitlichen Voraussetzungen als auch die konkreten Anforderungen am Arbeitsplatz kontinuierlich berücksichtigt werden. Gleichzeitig kann eine frühere und stabilere Rückkehr in den Arbeitsprozess langfristig auch zur Stabilisierung der solidarisch finanzierten Krankengeldausgaben beitragen. Die Blockfrist verlängert sich bei einer Teilarbeitsunfähigkeit und bei Bezug von Teilkrankengeld nicht.

Geschätzte Finanzwirkung

Im Jahr 2024 gab es laut KG-2 Statistik rund 2,3 Millionen Krankengeldfälle. Für eine Abschätzung der Finanzwirkung müssen mehrere Annahmen getroffen werden.

Das IGES-Institut hat in seinen Berechnungen zum Teilkrankengeld im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse drei unterschiedliche Inanspruchnahmequoten verwendet: 6,8 %, 13,6 % und 27,2 % Inanspruchnahme. Dabei ist die höchste Inanspruchnahmequote der in Schweden empirisch belegte Wert. Die beiden unteren Inanspruchnahmequoten entsprechen einem Viertel beziehungsweise der Hälfte dieses Wertes (IGES 2018, S. 129 f.). Für eine konservative Schätzung der Finanzwirkung setzt die Kommission eine Inanspruchnahmequote von 7 % an.

Für diese 7 % der Krankengeldfälle wird im Durchschnitt ein Teilkrankengeldbezug über einen Zeitraum von sechs Wochen mit einer durchschnittlichen Teilarbeitsunfähigkeit von 50 % angenommen. 2024 betrug der durchschnittliche Brutto-Krankengeldzahlbetrag pro Tag 76,04 € (KJ1- und KG2-Statistik). Auf Grundlage einer Fortschreibung dieser Zahlen und Annahmen für das

Jahr 2027 resultiert ein Finanzvolumen für die GKV von rund 290 Mio. €. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass es einige Zeit bedarf, bis die neuen Regelungen tatsächlich in der Versorgung angenommen werden. Daher wird für 2027 lediglich ein Finanzvolumen von knapp 73 Mio. € angenommen (entspricht einem Viertel des vollen Betrages). Bis 2030 ist mit einer vollen Umsetzung und dementsprechend mit einem Aufwuchs des Finanzvolumens bis auf knapp 320 Mio. € zu rechnen.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Einführung klar definierter Stufen (25 %, 50 %, 75 %, 100 %) erfordert eine Erweiterung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sowie Anpassungen der Abrechnungs- und Entgeltabrechnungssysteme. Da es sich um eine begrenzte Erweiterung bestehender digitaler Strukturen handelt, erscheint die Umsetzung bei angemessener Vorlaufzeit administrativ handhabbar.

Bereits nach geltender Rechtslage sind Ärztinnen und Ärzte gemäß § 2 Absatz 5 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie dazu verpflichtet, im Rahmen der Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit eine gezielte Anamnese zur aktuell ausgeübten Tätigkeit sowie den damit verbundenen Anforderungen und Belastungen durchzuführen. Auf Basis dieser arbeitsplatzbezogenen Informationen soll eine fundierte Einschätzung zur teilweisen Belastbarkeit vorgenommen werden. Ebenso sieht das Mutterschutzgesetz eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit vor, die gemäß § 16 MuSchG dazu führen kann, dass eine nur eingeschränkte Leistungsfähigkeit attestiert wird. Ein vergleichbares Prinzip findet sich beim „Hamburger Modell" zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 SGB V beziehungsweise § 44 SGB IX. Obwohl der Arbeitnehmer hierbei rechtlich weiterhin als arbeitsunfähig gilt, legt der behandelnde Arzt auf Grundlage der medizinischen Situation sowie der konkreten Bedingungen am Arbeitsplatz fest, welche Tätigkeiten in welchem zeitlichen Umfang bereits wieder geleistet werden können. Wie die Beispiele zeigen, ist das Konzept der ärztlichen Einschätzung der teilweisen Belastbarkeit bereits Bestandteil des geltenden Rechts. Einen Referentenentwurf zur Teilkrankschreibung gab es bereits 1984 (o. A., S. 174), man ging also schon damals von einer Umsetzbarkeit aus.

Auswirkungen auf die Versorgung

Für die teilweise Arbeitsunfähigkeit werden unterschiedliche positive und negative Auswirkungen diskutiert, die sich auch auf ein Teilkrankengeld übertragen lassen. So wird befürchtet, dass Arbeitgeber Druck auf die Arbeitnehmer ausüben könnten, dass trotz Erkrankung teilweise gearbeitet wird, auch wenn dies medizinisch nicht ratsam ist. Dies kann zur Verschleppung von Krankheiten und zur Chronifizierung führen. Die Grenze der eigenen Belastbarkeit einzuhalten, kann für Arbeitnehmende schwierig sein. Deshalb ist entscheidend, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

weiterhin primär auf medizinischer Grundlage erfolgt und die Zustimmung der betroffenen Person voraussetzt.

Allerdings ermöglichen eine teilweise Arbeitsunfähigkeit und ein Teilkrankengeld, dass Arbeitnehmende in ihren sozialen Strukturen und einer Tagesstruktur eingebettet bleiben, was insbesondere bei psychischen Erkrankungen stabilisierend wirken kann und den Übergang zurück in den Arbeitsalltag erleichtert (Modini et al. 2016). Auch ein langsamerer Wiedereinstieg in den Beruf ist hierüber flexibler und früher als über das „Hamburger Modell" möglich. Darüber hinaus kann bei langen Ausfallzeiten über eine nur teilweise Arbeits(un)fähigkeit eine Dequalifizierung verhindert werden, was nicht nur dem Arbeitnehmenden, sondern auch den Arbeitgebern zu Gute kommt.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Arbeitnehmende profitieren bei einem nur teilweisen Krankengeldbezug von einem höheren Gesamteinkommen, da die tatsächliche Arbeitsleistung mit dem anteiligen Gehalt vergütet wird und sich das niedrigere Krankengeld nur auf den nicht geleisteten Anteil der Arbeit bezieht. Zudem sichert der Entgeltanteil höhere Rentenanwartschaften im Vergleich zum reinen Krankengeldbezug. Auch Arbeitgeber profitieren von einer Teilarbeitsunfähigkeit, denn sie können während der Entgeltfortzahlung eine anteilige Arbeitsleistung für ihre Lohnkosten erhalten. Auch in der späteren Krankengeldphase kann die Arbeitskraft dem Betrieb teilweise erhalten bleiben. Dem gegenüber steht jedoch ein erhöhter administrativer Aufwand. Außerdem besteht die Einschränkung, dass eine Teilarbeitsleistung technisch oder organisatorisch nicht an jedem Arbeitsplatz umsetzbar ist. Insgesamt kann eine teilweise Arbeitsunfähigkeit dazu beitragen, die Interessen von Versicherten, Arbeitgebern und dem solidarisch finanzierten Versicherungssystem besser miteinander in Einklang zu bringen.

6.9.3 Reformempfehlung Nr. 50: Absenkung des Krankengeld-Zahlbetrages

Hintergrund	Starker Anstieg der Krankengeldzahlbeträge in den letzten Jahren.
Reformempfehlung	Absenkung des Krankengeldzahlbetrages von 70 % des Bruttogehaltes auf 65 % beziehungsweise von 90 % des Nettogehaltes auf 85 %
Finanzwirkung	Ca. 1,3 Mrd. € in 2027
Priorität	B

Hintergrund/Handlungsbedarf

In der Regel erhalten Versicherte bei Arbeitsunfähigkeit für die ersten sechs Wochen eine Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber. Im Anschluss zahlt die Krankenkasse Krankengeld als Entgeltersatzleistung für in der Regel maximal 78 Wochen innerhalb von drei Jahren. Während eines Krankengeldbezugs werden keine Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt. Die Beiträge für die anderen Sozialversicherungszweige zahlt in dieser Zeit die Krankenkasse.

Die Höhe des Krankengeldzahlbetrages hängt maßgeblich vom individuellen Gehalt ab, wobei der Zahlbetrag nach oben durch die Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze begrenzt wird. Der Zahlbetrag beträgt 70 % des regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens des krankengeldberechtigten Mitglieds, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt; Bruttogehalt). Dabei werden jedoch höchstens 90 % des Nettoarbeitsentgelts (§ 47 Absatz 1 SGB V) gezahlt. Der maximale Zahlbetrag pro Tag wird durch die Beitragsbemessungsgrenze für die Kranken- und Pflegeversicherung (§ 47 Absatz 6 SGB V) bestimmt.

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund des im internationalen Vergleich verhältnismäßig hohen Absicherungsniveaus (nach Dauer und Höhe) durch die Lohnfortzahlung und Krankengeldleistungen sowie angesichts des starken Anstiegs der kalendertäglichen Krankengeldzahlbeträge in den letzten Jahren empfiehlt die Kommission, den Krankengeldzahlbetrag von 70 % des Regelentgelts auf 65 % beziehungsweise von maximal 90 % des Nettoarbeitsentgelts auf maximal 85 % abzusenken.

Geschätzte Finanzwirkung

Die Leistungsausgaben für Krankengeld betrugen im Jahr 2024 insgesamt circa 20,55 Mrd. €. Für das Jahr 2027 erreichen die fortgeschriebenen Ausgaben eine Höhe von 23,9 Mrd. €. Eine pauschale Absenkung der Krankengeldzahlbeträge um fünf Prozentpunkte (auf 65 % des Regelentgelts beziehungsweise 85 % des Nettoarbeitsentgelts) führt zu einer Einsparung in Höhe von rund 1,3 Mrd. € in 2027. Diese Einsparungen fallen dauerhaft jedes Jahr an und steigen entsprechend dem

Anstieg der Leistungsausgaben für Krankengeld im Zeitverlauf an. Bis 2030 wird eine Steigerung der Finanzwirkung unter Annahme einer abnehmenden Dynamik der Krankengeldzahlbeträge in Höhe von 1,5 Mrd. € prognostiziert.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Für die Umsetzung dieser Empfehlung sind die Regelungen des § 47 SGB V entsprechend anzupassen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Auf die gesundheitliche Versorgung der Versicherten und der Krankengeldbeziehenden sind keine Auswirkungen zu erwarten.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die vorgeschlagene Absenkung des Krankengeldzahlbetrages stellt eine Reduktion des Versicherungsschutzes und eine direkte Leistungskürzung für diejenigen Versicherten dar, die Krankengeld beziehen. Sie stellt demnach eine Belastung mittel- und langfristig erkrankter (vorwiegend) Beschäftigter dar. Diese Belastung betrifft insbesondere Versicherte mit längeren Krankheitsverläufen, bei denen krankheitsbedingte Einkommensverluste bereits heute erheblich sein können. Da die Absenkung einheitlich prozentual in Bezug auf das Regelentgelt vorgeschlagen wird, werden Versicherte in unterschiedlichen Einkommensklassen bis zur Beitragsbemessungsgrenze relativ gleich belastet.

Empirische Evidenz zu verhaltenssteuernden Effekten einer Absenkung des Krankengeldes ist begrenzt. Eine Analyse der Reform von 1996/97, bei der die Nettoersatzrate des Krankengeldes von etwa 80 % auf etwa 70 % reduziert wurde, findet keine signifikanten Effekte auf die Dauer des Krankengeldbezugs; die geschätzten Veränderungen lagen im Bereich von weniger als einem Tag pro Fall beziehungsweise unter zwei Prozent der Bezugsdauer (Ziebarth 2013). Dies deutet darauf hin, dass Rückkehrentscheidungen bei länger andauernden oder schweren Erkrankungen nur eingeschränkt monetär steuerbar sind. Demgegenüber zeigen Untersuchungen zur Absenkung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall im Jahr 1996 eine moderate Reduktion von Fehlzeiten, insbesondere bei kürzeren Erkrankungsdauern (Puhani & Sonderhof 2010). Insgesamt spricht die Evidenz dafür, dass eine Absenkung des Krankengeldzahlbetrages primär fiskalische Effekte entfalten dürfte, während substanzielle verhaltenssteuernde Wirkungen bei längerfristiger Arbeitsunfähigkeit nicht zu erwarten sind. Zudem zeigen empirische Untersuchungen, dass längerfristig erkrankte Personen bereits unter den bestehenden Regelungen erhebliche Einkommensverluste und zusätzliche krankheitsbedingte Eigenkosten tragen (Mehlis et al. 2020). Eine weitere Absenkung der Ersatzrate könnte diese finanzielle Belastung insbesondere bei chronisch und schwer Erkrankten verstärken.

Allerdings sollte ein ausreichender Lebensunterhalt gewährleistet sein, weil Krankengeldbeziehende gegebenenfalls Anspruch auf Bürgergeld (gemäß SGB II) beziehungsweise Wohngeld (gemäß WoGG) haben, wenn das Einkommen (Krankengeld) nicht ausreicht, um den Lebensunterhalt zu finanzieren.

Krankengeld dient der finanziellen Absicherung eines Versicherten, wenn er krankheitsbedingt über einen längeren, aber dennoch begrenzten Zeitraum nicht arbeiten kann. Die Möglichkeit einer Rückkehr in den Arbeitsmarkt muss daher bestehen. Eine Absenkung des Krankengeldzahlbetrages auf 65 % des Bruttogehalts beziehungsweise maximal 85 % des Nettogehalts gewährleistet weiterhin eine finanzielle Absicherung der Versicherten. Diese neue Regelung läge immer noch deutlich über den Bezügen bei Arbeitslosigkeit (60 % des Nettoentgelts; allgemeiner Leistungssatz) beziehungsweise 67 % des Nettoentgeltes (erhöhter Leistungssatz), § 149 SGB III.

Nach einer Absenkung der Krankengeldzahlbeträge läge Deutschland immer noch im mittleren bis oberen Bereich innerhalb der EU. Eine Absenkung führt zwar zu einer Verringerung der finanziellen Mittel der Krankengeldbeziehenden. Allerdings ist das Krankengeld als zeitlich begrenzte Entgeltersatzleistung konzipiert, die die Phase der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit bis zur Rückkehr in das Erwerbsleben überbrücken soll.. Somit ist Krankengeld als vorübergehende Leistung zu sehen, die nicht auf Dauer gezahlt werden soll, und die finanziellen Einbußen sind somit ebenfalls vorübergehender Art.

6.9.4 Reformempfehlung Nr. 51: Festlegung der maximalen Bezugsdauer auf 78 Wochen

Hintergrund	Die derzeitige Regelung zur maximalen Krankengeldbezugsdauer führt zu sachlich nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlungen zwischen Versichertengruppen.
Reformempfehlung	Begrenzung der Krankengeld-Bezugsdauer auf maximal 78 Wochen unabhängig von der die Arbeitsunfähigkeit begründenden Erkrankung
Finanzwirkung	Ca. 0,11 Mrd. € in 2027
Priorität	B

Hintergrund/Handlungsbedarf

Grundsätzlich erhalten Versicherte Krankengeld gemäß § 48 Absatz 1 Satz 1 1. Halbsatz SGB V ohne zeitliche Begrenzung. Für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ist der Bezug von Krankengeld jedoch nach § 48 Absatz 1 Satz 1 2. Halbsatz SGB V für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren (sogenannte Blockfrist), gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an, möglich. Wenn innerhalb dieses Zeitraumes eine weitere Krankheit hinzutritt, wird die Leistungsdauer für das Krankengeld nicht verlängert (§ 48 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Endet der Krankengeldbezug bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit, so beziehen diese Versicherten anschließend gegebenenfalls Arbeitslosengeld bei verminderter Leistungsfähigkeit gemäß § 145 SGB III oder eine Rente wegen verminderter Berufs- / Erwerbsfähigkeit (§§ 43, 240 SGB VI) und gegebenenfalls ergänzende Existenzsicherungsleistungen.

Der Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit kann nur unter den Voraussetzungen des § 48 Absatz 1, Absatz 2 SGB V wiederaufleben. Demgegenüber begründet das Auftreten einer neuen Krankheit einen weiteren Krankengeldanspruch und setzt zugleich einen neuen Dreijahreszeitraum mit einer Bezugszeit von höchstens 78 Wochen in Lauf. Anders formuliert: Tritt nach einem ersten Krankengeldbezug – selbst wenn dieser bereits die Höchstdauer von 78 Wochen erreicht hat – eine erneute Arbeitsunfähigkeit auf, die auf eine nicht in Zusammenhang mit der ersten Erkrankung stehende Krankheit zurückzuführen ist, kann ein neuer, maximal 78-wöchiger Krankengeldanspruch mitsamt neuer Blockfrist entstehen.

Ob es um “dieselbe” Krankheit geht oder die zweite Erkrankung nicht in Zusammenhang mit der ersten steht, ist teilweise nur sehr schwierig beziehungsweise gar nicht nachprüfbar.

Hier besteht somit eine Ungleichbehandlung von Personen mit Blick auf die Ursache ihrer Arbeitsunfähigkeit. Ist ein Versicherter nach wie vor an derselben Krankheit erkrankt, so hat er nach Krankengeldbezug von maximal 78 Wochen nur unter den Voraussetzungen des § 48 Absatz 2 SGB V

und damit nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums Anspruch auf Krankengeld. Ist während seines ersten Krankengeldbezuges eine weitere Erkrankung hinzugetreten, so verlängert sich sein Anspruch auf Krankengeld nicht. Tritt allerdings erst nach Ende des Krankengeldbezugs - unabhängig davon, ob dieser Krankengeldbezug die Maximaldauer von 78 Wochen bereits ausgeschöpft hatte oder nicht - eine andere Krankheit auf, so kann bereits innerhalb des Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld entstehen.

Auf diesen Umstand hat bereits das Gutachten des Sachverständigenrates von 2015 hingewiesen und eine Überprüfung der Regelungen angeregt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2015, S. 218).

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt, die maximale Bezugsdauer für Krankengeld generell auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren zu begrenzen, unabhängig davon, welche Krankheit oder welche Krankheiten die Arbeitsunfähigkeit begründen. Damit wird eine Gleichbehandlung von Versicherten mit nur einer Erkrankung beziehungsweise mit mehreren Erkrankungen während desselben Krankengeldbezuges einerseits und denjenigen Versicherten, die nacheinander an zwei oder mehreren Erkrankungen leiden, andererseits hergestellt.

Geschätzte Finanzwirkung

Auswertungen einer Krankenkasse haben ergeben, dass innerhalb einer fest angenommenen Zeitspanne von drei Jahren (für die Blockfrist) ca. 60 % der Versicherten mit einer Krankengeldbezugsdauer von mehr als 546 Tagen (= 78 Wochen) mindestens zwei Arbeitsunfähigkeitsfälle aufweisen. Die durchschnittliche, über 546 Tage hinausgehende Krankengeldbezugsdauer für diese Versicherten lag bei ungefähr 84 Tagen. Für diese Versicherten wird ein durchschnittlicher Brutto-Krankengeldzahlbetrag pro Tag von 65 € angenommen. Diese Annahme stützt sich auf die Datenauswertungen der Krankenkasse für diese Versichertengruppe und liegt damit unter dem durchschnittlichen Brutto-Krankengeldzahlbetrag pro Tag für alle Krankengeldbeziehenden. Untersuchungen des Wissenschaftlichen Beirates für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ergaben ebenfalls, dass längere Krankengeldbezugszeiten in der Tendenz mit unterdurchschnittlichen Krankengeldzahlbeträgen einhergehen, weshalb dieser Wert verwendet wird (Drösler et al. 2025, S. 31)[29]. Multipliziert man den angenommenen Brutto-Krankengeldzahlbetrag pro Tag mit der geschätzten Anzahl an Fällen, die GKV-weit einen Krankengeldbezug von mehr als 546 Tagen haben, sowie der geschätzten Krankengeldbezugsdauer über 546 Tage hinaus, so erhält man ein Finanzvolumen von ca. 111,2 Mio. € für 2027. Für das Jahr 2030 beläuft sich das geschätzte Finanzvolumen auf 121,7 Mio. €,

[29] Die Daten, die dem Wissenschaftlichen Beirat zur Verfügung standen, wiesen hinsichtlich der Auswertung der beitragspflichten Einnahmen große Unschärfen auf. Hier kann nur von einer tendenziellen Bestätigung des Zusammenhangs von längeren Krankengeldbezugsdauern und niedrigeren beitragspflichtigen Einnahmen ausgegangen werden.

wobei von einer sich leicht abflachende Dynamik im Anstieg der KG-Zahlbeträge und einer Entwicklung der krankengeldberechtigten Mitglieder wie in den Vorjahren ausgegangen wird.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die vorgeschlagene Maßnahme ist kurzfristig bereits für 2027 umsetzbar. Sie würde dann die Versicherten betreffen, bei denen nach den aktuellen Regelungen in 2027 eine zweite Blockfrist aufgrund einer weiteren, von der ersten Erkrankung unabhängigen Erkrankung beginnen würde. Diese würde wegfallen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die eigentliche gesundheitliche Versorgung der Versicherten und der Krankengeldbeziehenden bleibt von dieser Maßnahme unberührt.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Aktuell besteht eine Ungleichbehandlung von Krankengeldbeziehenden, die nur an einer Erkrankung leiden beziehungsweise bei denen während des Krankengeldbezuges weitere Erkrankungen hinzutreten, und Krankengeldbeziehenden, bei denen erst nach Ende des Krankengeldbezuges eine oder mehrere weitere, andere Krankheiten auftreten. Die vorgeschlagene Maßnahme beendet diese Ungleichbehandlung und führt damit zu einer gerechteren Behandlung der Versicherten.

Personen, die bislang ein Anrecht auf eine zweite Blockfrist auf Grund einer weiteren, von der ersten Krankheit unabhängigen Erkrankung hatten, erhalten dann nach Überschreiten der Krankengeld-Höchstbezugsdauer innerhalb der ersten Blockfrist kein Krankengeld mehr und werden somit früher in den Bezug anderer Sozialleistungen (Arbeitslosengeld, Erwerbsminderungsrente etc.) fallen.

6.9.5 Reformempfehlung Nr. 52: Änderung der Regelung des Krankengeldes für Selbstständige

Hintergrund	Selbstständige haben keinen Anspruch auf Krankengeld und leisten deshalb nur einen ermäßigten Beitragssatz. Durch die Abgabe einer Wahlerklärung können sie Anspruch auf Krankengeld erhalten und leisten dann den allgemeinen Beitragssatz. Die Möglichkeit, die Wahlerklärung kurz vor einer absehbaren längeren Arbeitsunfähigkeit abzugeben, gefährdet das Solidaritätsprinzip.
Reformempfehlung	Auch für Selbstständige soll das Krankengeld grundsätzlich in die Versicherung eingeschlossen werden, mit der Möglichkeit, es über eine Wahlerklärung abzuwählen, für die eine dreijährige Bindungsfrist gilt (opt-out) und die mit einer Wartezeit von drei Monaten vor Beginn des Anspruchs verbunden ist.
Finanzwirkung	nicht quantifizierbar
Priorität	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Gemäß § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V sind hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige vom gesetzlichen Krankengeldanspruch ausgeschlossen, es sei denn, sie geben eine Wahlerklärung ab, dass „die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll“. Sind sie ohne Anspruch auf Krankengeld versichert, so gilt für sie gemäß § 243 SGB V der ermäßigte Beitragssatz. Falls sie eine Wahlerklärung abgegeben haben, so gilt für sie der allgemeine Beitragssatz. Der Krankengeldanspruch greift – analog den Regelungen bei abhängig Beschäftigten – ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Im Jahr 2025 gab es rund 1,5 Millionen hauptberuflich Selbstständige als freiwillige Mitglieder (KB9 Statistik), eine weitere Differenzierung der Mitgliederzahl bzgl. des Krankengeld-Anspruchs liegt nicht vor.

Die Wahlerklärung bedarf der Schriftform, kann grundsätzlich nur mit Wirkung für die Zukunft abgegeben werden und wirkt frühestens ab dem Zugang bei der Krankenkasse beziehungsweise mit dem Beginn der Versicherung und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis (GKV-Spitzenverband et al. 2024, S. 85 ff.). Liegt zum Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung eine Arbeitsunfähigkeit vor, so „wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt“ (vgl. § 44 Absatz 2 Satz 4 SGB V).

Anders als bei privaten Krankentagegeldversicherungen gibt es keine Gesundheitsprüfung. Die Wahlerklärung kann auch bei einer bereits bekannten oder absehbaren Erkrankung abgegeben

werden. Und anders als bei Wahltarifen nach § 53 Absatz 6 SGB V haben die Krankenkassen auch nicht die Möglichkeit, eine Wartezeit bis zum Beginn der Wirksamkeit anzusetzen.

Damit besteht der Fehlanreiz, eine Wahlerklärung erst dann abzugeben, wenn eine längere Arbeitsunfähigkeit beispielsweise durch eine elektive Operation absehbar ist und sich der solidarischen Finanzierung weitestgehend zu entziehen.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt zur Vermeidung dieser Fehlanreize, die Absicherung für Krankengeld grundsätzlich in die Versicherung für Selbstständige aufzunehmen, aber eine Verzichtsmöglichkeit sowie eine Wartezeit vorzusehen. Dann wären zunächst alle Selbstständigen mit Anspruch auf Krankengeld versichert, es sei denn sie geben eine Wahlerklärung ab, dass sie das Krankengeld explizit abwählen möchten. Eine erneute Hinzuwahl des Krankengeldanspruchs soll nach einer Bindungsfrist von drei Jahren, entsprechend den Regelungen (§ 53 Absatz 8 SGB V) für die Wahltarife für Krankengeld, mit einer Wartezeit von drei Monaten möglich sein. Auch für diese Hinzuwahl soll eine Bindungsfrist von drei Jahren gelten.

Geschätzte Finanzwirkung

Eine Abschätzung der Finanzwirkung ist für diese Reformempfehlung nicht valide möglich, da entsprechende Daten nicht vorliegen. Sie hängt davon ab, wie viele Selbstständige eine Verzichtserklärung abgeben und wie hoch ihre Inanspruchnahme von Krankengeld ausfällt. Je mehr Selbstständige mit Krankengeldanspruch versichert sind und dementsprechend den allgemeinen Beitragssatz zahlen, desto stärker steigen die Einnahmen. Dem müssen die Ausgaben für den Krankengeldbezug ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit gegengerechnet werden.

Diskussion

Ein solidarisch finanziertes Versicherungssystem setzt voraus, dass Risiken gemeinschaftlich getragen werden und nicht nur dann versichert werden, wenn ihr Eintritt bereits absehbar ist.

Umsetzbarkeit

Die Umsetzung erfordert eine Anpassung des § 44 SGB V. Die Umstellung auf eine obligatorische Versicherung mit Krankengeldanspruch kann zu einem Stichtag eingeführt werden. Die betroffenen Selbstständigen müssen schriftlich durch die Krankenkasse auf ihre Verzichtsmöglichkeit hingewiesen werden.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Reformempfehlung hat keine Auswirkungen auf die eigentliche Versorgung der Versicherten.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die zurzeit bestehende Möglichkeit Selbstständiger, sich strategisch nur dann gegen Arbeitsunfähigkeit abzusichern, wenn diese für sie in naher Zukunft absehbar ist, wird eingeschränkt. Die Regelung und zugleich Klarstellung dient dazu, entsprechende Mitnahmeeffekte zu vermeiden und eine ungerechtfertigte Inanspruchnahme der Leistung auszuschließen. Damit wird eine höhere Verteilungsgerechtigkeit zwischen Selbstständigen und nicht selbstständig tätigen Versicherten erreicht.

Wenn Selbstständige auf den Anspruch auf Krankengeld verzichten wollen, haben sie nun einen leicht erhöhten administrativen Aufwand, da sie hierfür eine Wahlerklärung abgeben müssen. Dafür entfällt dieser bei Selbstständigen mit dem Wunsch zur Absicherung des Krankengeldes.

6.9.6 Reformempfehlung Nr. 53: Neuregelung der Mitwirkungspflichten beim Krankengeld

Hintergrund	Die Krankenkassen können Versicherten gemäß § 51 SGB V eine Frist von zehn Wochen setzen, um einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise für den Bezug der Regelaltersrente zu stellen. Das SGB III sieht für arbeitslose Personen in § 145 SGB III für diese Anträge nur eine Frist von 4 Wochen vor.
Reformempfehlung	Angleichung der Fristen, Verkürzung der Fristen im SGB V auf 4 Wochen.
Finanzwirkung	Ca. 50 Mio. € in 2027
Priorität	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Gemäß § 51 Absatz 1 SGB V kann die Krankenkasse Versicherten, „deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist“ eine Frist von zehn Wochen setzen, um einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben gilt unter bestimmten Voraussetzungen gemäß § 116 SGB VI automatisch als Antrag auf Erwerbsminderungsrente. Erfüllt ein Versicherter die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente, so kann die Krankenkasse gemäß § 51 Absatz 2 SGB V auch hier eine Frist von zehn Wochen für die Stellung eines Antrages setzen.

Kommt ein Versicherter der Aufforderung zur Antragstellung als besonderer Form der Mitwirkung nicht nach, so entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist; wird der Antrag später gestellt, besteht der Anspruch ab dem Tag der Antragstellung erneut.

Das Arbeitsförderungsrecht kennt mit § 145 SGB III eine vergleichbare Regelung. Gemäß § 145 Absatz 2 SGB III hat - hier handelt es sich um eine gebundene Entscheidung - die Bundesagentur für Arbeit eine leistungsgeminderte Person unverzüglich aufzufordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld vom Tag nach Ablauf der Frist an bis zu dem Tag, an dem sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung stellt.

Beide Vorschriften dienen in einem gegliederten Sozialleistungssystem der Zuordnung einer Person zum richtigen Regelungsregime. Bei § 51 SGB V geht es um eine Risikoverteilung zwischen Kranken-

und Rentenversicherung; § 145 Absatz 2 SGB III soll verhindern, dass die Bundesagentur für Arbeit systemwidrig Leistungen im Risikobereich der gesetzlichen Rentenversicherung erbringt. Der Versicherte selbst hat regelmäßig das Interesse, die jeweils höhere Leistung zu beziehen; die genannten Normen schaffen einen Ausgleich zwischen den Interessen des Versicherten und der Solidargemeinschaft. Angesichts der vergleichbaren Zielsetzung liegt es nahe, die in den maßgeblichen Normen genannten Fristen anzugleichen.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt, die Fristen von zehn Wochen in § 51 SGB V zur Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise die Frist zur Beantragung einer Regelaltersrente an die Frist des § 145 SGB III anzugleichen und auf einen Monat zu verkürzen. Dieser Vorschlag wurde bereits durch den Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Sondergutachten 2015 zur Prüfung vorgeschlagen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2015).

Geschätzte Finanzwirkung

Eine Verkürzung der Fristen führt dann zu Einsparungen in der GKV, wenn die Versicherten schneller in die medizinische Rehabilitation, die nicht zu Lasten der GKV geht, gelangen und schneller wieder arbeitsfähig werden. Es kommt auch dann zu Einsparungen in der GKV, wenn die Versicherten schneller in die Erwerbsminderungsrente oder die Altersrente überführt werden und die Krankenkasse keine Krankengeldzahlungen mehr leisten muss.

Für alle vorgenannten Regelungen zur Mitwirkungspflicht der Versicherten sind Abschätzungen des Finanzvolumens schwierig. Die finanziellen Auswirkungen auf die GKV hängen sehr stark davon ab, in wie vielen Fällen die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind und inwieweit die Versicherten den Mitwirkungspflichten tatsächlich nachkommen würden.

Hinsichtlich der Verkürzung der Fristen für die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation beziehungsweise für den Bezug einer Rente kann eine Näherung vorgenommen werden. Daten der IKK classic zeigen, dass ca. 12 % der Krankengeldbeziehenden dieser Krankenkasse eine medizinische Rehabilitation durchgeführt haben oder während einer Arbeitsunfähigkeit einen Rentenantrag gestellt haben.

Da die bisherigen Fristen nicht immer ausgeschöpft werden und die Voraussetzungen für eine Antragstellung nicht bei allen Betroffenen vorliegen, wird die Annahme getroffen, dass 10 % der Krankengeldfälle, bei denen die Voraussetzungen für eine Reha - beziehungsweise Rentenbeantragung vorliegt, von einer Verkürzung der Fristen betroffen wären.

Es wird weiterhin davon ausgegangen, dass je Fall eine Verkürzung der Krankengeldtage um sechs Wochen, also 21 Tage erreicht werden kann. Die kalendertäglichen Brutto-Krankengeldzahlungen inklusive der Trägeranteile beliefen sich 2024 auf 76,04 €.

Im Jahr 2024 gab es 2.311.849 Krankengeldfälle in der GKV (KG2-Statistik). Hiervon erfüllen annahmegemäß 12 %, also 277.422 Fälle die Voraussetzungen für eine Reha- beziehungsweise Rentenbeantragung. Für 10 % hiervon (27.742 Fälle) wird von einer Fallverkürzung ausgegangen. Das Einsparpotenzial einer Fristverkürzung kann demnach mit näherungsweise 44,3 Mio. € für 2024 beziffert werden. Für die kommenden Jahre würde nach dieser Schätzung die Einsparung von rund 50 Mio. € in 2027 auf bis zu rund 54 Mio. € in 2030 ansteigen. Dabei wird eine sich leicht abflachende Dynamik im Anstieg der Krankengeld-Zahlbeträge und eine Entwicklung der Zahl der krankengeldberechtigten Mitglieder wie in den Vorjahren angenommen.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Umsetzung erfolgt durch Änderung des § 51 SGB V. Weitere Änderungen durch den Gesetzgeber sind nicht notwendig.

Auswirkungen auf die Versorgung

Mit Blick auf die medizinische Versorgung der Versicherten ist es in der Regel vorteilhaft, wenn eine medizinische Rehabilitation möglichst frühzeitig beginnt. Je früher rehabilitative Maßnahmen einsetzen, desto größer ist die Chance, funktionelle Einschränkungen zu reduzieren oder sogar vollständig zu vermeiden und die Chancen auf eine Rückkehr ins Erwerbsleben zu erhöhen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2015). Frühzeitige Rehabilitation verhindert, dass sich akute Beschwerden chronifizieren, was insbesondere bei muskuloskelettalen, neurologischen oder psychischen Erkrankungen von erheblicher Bedeutung ist. Eine frühzeitige Rehabilitationsprüfung stärkt zudem die Teilhabe am Arbeitsleben und entspricht dem sozialrechtlichen Leitprinzip „Rehabilitation vor Rente“. Sie kann da zu beitragen, dauerhafte Erwerbsminderung zu vermeiden, Erwerbsbiografien zu stabilisieren und langfristig höhere individuelle Einkommensperspektiven zu sichern. Die Maßnahme dient damit nicht nur der fiskalischen Entlastung, sondern auch der Förderung individueller Autonomie und gesellschaftlicher Teilhabe.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Eine Verkürzung der Frist auf einen Monat bedeutet für die Versicherten, dass notwendige Unterlagen für die Antragstellung gegebenenfalls deutlich früher beschafft werden müssen. Für Personen mit schweren Erkrankungen, psychischen Belastungen oder geringer Gesundheitskompetenz kann dies eine Hürde darstellen. Versäumen Versicherte die Frist, wird die Zahlung des Krankengeldes bereits nach einem Monat eingestellt, und es entsteht den Versicherten gegenüber der heutigen Situation ein finanzieller Verlust. Um ungerechtfertigte Leistungsausfälle bei vulnerablen oder administrativ überforderten Versicherten zu verhindern, muss eine Verkürzung der Frist mit einer proaktiven, niederschwelligen Unterstützungspflicht der Krankenkassen einhergehen (zum Beispiel automatische Beratung, digitale Antragsassistenz, Fristerinnerung). Da die Regelung

lediglich die Frist für die Antragstellung verkürzt, den Krankenkassen aber keine neuen Möglichkeiten zur Aussteuerung aus dem Krankengeldbezug gibt, wird nicht davon ausgegangen, dass die Krankenkassen das Instrument missbräuchlich zur Reduzierung der Krankengeldausgaben nutzen. Eine Fristverkürzung ist nur dann sozial ausgewogen und fair, wenn Versicherte tatsächlich in die Lage versetzt werden, die Antragstellung fristgerecht vorzunehmen. Die bestehende Unterstützung durch Sozialdienste, Reha-Beratungsstellen und Krankenkassen ist hierfür von zentraler Bedeutung. Frühzeitige und verständliche Information hilft, Fristversäumnisse zu vermeiden und sicherzustellen, dass die Maßnahme der Förderung der Erwerbsfähigkeit dient und nicht unbeabsichtigt vulnerable Versicherte benachteiligt.

Bei einer erfolgreichen Antragstellung der Renten bei Erwerbsminderung beziehungsweise bei Erreichen des Regelalters kommt es zu einer Verlagerung der finanziellen Belastungen zulasten der Rentenversicherung. Mit Anerkennung einer Alters- oder Erwerbsminderungsrente scheiden diese Versicherten auch aus dem Erwerbsleben aus. Die Versicherten wären insofern schlechter gestellt, weil der Anspruch auf Erwerbsminderungs- beziehungsweise Altersrente in der Regel niedriger ist als der Anspruch auf Krankengeld. Dies entspricht aber wie oben dargestellt einer Angleichung an die rechtliche Situation von Arbeitslosengeld-Beziehenden.

6.9.7 Reformempfehlung Nr. 54: Krankengeldfallmanagement

Hintergrund	Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung im Falle des Krankengeldbezuges. Krankenkassen müssen allerdings zuerst die Einwilligung der Versicherten einholen, bevor sie sie zu diesem Zweck kontaktieren dürfen.
Reformempfehlung	Die Krankenkassen können die Versicherten zum Zwecke des Krankengeldfallmanagements ohne Einwilligung kontaktieren. Sie müssen dabei darauf hinweisen, dass die Versicherten ein Widerspruchsrecht (opt-out) haben.
Finanzwirkung	Es ist davon auszugehen, dass auf Seiten der Krankenkassen durch eine Verringerung des administrativen Aufwandes Einsparungen entstehen. Auf Seiten der Versicherten kann es durch eine effizientere Steuerung zu einer besseren Versorgung und gegebenenfalls zu kürzeren Krankengeldbezugsdauern kommen. Eine Quantifizierung ist auf Basis der vorliegenden Daten nicht möglich.
Priorität	A*

Hintergrund/Handlungsbedarf

Versicherte haben gemäß § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V einen „Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind." Dieses Krankengeldfallmanagement ist für die Versicherten freiwilliger Natur: § 44 Absatz 4 Satz 2 SGB V regelt, dass die Versicherten vorher schriftlich oder elektronisch informiert werden müssen und eine schriftliche oder elektronische Einwilligung geben müssen. Diese können sie jederzeit widerrufen.

Die Einholung der expliziten Einwilligung der Versicherten zum Krankengeldfallmanagement stellt für die Krankenkassen einen hohen administrativen Aufwand dar und verursacht Verwaltungskosten. Zudem kann diese Regelung die effiziente Fallsteuerung verzögern oder gar verhindern, wenn Versicherte kein Einverständnis hierzu geben. In diesen Fällen ist es den Krankenkassen zum Beispiel nicht möglich, die Versicherten zu geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen oder anderen Maßnahmen zur schnelleren Genesung und Wiederaufnahme der Berufstätigkeit zu beraten

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt, dass die Krankenkassen grundsätzlich Beratung und Hilfestellung im Falle längerer Arbeitsunfähigkeit geben dürfen, die Versicherten aber ein Widerspruchsrecht haben

(opt-out). Dadurch, dass keine explizite Einwilligung mehr im Vorfeld eingeholt werden muss, wird die Kontaktaufnahme der Krankenkassen und die Fallsteuerung erleichtert.

Geschätzte Finanzwirkung

Es ist davon auszugehen, dass eine opt-out Lösung gegenüber der aktuell notwendigen Einholung einer Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit geringerem administrativen Aufwand verbunden ist.

Außerdem ist zu erwarten, dass durch eine opt-out Lösung mehr Versicherte tatsächlich ein effizientes Fallmanagement beziehungsweise ihren Anspruch auf individuelle Beratung nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V in Anspruch nehmen werden und auf diese Weise Einsparungen beim Krankengeld erzielt werden können.

Auf Basis der der FKG vorliegenden Daten kann allerdings keine Abschätzung der Einsparungen vorgenommen werden.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Änderungen sind kurzfristig umsetzbar und können durch eine Anpassung des § 44 Absatz 4 SGB V vorgenommen werden

Auswirkungen auf die Versorgung

Krankengeldfallmanagement trägt dazu bei, dass Versicherte die notwendigen medizinischen und rehabilitativen Maßnahmen möglichst zeitnah erhalten. Dadurch kann die Versorgung der Versicherten verbessert werden.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Es ist nicht davon auszugehen, dass negative Verteilungs- oder Belastungseffekte entstehen. Allerdings ist darauf zu achten, dass die Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme seitens der Krankenkassen auf die Möglichkeit des Widerspruchs gegen das Krankengeldfallmanagement in angemessener Weise hingewiesen werden.

6.9.8 Reformempfehlung Nr. 55: Anpassung des Anspruchs auf Krankengeld bei Teilrente

Hintergrund	Mit Einführung des Flexirentengesetzes können Bezieher aller Altersrenten eine Teilrente von 10 % bis 99,99 % einer Vollrente beziehen. Der Anspruch auf Krankengeld bleibt dann bestehen.
Reformempfehlung	Anspruch auf Krankengeld soll nur bestehen, wenn eine Teilrente von weniger als 2/3 der Vollrente bezogen wird
Finanzwirkung	Ca. 36 Mio. € in 2027
Priorität	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Im Januar 2017 trat das Flexirentengesetz in Kraft. Seitdem ist es für Bezieher aller Altersrenten – auch nach Erreichen der Regelaltersgrenze – möglich, statt einer Vollrente lediglich eine Teilrente zu beziehen. Diese muss mindestens 10 % der Vollrente betragen (§ 42 SGB VI). Eine obere Grenze ist gesetzlich nicht vorgegeben, daher darf sie maximal 99,99 % der Vollrente betragen (Deutsche Rentenversicherung 2026). Die rechtliche Bedeutung dieser Wahl ist erheblich: Während für Versicherte, die eine Vollrente wegen Alters beziehen, der Anspruch auf Krankengeld gemäß § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ausgeschlossen ist (unabhängig von der Ausübung einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung), bleibt dieser Anspruch für Teilrentenbezieher bei Vorliegen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung dem Grunde nach bestehen (vgl. aber § 50 Absatz 2 Nummer 2 SGB V zur Anrechnung der Teilrente auf das Krankengeld). Selbst bei der Wahl einer 99,99 % Teilrente entfällt die Ausschlusswirkung des § 50 SGB V. Im Falle einer Arbeitsunfähigkeit führt dies - in Abhängigkeit von dem erzielten Erwerbseinkommen neben der Rente - zu einem gegebenenfalls deutlich höheren verfügbaren Gesamteinkommen.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt, eine Grenze für die Teilrente einzuführen, bei deren Überschreiten der Anspruch auf Krankengeld erlischt. Wird eine Teilrente in Höhe von zwei Drittel oder mehr der Vollrente bezogen, so soll der Anspruch auf Krankengeld erlöschen.

Geschätzte Finanzwirkung

Der FKG liegen keine Daten zur Verteilung der Teilrenten auf die Höhe der Teilrente in Bezug zur Vollrente vor. Eine Krankenkasse hat Daten zur Verfügung gestellt, die hochgerechnet auf die GKV zu Ausgabensteigerungen durch die Flexirente in Höhe von 103 Mio. € führen. Geht man sehr konservativ von einer annähernden Gleichverteilung der Teilrenten aus, so würde ein Drittel dieser

Ausgaben auf Teilrenten in Höhe von 2/3 der Vollrente oder mehr entfallen und somit von der Reformempfehlung betroffen sein. Damit wäre ein fortgeschriebenes Einsparvolumen von circa 36 Mio. € für 2027 zu erwarten. Für 2030 ergeben sich knapp 42 Mio. €.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Es ist eine gesetzliche Klarstellung in § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V dahingehend notwendig, dass der Anspruch auf Krankengeld auch bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von zwei Drittel der Vollrente oder mehr endet.

Auswirkungen auf die Versorgung

Auswirkungen auf die Versorgung sind nicht zu erwarten.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Ausgeschlossen werden soll nicht generell der Anspruch auf Krankengeld bei Bezug einer Teilrente und gleichzeitiger sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, sondern lediglich eine missbräuchliche Ausnutzung der aktuellen Regelung. Daher muss die Teilrente weniger als 2/3 der Vollrente betragen, damit der Anspruch auf Krankengeld erhalten bleibt.

Es ist davon auszugehen, dass vorwiegend Mitnahmeeffekte verhindert werden und der Krankengeldanspruch hauptsächlich bei den Versicherten bestehen bleibt, die einen tatsächlich gleitenden Übergang in den Ruhestand anstreben.

6.9.9 Reformempfehlung Nr. 56: Harmonisierung der Regelungen zum Arbeitslosengeld und dem Krankengeld

Hintergrund	Krankengeld beträgt grundsätzlich 70 % vom Bruttogehalt oder 90 % vom Nettogehalt. Arbeitslosengeld beträgt in der Regel 60 % (beziehungsweise mit mindestens einem Kind 67 %) vom Nettogehalt. Beim Aufeinandertreffen von Arbeitslosigkeit und langfristiger Krankheit ergeben sich Unterschiede in der Höhe der Sozialleistung.
Reformempfehlung	Nach dem Ende eines Arbeitsverhältnisses sollte immer eine Anpassung des Krankengeldes auf die Höhe des Arbeitslosengeldes erfolgen.
Finanzwirkung	nicht quantifizierbar
Priorität	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Wird eine Person während des Bezugs von Entgeltersatzleistungen nach dem SGB III (Arbeitslosengeld) arbeitsunfähig, so hat sie analog zur Entgeltfortzahlung gemäß § 146 Absatz 1 SGB III einen Anspruch auf Fortzahlung der Leistung durch die Agentur für Arbeit, die für Kinderlose 60 % beziehungsweise mit mindestens einem Kind 67 % des pauschalierten Nettoentgelts der letzten zwölf Monate beträgt. Diese Leistungsfortzahlung ist auf eine Dauer von sechs Wochen (42 Kalendertage) begrenzt. Übersteigt die Dauer der Arbeitsunfähigkeit den Zeitraum von sechs Wochen, tritt die Krankenkasse in die Leistungspflicht ein. Gemäß § 47b Absatz 1 SGB V wird das Krankengeld in Höhe des zuvor bezogenen Arbeitslosengeldes gewährt.

Tritt die Arbeitsunfähigkeit allerdings während eines bestehenden Beschäftigungsverhältnisses ein und endet dieses Arbeitsverhältnis (zum Beispiel durch Kündigung oder das Auslaufen eines befristeten Vertrages) während der Arbeitsunfähigkeit, bleibt gemäß § 192 Absatz 1 Nummer 2 SGB V die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten, solange ein Anspruch auf Krankengeld besteht oder dieses bezogen wird. Da der Versicherungsfall (die Krankheit) bereits während der Erwerbstätigkeit eingetreten ist, bemisst sich das Krankengeld nach § 47 SGB V weiterhin am zuletzt erzielten Arbeitsentgelt und nicht am Arbeitslosengeld. Es beträgt 70 % des letzten Bruttogehalts beziehungsweise 90 % des letzten Nettogehalts. Solange die Arbeitsunfähigkeit lückenlos ärztlich bescheinigt wird, besteht kein Anspruch auf Arbeitslosengeld, da die betroffene Person dem Arbeitsmarkt aufgrund der Krankheit objektiv nicht zur Verfügung steht (§ 138 Absatz 1 Nummer 3 SGB III).

Durch die unterschiedlichen Höhen von Arbeitslosengeld und Krankengeld bestehen derzeit Fehlanreize im Übergang von der Erwerbstätigkeit in die Arbeitslosigkeit. Da die Krankengeldzahlungen im Vergleich mit dem Arbeitslosengeld höher ausfallen, ist es vorteilhaft, für

einen möglichst langen Zeitraum Krankengeld und nicht Arbeitslosengeld zu beziehen. Damit besteht ein Potenzial zum Missbrauch der Regelung, sofern ein Verlust des Arbeitsplatzes für den Versicherten absehbar ist.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt, dass nach Ende eines Arbeitsverhältnisses die Anpassung des Krankengeldes immer auf die Höhe der dann folgenden Sozialleistung erfolgt. Damit entfällt der Anreiz, vor einer absehbaren Arbeitslosigkeit arbeitsunfähig zu werden, um das höhere Krankengeld zu beziehen.

Geschätzte Finanzwirkung

Eine Abschätzung der Finanzwirkung ist für diese Reformempfehlung nicht valide möglich, da entsprechende Daten nicht vorliegen.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Es sind Anpassungen in § 47b SGB V notwendig.

Auswirkungen auf die Versorgung

Auswirkungen auf die eigentliche medizinische Versorgung sind nicht zu erwarten.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Regelung führt zu einer finanziellen Gleichstellung aller arbeitslosen Personen, die langfristig erkrankt sind und dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen. Dadurch ist es bei absehbarem Verlust des Arbeitsplatzes finanziell nicht mehr vorteilhaft für den Arbeitnehmer, sich arbeitsunfähig zu melden. Damit werden aber auch versicherte Personen, die am Ende eines Beschäftigungsverhältnisses arbeitsunfähig werden, durch diese Regelung schlechter als bislang gestellt.

6.10 Medizinische Behandlungspflege, Vorsorge und Rehabilitationsleistungen

6.10.1 Kostentreiberanalyse – Behandlungspflege, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

Behandlungspflege

Begriffsbestimmung

Der Begriff der Behandlungspflege findet sich mehrfach im SGB V; es findet sich allerdings keine Legaldefinition. Der Begriff ist inhaltlich aber wesentlich durch die Rechtsprechung des BSG definiert (vergleiche hierzu nur Knispel 2025, § 37 SGB V Rn. 24 oder Deinert et al. 2022, Rn. 4). Er umfasst alle Pflegemaßnahmen, die durch eine bestimmte Krankheit verursacht werden und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, beziehungsweise ihre Verschlimmerung zu vermeiden, zu verhindern oder zu lindern. Die medizinische Behandlungspflege umfasst Leistungen aus der häuslichen Behandlungspflege nach § 37 SGB V und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V. Von der GKV werden insbesondere die Ausgaben für die Krankenpflege im ambulanten Bereich sowie die Ausgaben zur außerklinischen Intensivpflege übernommen. Für den stationären Bereich zahlt die GKV pauschal einen Betrag an den Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung (SPV).

Die nachfolgenden Ausführungen betrachten den Ausgabenbereich der medizinischen Behandlungspflege, differenziert nach Leistungen gemäß § 37 Absatz 2 SGB V (im Folgenden als „Behandlungspflege“ bezeichnet) und § 37c SGB V (im Folgenden als „Intensivpflege“ bezeichnet).

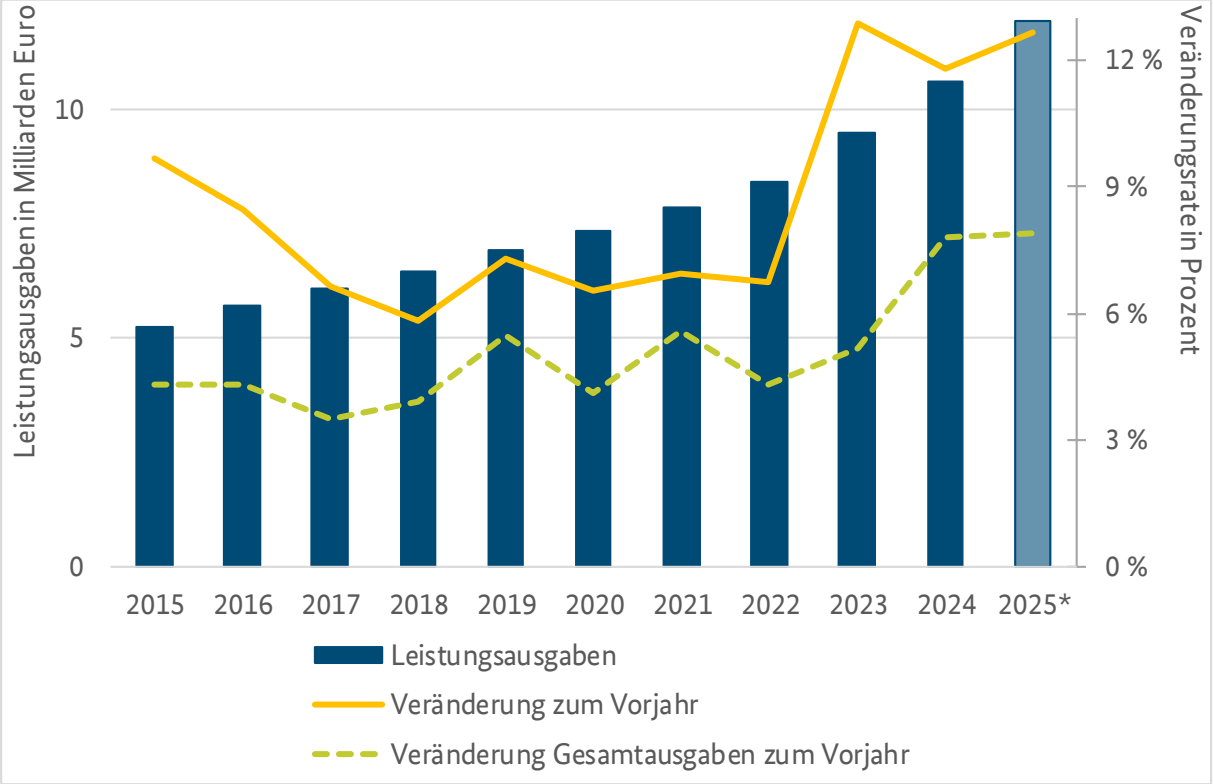
Ausgabenentwicklung

Die Ausgaben für die medizinische Behandlungspflege entwickelten sich seit 2015 mit durchschnittlich 8,1 % deutlich dynamischer als die Leistungsausgaben insgesamt, welche im gleichen Zeitraum um durchschnittlich 5 % gestiegen sind (siehe Abbildung 6.10.1.1). Insgesamt stiegen die Ausgaben für die medizinische Behandlungspflege im Zeitraum von 2015 von 5,3 Mrd. € auf 11,9 Mrd. € in 2025.

Bei der Ausgabenentwicklung sind drei Phasen zu unterscheiden: Der Zeitraum bis 2016, der Zeitraum von 2017 bis 2022 und der Zeitraum ab 2023.

Im Zeitraum bis 2016 liegen die Veränderungsraten oberhalb von rund 8,5 %. Als Ursachen können hier die Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sowie die Einführung neuer Leistungsansprüche für Demenzkranke mit dem Pflege-Neu-Ausrichtungsgesetz (PNG) genannt werden. Die Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ belastet vor allem deshalb die GKV, da die Ausgaben der Behandlungspflege ambulant zu Lasten der GKV und stationär primär zu Lasten der SPV gehen.

Abbildung 6.10.1.1: Ausgabenentwicklung für medizinische Behandlungspflege seit 2015



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Im Zeitraum zwischen 2017 und 2022 liegen die Veränderungsraten im Bereich von 5,8 % bis 7,3 %. Am 01.01.2017 traten darüber hinaus das Zweite und das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG II und PSG III) in Kraft, durch die unter anderem der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu geregelt wurde. Darüber hinaus wurde der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege" gestärkt. Kostendämpfend dürfte allerdings insbesondere die Regelung im Pflegeentlastungsstärkungsgesetz III gewirkt haben, zur Eindämmung von Betrug den Krankenkassen neue Kontrollmöglichkeiten einzuräumen und Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei den ambulanten Pflegediensten durchzuführen.

Ab September 2022 wurde mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) die Bindung an einen Tarifvertrag beziehungsweise die Orientierung an einen solchen für Anbieter von Pflegeleistungen verpflichtend, um mit der sozialen Pflegeversicherung Versorgungsverträge eingehen zu können (§ 72 SGB XI). Ursächlich für diese Neuerung war insbesondere das Bestreben, den Fachkräftemangel in der Pflege, auf den in der COVID-19-Pandemie ein besonderer Fokus gerückt war, durch bessere Bezahlung abzumildern (Hickmann & Koneberg 2022; PWC 2022). In Folge dessen kann ab dem vierten Quartal 2022 ein deutlicher Anstieg der Pflegeausgaben beobachtet werden. Als weitere Maßnahme wurde mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) ab 2023 die kollektive Vertragsverhandlung der Krankenkassen mit Leistungserbringern eingeführt. Aussagen der Krankenkassen deuten darauf hin, dass diese Maßnahme zu eher höheren Vergütungen bei Vertragsabschlüssen geführt hat, wobei die Umstellung der Verträge noch nicht abgeschlossen ist. Laut Aussagen von Krankenkassen erfolgte hierbei

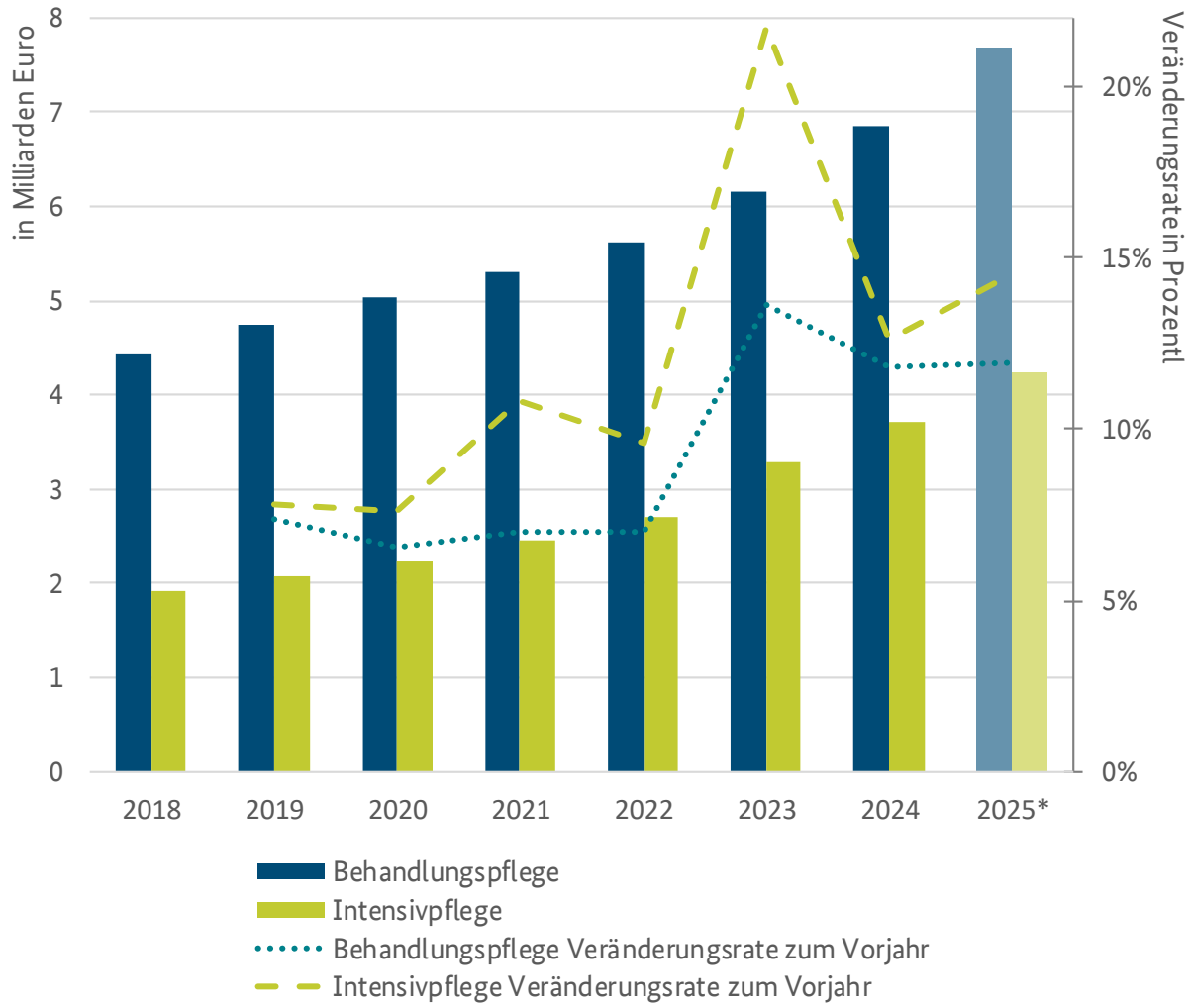
zunächst eine Umstellung der Verträge für die außerklinische Intensivpflege, die inzwischen als weitestgehend abgeschlossen gilt. Bei den Verträgen zur Behandlungspflege ist hingegen noch ein größerer Anteil an Verträgen nicht erfolgreich umgestellt. Infolge dieser beiden Reformen können ab 2023 steigende Ausgaben beobachtet werden, deren Veränderungsraten seitdem jährlich über zwölf Prozent und somit wieder deutlich über dem durchschnittlichen Anstieg der Gesamtausgaben liegen.

Seit 2017 wird die außerklinische Intensivpflege separat geregelt und ausgewiesen (siehe dazu auch Abbildung 6.10.1.2[30]). Die Ausgabendynamik der klinischen Intensivpflege liegt bis 2020 jedoch nur leicht über der Dynamik bei der Behandlungspflege. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie stieg die Veränderungsrate der Intensivpflege deutlich stärker als jene der ambulanten Behandlungspflege, um sich ihr ab 2024 wieder stärker anzunähern.

Ein Ausgabentreiber für die außerklinische Intensivpflege dürfte sein, dass der G-BA für die außerklinische Intensivpflege mit Wirkung ab 2023 Rahmenempfehlungen betreffend Anspruchsberechtigung und Leistungsumfang festgelegt hat. Die Ausgaben für die außerklinische Intensivpflege stiegen 2023 mit über 20 % erheblich stärker als die Ausgaben für die Behandlungspflege (siehe Abbildung 6.10.1.2).

[30] Da die Datenlage für die Intensivpflege im Jahr 2017 noch unvollständig ist, erfolgt die Darstellung ab 2018.

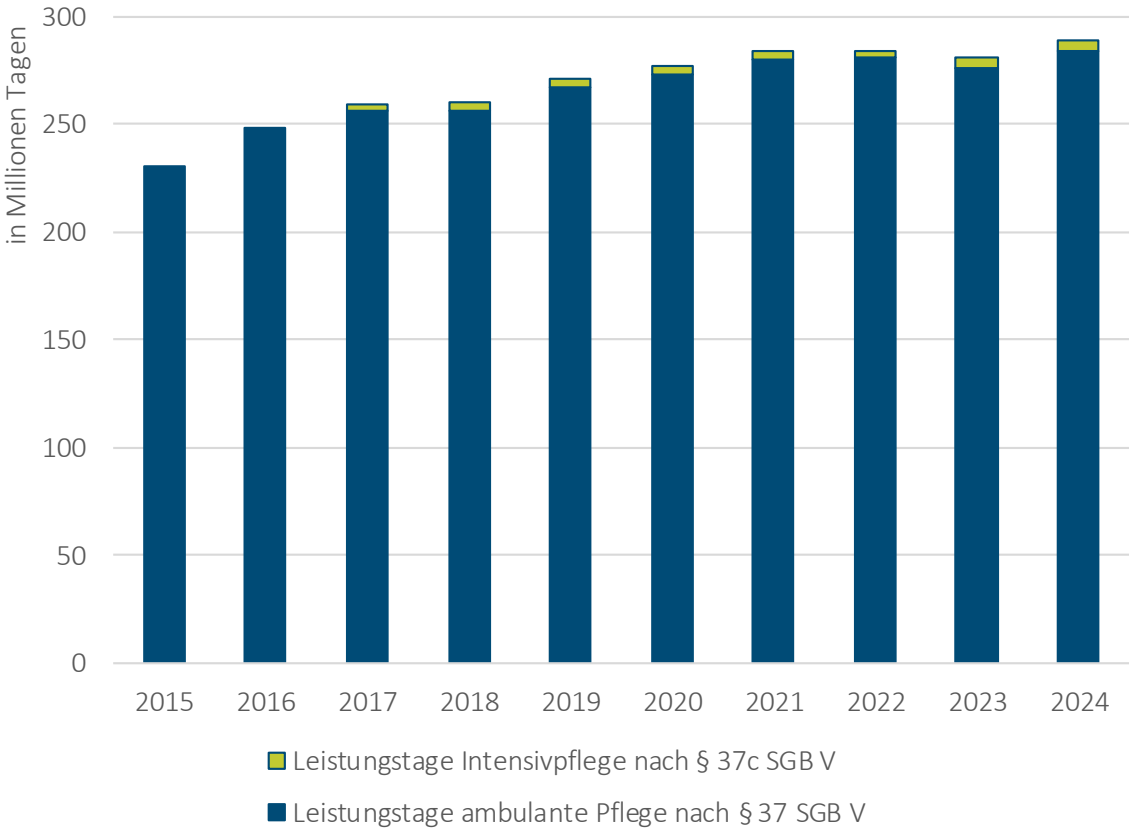
Abbildung 6.10.1.2: Ausgabenentwicklung (absolut und als Veränderungsrate) getrennt nach Behandlungspflege und Intensivpflege



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik; * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Abbildung 6.10.1.3 zeigt die Entwicklung der in Anspruch genommenen Leistungstage medizinischer Behandlungspflege. Mit Ausnahme des Jahres 2023 ist ein stetiger Anstieg der Leistungstage im Zeitablauf zu sehen. Die medizinische Intensivpflege macht dabei jedoch einen sehr geringen Anteil der insgesamt in Anspruch genommenen Tage mit medizinischer Behandlungspflege aus.

Abbildung 6.10.1.3: Entwicklung der Leistungstage für Versicherte mit medizinischer Behandlungspflege seit 2015



*Quelle: KG2-Statistik; *Daten zu Intensivpflege nach § 37c SGB V erst ab 2017 verfügbar.*

Die Behandlungspflege und die außerklinische Intensivpflege unterscheiden sich strukturell deutlich (siehe Tabelle 6.10.1.1).

Tabelle 6.10.1.1: Ausgaben, Versicherte und Kosten je versicherte Person in 2024

	Ausgaben in Mio. €	Anzahl Versicherte	Kosten pro Fall und Jahr in Euro
Behandlungspflege	6.862,58	1.666.922	4.117
Außerklinische Intensivpflege			
...in stationären Pflegeeinrichtungen	205,54	2.954	69.581
...in Wohneinheiten	1.157,68	9.392	123.263
...in der Häuslichkeit	2.341,61	10.893	214.964

Quelle: KJ1-/KG2-Statistik

Bei Betrachtung der Kosten je versicherter Person und Jahr zeigen sich zwischen den verschiedenen Leistungen erhebliche Unterschiede. Während die durchschnittlichen Kosten für die Behandlungspflege im Bereich von 4.117 € pro Patienten und Jahr liegen, sind diese in der

außerklinischen Intensivpflege mit bis zu rund 215.000 € um ein Vielfaches höher. Demgegenüber steht eine weitaus geringere Anzahl von Patienten in der außerklinischen Intensivpflege. Für diesen Bereich kann festgestellt werden, dass die stationäre Versorgung erheblich kostengünstiger ist als die individuelle Versorgung in der Häuslichkeit: Eine in der Häuslichkeit versorgte Person induziert durchschnittlich dreimal höhere Kosten als eine stationär außerklinisch versorgte Person.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass die Ausgaben für die medizinische Behandlungspflege sowohl in der längeren Rückschau als auch am aktuellen Rand erheblich stärker steigen als die Gesamtausgaben. Als maßgebliche Treiber können dabei die gesetzlichen Änderungen ausgemacht werden, welche die steigenden Ausgaben in diesem Leistungsbereich begünstigt haben.

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Die Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation setzen sich im Wesentlichen aus den medizinischen Vorsorgeleistungen nach §§ 23 und 24 SGB V, Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V, sowie dem Rehabilitationssport und dem Funktionstraining nach § 43 SGB V zusammen.

Medizinische Vorsorgeleistungen

Ziel der medizinischen Vorsorge ist die Erhaltung der Gesundheit. Die Leistungen können ambulant in anerkannten Kurorten oder stationär erbracht werden. Darüber hinaus gibt es stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter/Väter beziehungsweise Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen. Es handelt sich hierbei um eine spezielle Form der Vorsorge für Mütter oder Väter und ihre Kinder.

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation dient der Minderung, Abwendung oder dem Ausgleich von Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Die Leistungen können ambulant oder stationär erbracht werden. Die Leistungen können auch als Anschlussrehabilitation erfolgen, wenn diese im Anschluss einer Krankenhausbehandlung erforderlich sind. Bei bestimmten Erkrankungen, zum Beispiel Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufsystems oder bei Krebserkrankungen, gelten diese als medizinisch erforderlich und bedürfen keiner Zustimmung durch die Krankenkasse.

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Einschränkungen können Rehabilitationssport oder Funktionstraining erhalten. Während Rehabilitationssport den ganzen Körper trainieren soll, stellt Funktionstraining auf jene Bereiche des Körpers ab, die erkrankt oder in ihrer Funktion eingeschränkt sind, beispielsweise Muskeln oder Gelenke. Die Leistungen müssen ärztlich verordnet und von der Krankenkasse geprüft werden.

Kostenträger und Vergütungssystematik

Voraussetzung für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme ist immer eine **medizinische Notwendigkeit** der Rehabilitationsmaßnahme. Je nach Personengruppe werden die Leistungen von unterschiedlichen Kostenträgern getragen.

Für Erwerbstätige ist die **Deutsche Rentenversicherung** als Kostenträger zuständig. Das Ziel der Reha-Maßnahme ist für diese Personengruppe das Wiedererlangen der beruflichen Leistungsfähigkeit beziehungsweise das Verhindern der Gefahr, vorzeitig Erwerbsminderungsrente in Anspruch nehmen zu müssen. Bei Arbeits- und Berufsunfällen übernimmt die **Gesetzliche Unfallversicherung** die Kosten für die Rehabilitation.

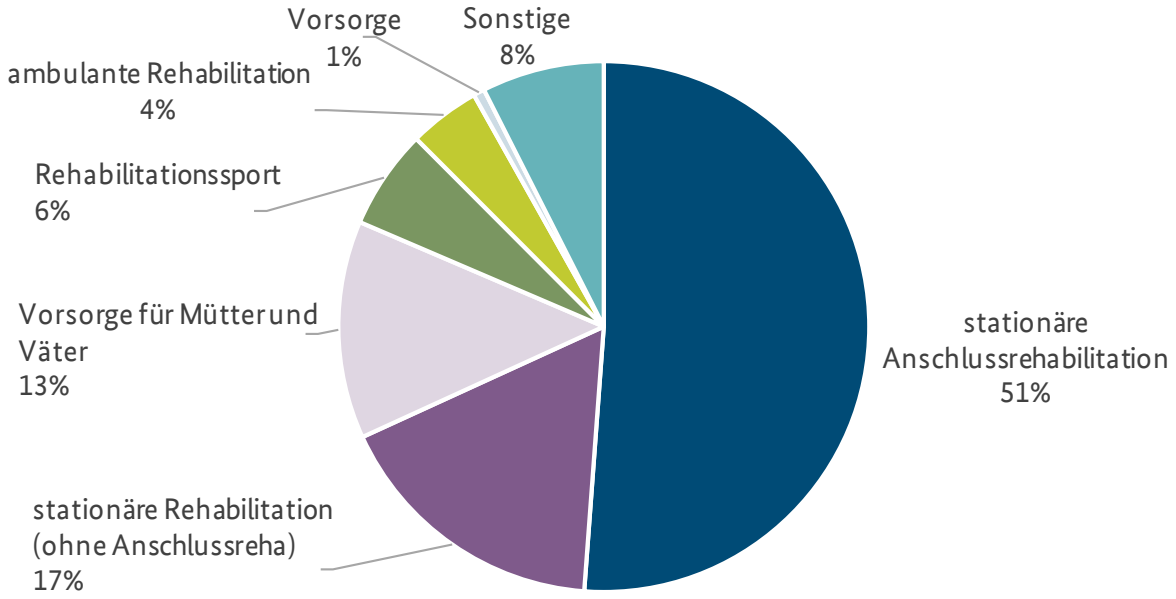
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden durch die **gesetzliche Krankenversicherung** in der Regel für Rentnerinnen und Rentner sowie für Pflegebedürftige übernommen. Primäres Ziel ist es hier, eine drohende Pflegebedürftigkeit abzuwenden.

Die Landesverbände der Krankenkassen schließen nach § 111 Absatz 2 SGB V gemeinsam Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ab. Sofern keine Vereinbarung über die Vergütung zustande kommt, erfolgt die Festsetzung nach § 111 Absatz 5 SGB V in einem Schiedsverfahren. Die Versorgungsverträge berücksichtigen im Bereich der medizinischen Rehabilitation Rahmenempfehlungen zu Inhalt, Qualität und Vergütung der Maßnahmen, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den relevanten Verbänden der Leistungsanbieter vereinbart werden. Die Vergütung für die Einrichtungen erfolgt in der Regel in Form von Tagessätzen.

Ausgabenentwicklung

Betrachtet werden die Ausgaben für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen inklusive Maßnahmen für Mütter und Väter. Darüber hinaus sind unter anderem Maßnahmen für Rehabilitationssport enthalten. Die Verteilung der Ausgaben auf die einzelnen Bereiche für das jüngste vollständig zur Verfügung stehende Jahr 2024 wird in Abbildung 6.10.1.1 dargestellt.

Abbildung 6.10.1.4: Verteilung der Ausgaben im Leistungsbereich „Vorsorge und Rehabilitation“ für 2024

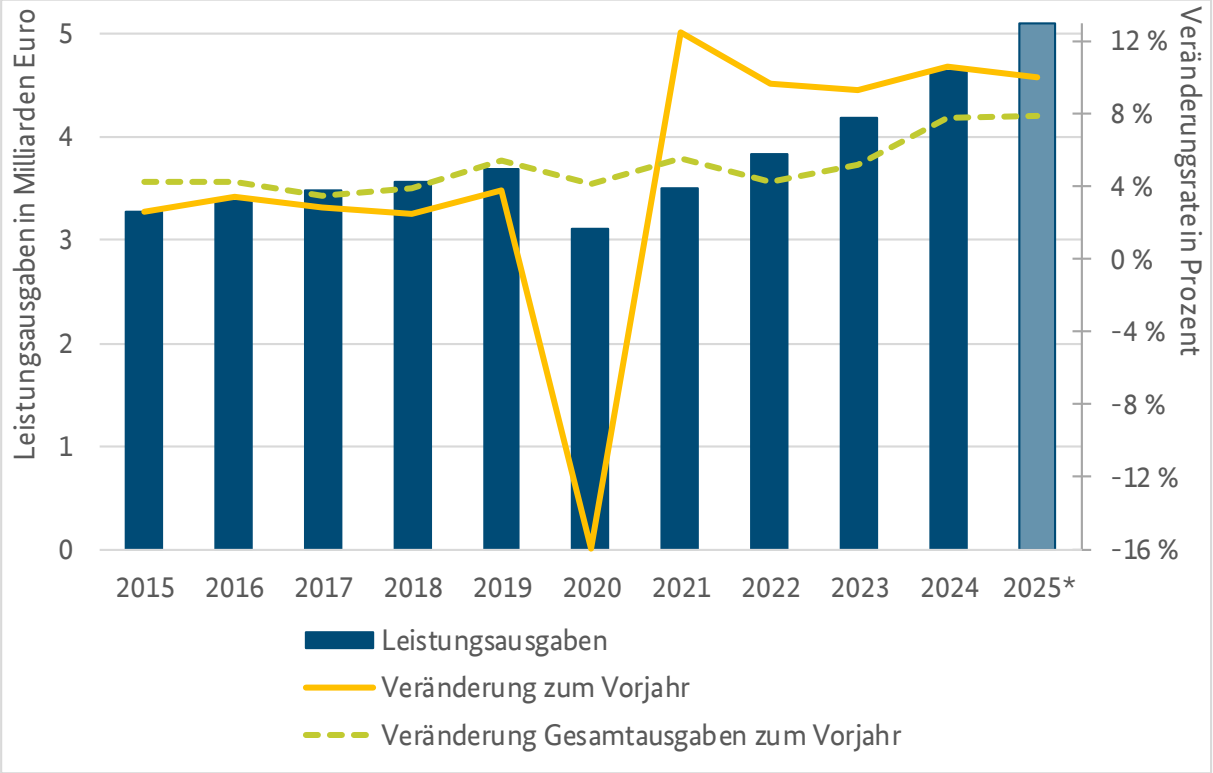


Quelle: KJ1-Statistik

Die Entwicklung der Vorsorge- und Rehabilitationsausgaben wird in Abbildung 6.10.1.5 dargestellt. Die Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen stiegen seit 2015 mit durchschnittlich 4 % pro Jahr moderater als die gesamten Leistungsausgaben, die im vergleichbaren Zeitraum um 5 % gestiegen sind. Insgesamt stiegen die Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen im Zeitraum von 2010 bis 2024 von 2,8 Mrd. € auf 4,5 Mrd. €. Dies entspricht einem Anstieg um 64 %.

Die Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen wuchsen bis 2020 sehr moderat. Mit Beginn der COVID-19-Pandemie 2020 brachen die Ausgaben ein. Bis Ende 2022 stiegen sie jedoch wieder. Seit dem Ende der Pandemie wachsen die Ausgaben weiterhin sehr dynamisch mit ca. zehn Prozent pro Jahr und liegen inzwischen deutlich über dem Niveau von 2019.

Abbildung 6.10.1.5: Ausgabenentwicklung seit 2015 für Vorsorge- und Rehamaßnahmen



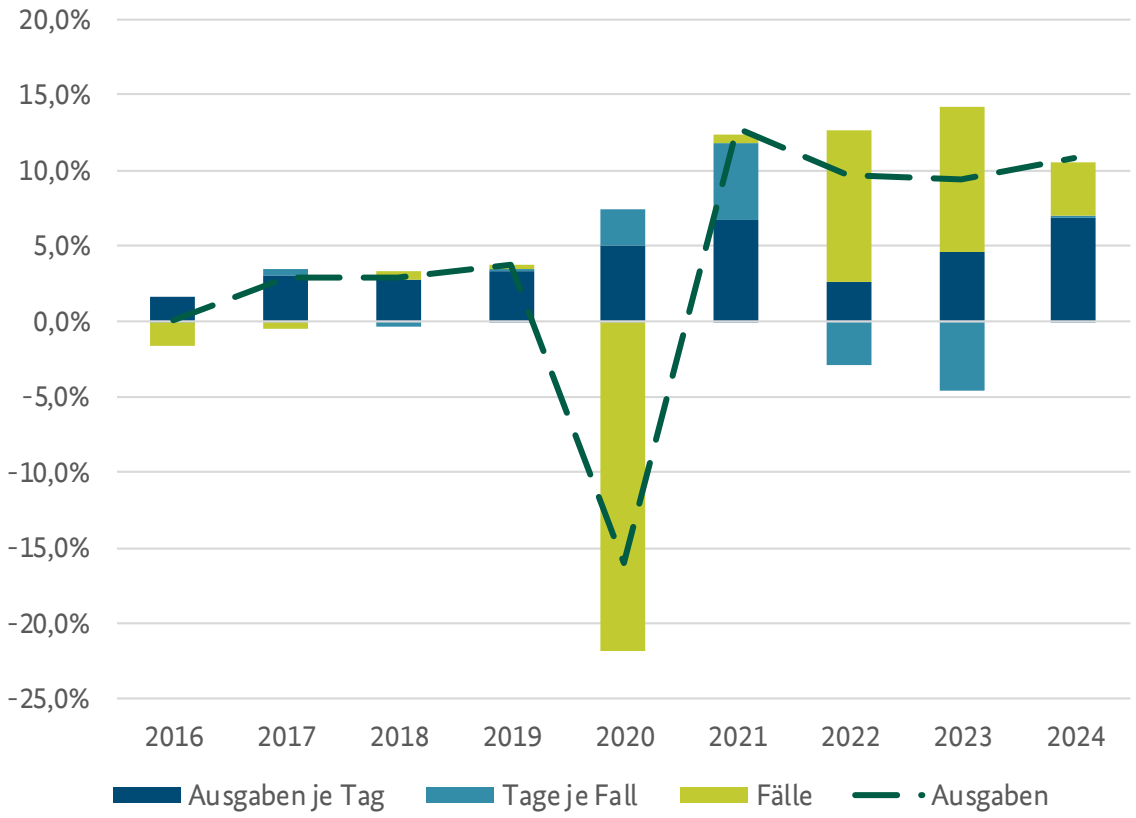
*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal,*

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) wurden 2020 diverse gesetzliche Änderungen vorgenommen, die sowohl hinsichtlich der Preis- wie auch der Mengenkomponente zu einer Dynamisierung der Ausgabenentwicklung beigetragen haben können. Hierzu zählt zum einen die Aufhebung der Anbindung der Vergütungssteigerungen an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Zugleich wurde festgelegt, dass die Zahlung von Gehältern nach Tarifvertrag von den Krankenkassen nicht als unwirtschaftlich betrachtet werden kann. Des Weiteren wurde mit dem GKV-IPReG der Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen vereinfacht. Dies betrifft insbesondere den Zugang zur geriatrischen Rehabilitation. Dieser (durch das GKV-IPReG getriebene) Anstieg der Fälle und der Ausgaben je Tag ab 2020 ist in Abbildung 6.10.1.6 abzulesen. Die Abbildung zeigt die Veränderung der Ausgaben (gestrichelte Linie) und zerlegt diese in die Veränderung der Komponenten „Fälle", „Tage je Fall" und „Ausgaben je Tag".

Vor Beginn der Pandemie sind leicht schwankende Fallzahlen im Bereich der Rehabilitation auszumachen. Das Jahr 2020 zeigt einen markanten Einbruch der Fallzahlen, die sich 2021 anfangen zu stabilisieren und im Nachgang der Pandemie starke Aufholeffekte zeigen.

Während die Ausgaben je Tag seit 2016 mit wechselnden Veränderungsraten stetig steigen, zeigen sich in Bezug auf die Tage je Fall stärkere Anstiege in 2020 und 2021, die durch die COVID-19-Pandemie getrieben sein dürften und gegen Ende der Pandemie sowie im Anschluss wieder etwas zurückgegangen sind.

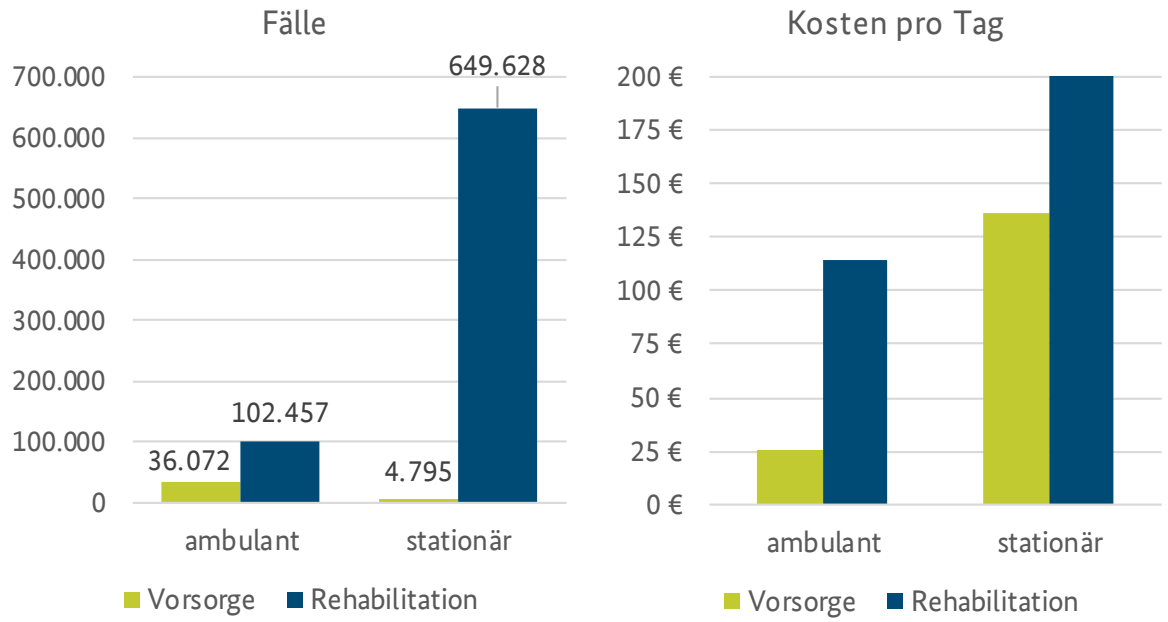
Abbildung 6.10.1.6: Veränderung der Ausgaben sowie von Preis-, Mengen- und Strukturkomponente,



Quelle: KJ1- und KG5-Statistik

Abbildung 6.10.1.7 stellt die Anzahl der Fälle und die Kosten pro Tag in den Bereichen ambulante sowie stationäre Vorsorge beziehungsweise Rehabilitation (jeweils ohne Maßnahmen für Mütter und Väter) gegenüber. Während in Bezug auf die Vorsorge das Prinzip „ambulant vor stationär" gut funktioniert, zeigt sich eine andere Verteilung hinsichtlich der Rehabilitation: Nur ca. 14 % der Rehabilitationsfälle werden ambulant durchgeführt. Bei den Fallkosten sind sowohl hinsichtlich der Bereiche „Vorsorge" als auch „Rehabilitation" deutliche Unterschiede zwischen ambulant und stationär erbrachten Leistungen festzustellen:

Abbildung 6.10.1.7: Vergleich der ambulanten und stationären Fälle und Kosten je Tag in 2024

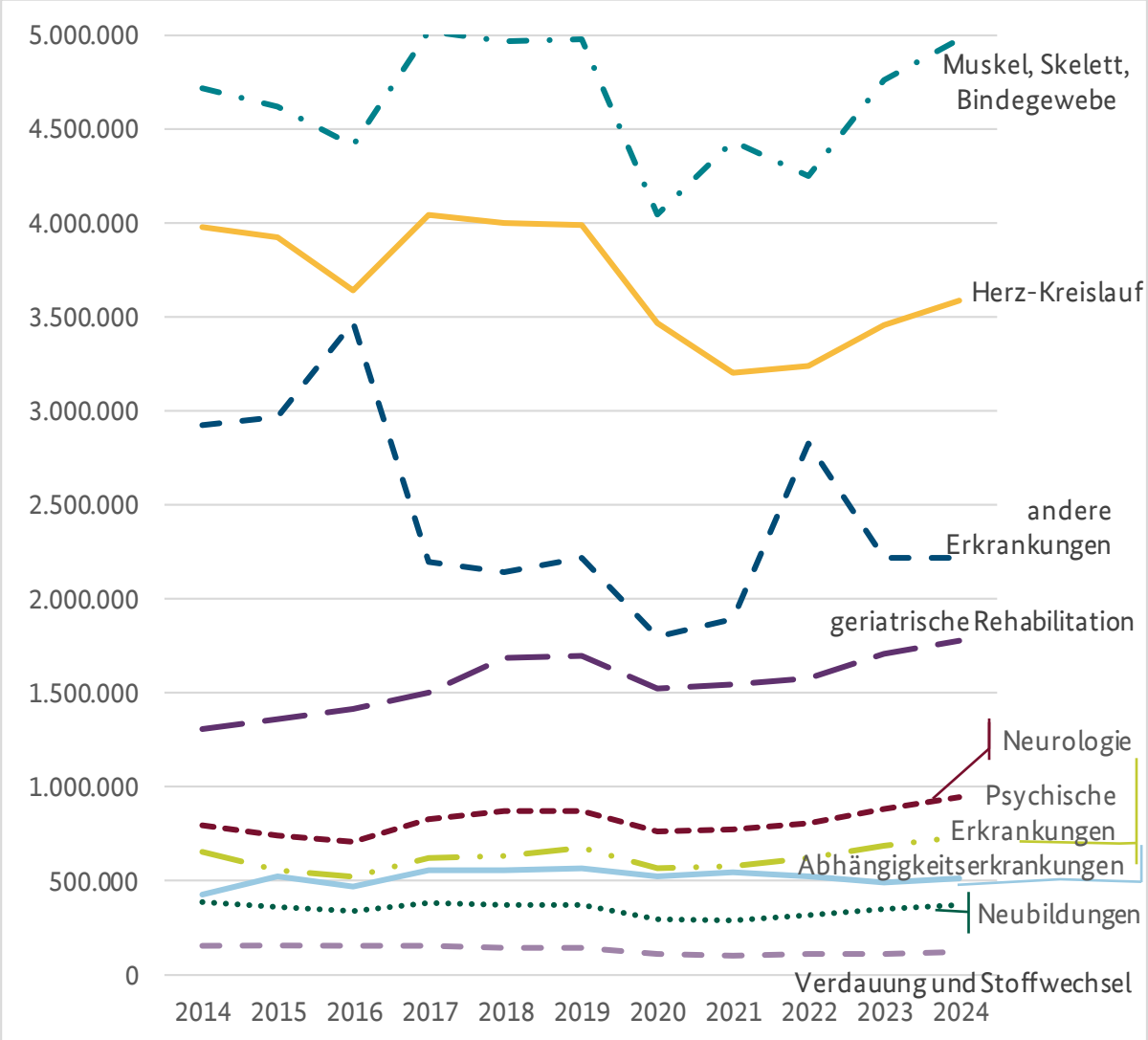


Quelle: KJ1- und KG5-Statistik

Zwar liegen grundsätzlich die Kosten der Vorsorgemaßnahmen pro Tag unterhalb der Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen. Es zeigt sich jedoch ein deutlicher Kostengradient zwischen den Leistungsbereichen. Bei Vorsorgemaßnahmen sind die Kosten pro Tag bei stationärer Erbringung um 422 % höher als bei ambulanter Erbringung. Rehabilitationsmaßnahmen sind sowohl ambulant als auch stationär deutlich kostenintensiver als Vorsorgemaßnahmen. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind dabei rund 75 % kostenintensiver als ambulante.

Abbildung 6.10.1.8 untersucht, ob die Tage mit stationärer Reha auf eine bestimmte Krankheitsgruppe zurückzuführen sind. Für die meisten Krankheiten ist mit Ausbruch der COVID-19-Pandemie in 2020 ein deutlicher Einbruch der Rehabilitationstage festzustellen. Ab 2021 steigt die Anzahl der Tage mit Rehabilitationsmaßnahmen für das Gros der Krankheiten an. Im geriatrischen Bereich ist als Folge des vom Gesetzgeber gestärkten Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ zwischen 2014 und 2019 ein Anstieg der Rehabilitationstage festzustellen. Allerdings sinken auch diese im Zeitraum der Pandemie ab, um danach wieder leicht zu steigen. Die geriatrische Rehabilitation scheint allerdings kein wesentlicher Treiber für die starke Kostenentwicklung im Bereich der stationären Rehabilitation ab 2022 darzustellen.

Abbildung 6.10.1.8: Tage mit stationärer Rehabilitation nach Erkrankungen



Quelle: KG5-Statistik

Als Fazit kann festgehalten werden, dass vor allem im Bereich der Rehabilitation ein bisher nur geringer Anteil der Leistungen ambulant erbracht wird, obwohl diese erheblich günstiger sind. Ausschlaggebend für den starken Anstieg der Leistungsausgaben im Bereich Vorsorge und Rehabilitation ab 2021 ist der Preisfaktor. Teilweise sind Mengennachholeffekte im Ausklang der Pandemie zu beobachten. Bei den großen Leistungsbereichen (Herz-Kreislauf und Orthopädie) wurde in 2024 allerdings immer noch nicht das Vorpandemieniveau erreicht.

6.10.2 Reformempfehlung Nr. 57: Streichung der vollen Tarifrefinanzierung in der medizinischen Behandlungspflege und Vorsorge/Rehabilitation

Hintergrund	Hohe Lohndynamik in den Tarifabschlüssen seit Einführung der vollen Tarifrefinanzierung von Lohnabschlüssen im Bereich der Pflege zu Lasten der Krankenkassen.
Reformempfehlung	Streichung der vollen Tarifrefinanzierung in der medizinischen Behandlungspflege und Vorsorge/Rehabilitation.
Finanzwirkung	**Behandlungspflege:** Rund 0,19 Mrd. € in 2027 **Vorsorge/Rehabilitation:** rund 0,23 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Um den Fachkräftemangel im Pflegebereich durch Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs unter anderem durch eine bessere Vergütung zu bekämpfen, wurden im Zeitablauf verschiedene Regelungen eingeführt. Von besonderer Bedeutung sind dabei das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG), sowie das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG). Das GVWG hat die Tarifbindung im § 72 SGB XI für Pflegeeinrichtungen eingeführt, so dass von Pflegekassen Versorgungsverträge nur noch mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden dürfen, die ihre Angestellten tarifvertraglich entlohnen (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 19/30560, 2021, 44 f.), (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 19/30560, 2021; Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 19/30550, 2021, S. 95). Mit dem PpSG wurde in § 132a Absatz 4 SGB V die für die GKV relevante Regelung umgesetzt, dass die tarifvertragliche Bezahlung von Gehältern in der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann und somit die Maßgabe der Beitragssatzstabilität des § 71 SGB V in diesen Fällen nicht greift (Deutscher Bundestag, *BGBl. I* 45, S. 2394, 2018). Die spiegelbildliche Vorgabe für die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege (§ 132l Absatz 5 SGB V) erfolgte kurz darauf im Rahmen des GKV-IPReG (Deutscher Bundestag, *BGBl. I* 48, S. 2220–2228, 2020).

Ebenfalls mit dem GKV-IPReG wurde eine korrespondierende Regelung für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V und § 111c SGB V eingeführt. Damit sollten die Einrichtungen dazu befähigt werden, Mehrausgaben zu finanzieren, die etwa durch Tariferhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiter entstehen (Deutscher Bundesrat, *Br.-Drs.* 86/20, 2020, S. 6).

Die Refinanzierung durchschnittlicher tarifbedingter Personalkostenanstiege – sei es anteilig oder vollständig – verlagert die daraus resultierenden Mehrkosten jedoch de facto in die

Beitragsfinanzierung und entkoppelt die Tarifverhandlungen von Wirtschaftlichkeitsanreizen, da die Tarifpartner, die die Mehrkosten nicht selbst zu tragen haben. Auf Systemebene kann dies dazu führen, dass Tarifabschlüsse über das wirtschaftlich vertretbare Maß hinausgehen – also höhere Personalkosten erzeugen, die ohne die Möglichkeit der vollen Refinanzierung nicht zustande gekommen wären. Die geltende Regelung dürfte wesentlich zu dem starken Anstieg der Ausgabenentwicklung im Bereich der medizinischen Behandlungspflege beigetragen haben (vgl. Abschnitt 6.10.1). Insbesondere im Vergleich der Jahre 2022 und 2023, in deren Übergang die Wirkung dieser gesetzlichen Regelung sichtbar wurde, stieg die Veränderungsrate für die Leistungsausgaben der medizinischen Behandlungspflege von 6,76 % auf 12,87 %. Die mittlere Veränderungsrate für diese Ausgabe seit Wirksamwerden des GVWG beträgt 12,49 %.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt, die volle Tarifrefinanzierung analog zum Vorschlag im stationären Sektor (siehe auch Abschnitt 6.10.1) zu streichen. Dies erfordert eine entsprechende Anpassung von § 111 Absatz 5 SGB V, § 111c Absatz 3 SGB V, § 132a Absatz 4 und § 132l Absatz 5 SGB V. Auf Konsistenz der veränderten Regelung zu der vergleichbaren Veränderung im Krankenhaussektor ist zu achten, um eine Gleichbehandlung innerhalb der GKV zwischen den beiden Versorgungsbereichen zu gewährleisten und eine erneute Wettbewerbsverzerrung zu vermeiden. Eine solche sektorübergreifende Angleichung trägt dazu bei, vergleichbare Wettbewerbs - und Finanzierungsbedingungen innerhalb der solidarischen Krankenversicherung sicherzustellen.

Geschätzte Finanzwirkung

Die Finanzwirkung für diese Empfehlung ist in Verbindung mit Empfehlung Nr. 1 zu bewerten. Die volle Tarifrefinanzierung würde den Finanzeffekt der Begrenzung der Vergütungsanstiege an die Kostenentwicklung beziehungsweise Grundlohnrate im Endeffekt neutralisieren, sodass eine gemeinsame Umsetzung vorausgesetzt wird. Sowohl im Bereich medizinische Behandlungspflege als auch im Bereich Vorsorge/Rehabilitation entspricht die Finanzwirkung daher derjenigen, die im Abschnitt 6.1.1 für die Bereiche ausgewiesen sind. Es wird angenommen, dass die Streichung der Tarifrefinanzierung in Verbindung mit der Kopplung an die Kostenentwicklung beziehungsweise Grundlohnrate im Zeitablauf steigende Wirkung entfaltet.

Behandlungspflege

Es werden Einsparungen von rund 190 Mio. € für das Jahr 2027 und bis zum Jahr 2030 in Höhe von rund 768 Mio. € erwartet. Würden mittelfristig Veränderungsraten für die Leistungsausgaben der Behandlungspflege wie vor Inkrafttreten des GVWG erreicht werden, wäre die Finanzwirkung sogar noch höher.

Vorsorge und Rehabilitation

Für den Bereich Vorsorge und Rehabilitation werden Einsparungen von rund 231 Mio. € im Jahr 2027 erwartet, die bis 2030 auf rund 847 Mio. € ansteigen.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Maßnahme ist kurzfristig gut umsetzbar. Bei Implementierung der notwendigen gesetzlichen Maßnahmen im Jahr 2026 ergäbe sich eine direkt ab dem Jahr 2027 einsetzende entlastende Wirkung für die GKV-Finanzen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Empfehlung erhöht die Wirtschaftlichkeitsanreize für die Arbeitgeber im Rahmen der Lohnverhandlungen. Auch wenn durch die erheblichen Gehaltssteigerungen in den letzten Jahren der Pflegeberuf bereits deutlich attraktiver geworden ist, lässt sich nicht völlig ausschließen, dass eine langsamere Lohnentwicklung die Gewinnung weiterer Fachkräfte beeinträchtigen könnte. So zeigt unter anderem der Bericht der Bundesagentur für Arbeit zur Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, dass trotz aller Reformbemühungen Engpässe für Pflegefachkräfte insbesondere in der Langzeitpflege bestehen (Bundesagentur für Arbeit 2025, S. 21). Allerdings liegt die Entlohnung für Pflegefachkräfte auch jetzt schon über dem Durchschnitt aller Entgelte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des jeweils vergleichbaren Qualifikationsniveaus (Carstensen et al. 2025, S. 3). Darüber hinaus ist die finanzielle Entlohnung nur ein Aspekt, der die Attraktivität dieses Berufsbildes beeinflusst. Um diese weiter zu erhöhen, sind insbesondere Verbesserungen der konkreten Arbeitsbedingungen entscheidend. Die Ausgestaltung der Vergütungsregelungen muss daher sowohl die Attraktivität der Pflegeberufe als auch die langfristige Finanzierbarkeit der solidarischen Krankenversicherung berücksichtigen.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Aufhebung der vollständigen Tarifrefinanzierung stellt eine wichtige Maßnahme zur Herstellung gleicher Wettbewerbsbedingungen zwischen den Sektoren der medizinischen Behandlungspflege und der Krankenhauspflege dar. Damit diese Wirkung sich vollständig entfalten kann, ist es allerdings unumgänglich, eine vergleichbare Regelung im Krankenhausbereich zu implementieren. Für den Bereich der Altenpflege und damit für die Pflegekassen würde die Regelung zur vollständigen Tarifrefinanzierung weiterhin gelten (§ 82c SGB XI).

Der Vorschlag betrifft jene Leistungserbringer, welche die Versorgung mit medizinischer Behandlungspflege anbieten. Durch die Stärkung der Wirtschaftlichkeitsanreize bei den Arbeitgebern im Rahmen der Lohnverhandlungen sind auch die Pflegefachpersonen durch potenziell geringere Lohnzuwächse betroffen. Dies gilt umso mehr, je höher der GKV-Anteil am Leistungsvolumen des Anbieters ist.

Allerdings profitierten die Pflegefachpersonen von den bisherigen gesetzlichen Vorgaben bereits in Form überproportionaler Lohnzuwächse: So sind die Entgelte für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den Pflegeberufen im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten von 2018 zu 2023 nicht nur absolut und relativ stärker gestiegen. Im Ergebnis liegen sie auch für alle Anforderungsniveaus absolut inzwischen deutlich über den Entgelten aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten des jeweils vergleichbaren Qualifikationsniveaus (Bundesagentur für Arbeit 2025, S. 10). Auf diesem erhöhten Niveau ist zukünftig mit niedrigeren Lohnanstiegen zu rechnen.

6.11 Fahrkosten

6.11.1 Kostentreiberanalyse – Fahrkosten

Vergütung von Fahrkosten

Die Vergütung von Fahrkosten in der GKV in Deutschland richtet sich nach den Regelungen des SGB V. Der Rettungsdienst stellt bislang keinen eigenständigen Leistungsbereich im SGB V dar. § 60 SGB V regelt die Übernahme der Fahrkosten durch die Krankenkassen, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Es wird klargestellt, dass für die Kostenübernahme bestimmte Bedingungen zu erfüllen sind. Hierzu zählt zum Beispiel eine ärztliche Verordnung, gegebenenfalls ist auch eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse notwendig.

Es bestehen zwei Vergütungswege:

1. Gebührenmodell: In diesem Modell werden die Entgelte durch Landesrecht oder kommunale Regelungen festgelegt. Bestehen solche Gebührenregelungen, können Krankenkassen keine eigenen Verträge schließen, sondern müssen die von Ländern oder Kommunen festgelegten Gebühren zahlen.
2. Vertragsmodell: Wenn keine landes- oder kommunalrechtlichen Gebührenregelungen bestehen, schließen die Krankenkassen gemäß § 133 SGB V direkte Vergütungsverträge mit Transportdienstleistern. Dabei gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V. Zusätzlich ist sicherzustellen, dass eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung gewährleistet wird. Kostenentwicklungen außerhalb der GKV sind dabei zu berücksichtigen.

Ziel ist eine flächendeckende und wirtschaftliche Organisation der Beförderung von Versicherten. Insbesondere im Gebührenmodell haben die Krankenkassen gegenwärtig kaum Möglichkeiten, auf Leistungen, Organisation oder Preise Einfluss zu nehmen. Dies gilt auch für Investitionen, wie beispielsweise den Bau von Rettungswachen, die teilweise nicht klar ausgewiesen werden, aber in die Kalkulation von Entgelten oder Gebühren einfließen und so refinanziert werden. Zum Teil entlasten Kommunen über das kommunale Gebührenrecht mit Fahrkostenerstattungen offenbar sogar ihre eigenen Haushalte zu entlasten (Bundesrechnungshof 2018b).

Die Organisation und Trägerschaft des Rettungsdienstes und des Krankentransportes weist eine starke Heterogenität auf. Die Notfallrettung wird über die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer geregelt. Sie dient insbesondere der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr. Die Organisation unterliegt gemäß Artikel 30 und Artikel 70 des Grundgesetzes den Ländern. Träger des Rettungsdienstes sind in der Regel Landkreise und Kommunen, die diesen entweder selbst durchführen (kommunale Eigenbetriebe und Berufsfeuerwehren) oder an freigemeinnützige und private Unternehmen vergeben. Dies führt zu sehr heterogenen Organisations- und

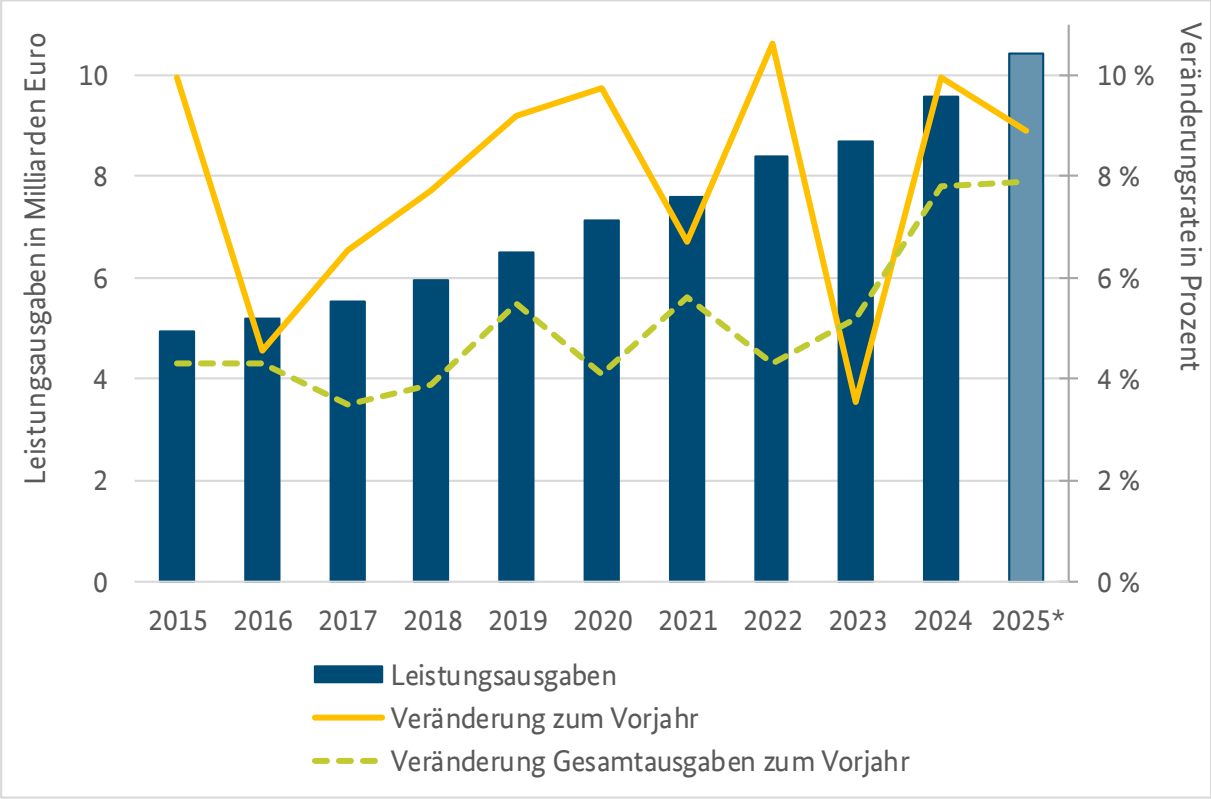
Vergütungsstrukturen. Dagegen ist im Bereich des Krankentransportes die Regelungstiefe in den Ländern sehr unterschiedlich; teilweise wird dieser sogar praktisch nicht reguliert und überwiegend von privaten Anbietern bedient.

Aufgrund der gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen (§ 60 Absatz 1 SGB V) dürfen Fahrkosten bei Rettungsfahrten in der Regel nur für erfolgte Transporte ins Krankenhaus erstattet werden. Dies schafft einen Fehlanreiz für Leistungserbringer, immer einen Transport ins Krankenhaus anzustreben, auch wenn eine Versorgung des Patienten oder der Patientin zuhause oder in vertragsärztlichen Strukturen sachgerecht wäre.

Ausgabenentwicklung und Treiber

Der Bereich Fahrkosten hat einen Anteil von circa drei Prozent an den Gesamtausgaben der GKV. In den letzten Jahren haben sich die Fahrkosten sehr dynamisch entwickelt (vgl. Abbildung 6.11.1.1). Eine Ausnahme bildet die historisch niedrige Steigerung von 3,7 % im Jahr 2023, welche zum Teil auf Rückzahlungen der Berliner Feuerwehr an die Krankenkassen zurückzuführen ist. Am aktuellen Rand ist erneut ein starker Anstieg der Fahrkosten um 8,9 % im Jahr 2025 zu beobachten.

Abbildung 6.11.1.1: Ausgabenentwicklung für Fahrkosten von 2015 bis 2025



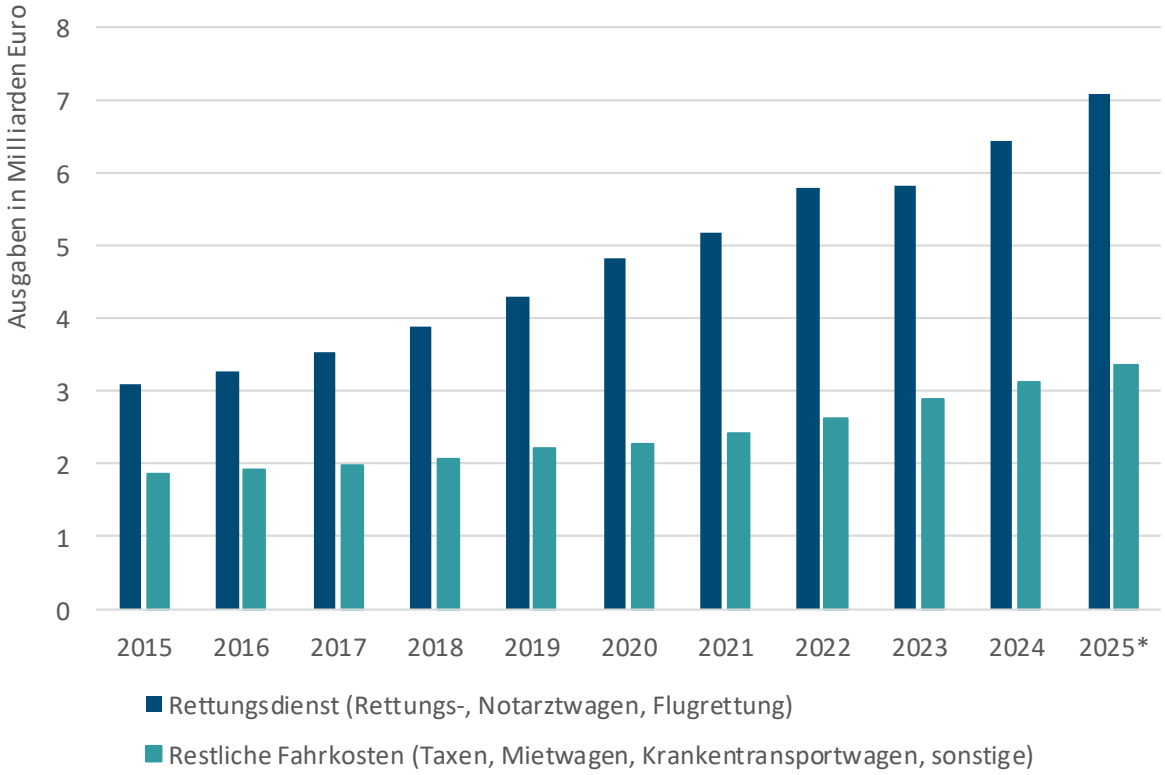
*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal 2025*

Innerhalb einzelner Jahre sind zum Teil deutliche Schwankungen bei den Fahrkosten zu beobachten. Gründe finden sich insbesondere in der Rechnungsstellung durch die Landkreise und Kommunen. Hier kommt es teils zu langen Verzögerungen von bis zu einem Jahr. Heute vereinbarte Preise werden

daher teils erst mit erheblichem Zeitverzug finanzwirksam. Auch gab es in den vergangenen Jahren in verschiedenen Bundesländern Streitigkeiten zwischen den Landkreisen und den Krankenkassen um die Erstattungsbeträge, weshalb die Krankenkassen zunächst nur Festbeträge zahlten, die dann im Nachgang korrigiert wurden (Ministerium für Gesundheit und Soziales Land Brandenburg 2025).

Im Rettungsdienst sind die Ausgaben von 2015 bis 2025 um knapp 4 Mrd. € gestiegen (plus 8,6 %, vgl. Abbildung 6.11.1.2). Der restliche Bereich der Fahrkosten (Krankentransportwagen, Taxen- / Mietwagen und sonstige) verzeichnete im selben Zeitraum durchschnittliche Veränderungsraten von plus 6,1 % (eine Steigerung um knapp 1,5 Mrd. €), die niedriger ausfallen als die des Rettungsdienstes, aber dennoch sehr dynamisch sind.

Abbildung 6.11.1.2: Ausgabenentwicklung im Bereich Fahrkosten



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

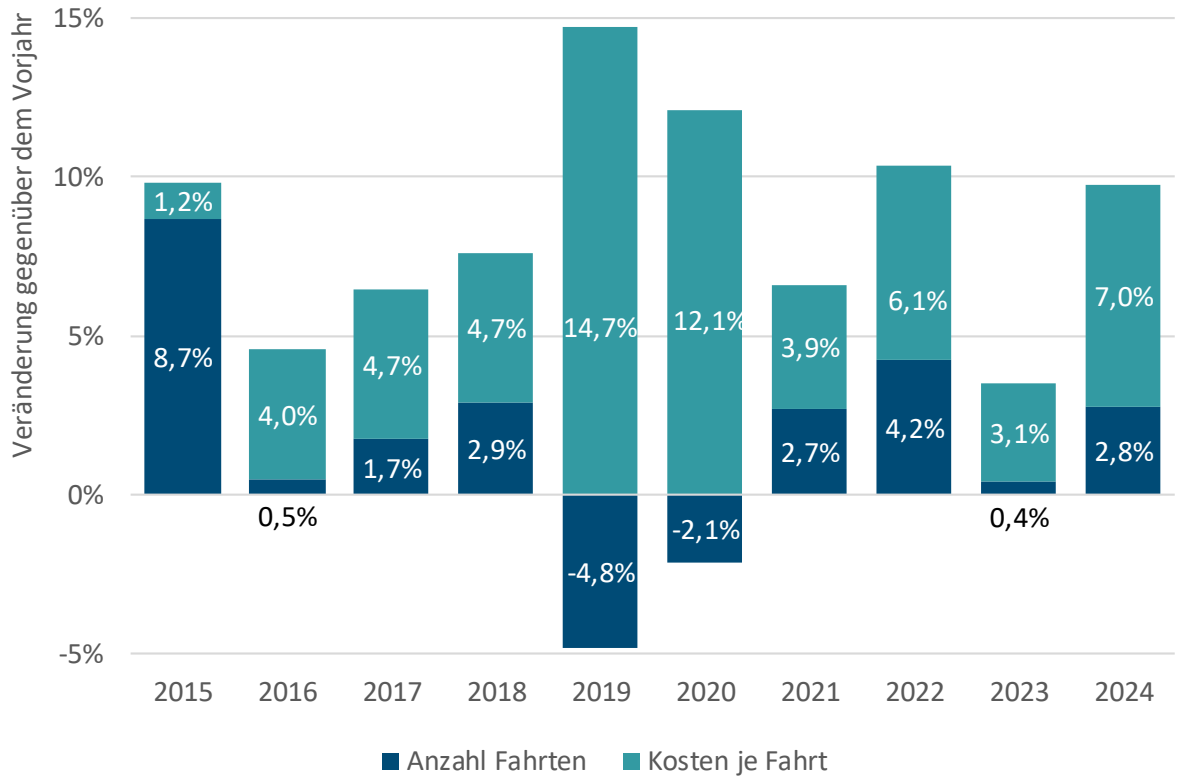
Mengenentwicklung

Die Mengenentwicklung im Bereich Fahrkosten schwankt stark zwischen den Jahren (vgl. Abbildung 6.11.1.3). Im Durchschnitt lag der Mengenanstieg von 2014 auf 2024 moderat bei +1,6 % jährlich. Nach einem Rückgang der Inanspruchnahme in den Jahren 2019 und 2020, sind die Fallzahlen seither sowohl im Rettungsdienst als auch in den übrigen Bereichen der Fahrkosten schwankend, im Durchschnitt wieder leicht angestiegen. Die Gründe für die Schwankungen zwischen den Jahren lassen sich nicht eindeutig bestimmen. Interessant in Bezug auf die Anzahl an erstatteten Fahrten sind auch regionale Unterschiede, die für die Inanspruchnahme von Rettungsdienstfahrten dokumentiert sind (Rößler et al. 2025).

Preisentwicklung

Die Dynamik im Bereich Fahrkosten resultiert im Wesentlichen aus der Preiskomponente (vgl. Abbildung 6.11.1.3).

Abbildung 6.11.1.3: Preis- und Mengenkomponente der Fahrkosten (Veränderungsrate gegenüber dem Vorjahr)



*Quelle: KJ1/KV45, KG2 Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Erklärungsansätze für den starken Anstieg der Preiskomponente am aktuellen Rand liegen insbesondere in steigenden Personalkosten sowie steigenden Kraftstoffpreisen. Die zuletzt hohen Tarifabschlüsse, insbesondere für die unteren Vergütungsgruppen und mit vielen Sondertatbeständen (zum Beispiel Dienstzulagen, Schichtzulagen, Wechselschichtzulagen, Notfallsanitäterzulage) wirken sich auf die Preiskomponente im Rettungsdienst aus. Die zuletzt deutlichen Anhebungen des Mindestlohns hingegen wirken sich bei den Kosten für Krankentransporte sowie Taxen und Mietwagen aus.

Die Kraftstoffpreise, die ebenfalls in die Gebührenordnungen einfließen, sind seit 2020 um über 30 % gestiegen (ADAC 2026), was Einfluss auf alle Bereiche haben dürfte. Darüber hinaus sind auch die Kosten der Fahrzeugbeschaffung sowie die Baukosten für neue Rettungswachen zuletzt deutlich gestiegen.

Strukturkomponente

In der Vergangenheit wurde der Leistungsanspruch für die Versicherten verbessert. Seit dem Jahr 2018 werden auch die Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation übernommen (eingeführt durch das BTHG) und seit 2020 auch jene pflegender Angehöriger im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (eingeführt durch das Hebammenreformgesetz). Seit dem Jahr 2019 entfällt nach Änderung des § 60 SGB V durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) die vorab Genehmigungspflicht für Krankenfahrten von Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 3 und Menschen mit Behinderungen vom Pflegeheim und der eigenen Häuslichkeit zur ambulanten fach- und zahnärztlichen Behandlung.

Die Einführung des Berufes des Notfallsanitäters durch das Notfallsanitätergesetz - NotSanG zum 1. Januar 2014 war mit dem Ziel verbunden, mehr Kompetenzen auf nichtärztliches Personal zu verlagern. Die Umsetzung der Ausbildung dürfte einen Teil der Kostensteigerungen der Jahre 2015 bis 2020 verursacht haben. Trotz einer weiteren Klarstellung durch eine Änderung des § 2a NotSanG zum 1. Januar 2023, welche mehr Rechtssicherheit bei der Durchführung von eigenverantwortlichen heilkundlichen Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bietet, ist ein Effekt auf die Ausgabenentwicklung bisher nicht explizit erkennbar. Innovative Versorgungsideen, wie beispielsweise eine telenotärztliche Versorgung oder der Einsatz von Gemeindenotfallsanitätern zur Klärung von Notfällen vor Ort, wirken sich mangels Einsatzes in der Fläche bisher ebenfalls nicht finanziell aus.

Fazit

Mit Veränderungsraten in den letzten zehn Jahren von durchschnittlich 7,6 % gehört der Bereich der Fahrkosten zu den dynamischen Ausgabenbereichen der GKV. Haupttreiber dieser Entwicklung war zuletzt die Preiskomponente. Hohe Tarifabschlüsse, steigende Kraftstoffpreise sowie steigende Beschaffungs- und Baukosten haben einen treibenden Einfluss auf die Gebühren und Entgelte und auch auf die Vertragsverhandlungen im Bereich der Fahrkosten. Die starke Heterogenität in Organisation, Vergütungsstruktur und Trägerschaft innerhalb des Rettungsdienstes und des Krankentransportes sowie deutliche regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme lassen eine Vielzahl von Ineffizienzen vermuten. Die Abgrenzung von Investitions- und Betriebskosten im Kontext des Rettungsdienstes ist zwischen den Bundesländern unterschiedlich und nicht transparent ausgestaltet, so dass die Kalkulation von Gebühren und Entgelten nicht immer nachvollziehbar ist.

Wesentliche Problempunkte werden mit dem aktuellen Referentenentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung adressiert (Bundesministerium für Gesundheit, 2025f). Einsparungen sind insbesondere durch eine effizientere Steuerung von Patientinnen und Patienten, die Abgabe von Hilfeersuchen an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Reduktion der Notarzteinsätze und dem verstärkten Einsatz kosteneffizienterer Transportmittel zu erwarten.

Reformempfehlung

Für den Bereich der Fahrkosten werden die beiden übergeordneten Reformempfehlungen zu den jährlichen Vergütungsanstiegen und den Zuzahlungen empfohlen. Auch hier sollen die jährlichen Vergütungsanstiege dauerhaft auf die tatsächlichen Kostensteigerungen oder auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V (Grundlohnrate) begrenzt werden, wobei der jeweils niedrigere Wert gilt. Für die Jahre 2027 bis 2029 wird auf die Grundlohnrate ein zusätzlicher Abschlag von einem Prozentpunkt angewendet (vgl. Abschnitt 6.1.1).

Ebenso soll die Empfehlung zur Anpassung der Zuzahlungen und die Dynamisierung der Zuzahlungen mit der Grundlohnrate im Bereich der Fahrkosten Anwendung finden (vgl. Abschnitt 6.1.2).

6.12 Innovationsfonds

6.12.1 Reformempfehlung Nr. 58: Reduzierte Finanzierung des Innovationsfonds

Hintergrund	Die bewilligten Mittel für den Innovationsfonds wurden in den letzten Jahren nicht vollständig abgerufen.
Reformempfehlung	Rückführung bewilligter aber nicht verausgabter oder aufgrund unsachgemäßer Verwendung zurückgezahlter Mittel in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds; Absenkung des Finanzierungsanteils der Krankenkassen auf und um 50 Mio. € ab 2027.
Finanzwirkung	mind. 50 Mio. € jährlich ab 2027
Kategorie	B

Hintergrund/Handlungsbedarf

Der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) eingeführte und im Rahmen des Digital-Gesetzes (DigiG) verstetigte Innovationsfonds ist ein gesundheitspolitisches Förderinstrument zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 18/4095, 2015, S. 100); (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 20/1361, 2022, 2 f.). Er fördert die Erprobung innovativer, sektorenübergreifender neuer Versorgungsformen und Vorhaben der Versorgungsforschung. Seit der Ergänzung von § 92a Absatz 2 SGB V durch das DigiG werden ab 2020 darüber hinaus die Entwicklung beziehungsweise Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien gefördert, für die aus Sicht der Versorgung besondere Relevanz besteht. Der Innovationsfonds wird aus Mitteln der GKV finanziert, gemäß § 92a Absatz 4 SGB V ab 2027 jeweils zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sowie von den Krankenkassen. Nach § 92a Absatz 3 Satz 6 SGB V werden Mittel, die in dem jeweiligen Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden oder für bewilligte, aber beendete Vorhaben nicht zur Auszahlung gelangt sind, in das jeweils folgende Haushaltsjahr übertragen. 2022 erfolgte die erste wissenschaftliche Evaluation des Innovationsfonds, welche die bisherige Entwicklung und den Stand des Innovationsfonds insgesamt positiv bewertete, aber auch Ansatzpunkte für Verbesserungen aufzeigte (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 20/1361, 2022, S. 3). Das Fördervolumen in Höhe von 200 Mio. € wurde im Rahmen der Evaluation als angemessen bezeichnet. Prinzipiell wurde die mögliche Übertragbarkeit der Mittel dahingehend gewürdigt, dass die Flexibilität der Förderung damit deutlich erhöht worden sei (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 20/1361, 2022, S. 52). Die nächste Evaluation ist für das Jahr 2028 vorgesehen.

Die Restmittel des Innovationsfonds speisen sich neben den noch nicht bewilligten Mitteln, sowie den bewilligten, aber nicht abgerufenen Finanzmitteln ebenfalls aus Rückzahlungen für nicht

sachgerecht verwendete Fördermittel. Diese Restmittel des Innovationsfonds sind in den vergangenen Jahren stetig angewachsen. Betrugen die Restmittel im Jahr 2020 rund 24,5 Mio. €, so wuchsen diese in den Folgejahren weiter an (Bundesamt für Soziale Sicherung 2022b, S. 92, 2023, S. 95, 2024, S. 101, 2025a, S. 48). So hatte beispielsweise die COVID-19-Pandemie Auswirkungen auf einzelne, insbesondere patientennahe Projekte, durch Verschiebungen von Projektstarts und Interventionen, Laufzeitverlängerungen und Anpassungen in Finanzierungsplänen (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs.* 20/1361, 2022, S. 3). Bis zum Abschluss des Geschäftsjahres 2024 erhöhten sich die Restmittel des Innovationsfonds auf insgesamt 235,2 Mio. € (Bundesamt für Soziale Sicherung 2025b, S. 5). Rechnet man die voraussichtlichen nicht bewilligten Mittel zum Ende des Jahres 2025 entsprechend den vorläufigen Rechnungsergebnissen der GKV (KV45-Statistik des 4. Quartals) in Höhe von rund 62 Mio. € mit ein, ergibt sich zwischenzeitlich eine Gesamtsumme von rund 297,3 Mio. €.

Im Rahmen des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) wurde mit der Änderung des § 92a Absatz 4 SGB V eine einmalige Reduktion des Fördervolumens des Innovationsfonds für das Jahr 2026 in Höhe von 100 Mio. € beschlossen, um den Ausgabenanstieg der gesetzlichen Krankenkassen zu mindern (Bundestagsfraktionen von CDU, CSU und SPD 2025). Hierfür werden die Krankenkassen im Jahr 2026 von der Finanzierung des Innovationsfonds befreit und das Fördervolumen allein aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert (Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss 2026). Daraus ergeben sich Ende 2026 rechnerisch Restmittel des Innovationsfonds in Höhe von insgesamt 197,3 Mio. € zuzüglich etwaiger Restmittel nach Abschluss des Geschäftsjahres 2026. Auf Grundlage öffentlicher Quellen ist allerdings keine Aussage dazu möglich, wie hoch der Betrag ist, der von Seiten des Innovationsfonds noch nicht für die Förderung weiterer Projekte bewilligt worden ist.

Aus den Tätigkeitsberichten des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) geht hervor, dass in den letzten Jahren systematisch weniger Mittel ausgegeben wurden, als dem Innovationsfonds für das jeweilige Jahr zur Verfügung standen (Bundesamt für Soziale Sicherung 2022b, S. 92, 2023, S. 95, 2024, S. 101, 2025a, S. 48). Ursächlich hierfür ist unter anderem, dass für die Projekte bewilligte Mittel nicht vollständig abgerufen werden. Zudem können sich durch die Verwendungsnachweisprüfungen auch Rückzahlungen für nicht sachgerecht verwendete Fördermittel ergeben.

Reformempfehlung

Die FinanzKommission Gesundheit empfiehlt als Beitrag des Innovationsfonds zur Konsolidierung der GKV-Finanzen folgende Änderungen:

1 – Überführung der nach Abschluss des Jahres 2026 bestehenden Restmittel, die bewilligt, aber in beendeten Projekten nicht verausgabt oder zurückgezahlt wurden, in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Dadurch wird vermieden, dass die Mittel in weitere Projekte fließen.

2 – Zukünftig Anrechnung bewilligter Finanzmittel für beendete Vorhaben, die aber nicht zur Auszahlung gelangt sind, sowie der Mittel, die nach Prüfung aufgrund von unsachgemäßer Verwendung zurückfließen, auf den Finanzierungsanteil der GKV im Folgejahr.

3 – Eine dauerhafte Absenkung des zur Verfügung stehenden jährlichen Fördervolumens von 200 Mio. € auf 150 Mio. € durch Reduzierung des Finanzierungsanteils der Krankenkassen um und auf 50 Mio. €. Der Finanzierungsanteil der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds verbleibt bei 100 Mio. €.

Verwendung bewilligter aber nicht abgerufener sowie aufgrund von unsachgemäßer Verwendung nach Prüfung zurückfließende Restmittel

Bei der Ausgestaltung sollen Anreize vermieden werden, im Innovationsausschuss Projektanträge aus rein finanziellen Erwägungen nicht zu genehmigen. Daher sollten nur jene Mittel, die bewilligt, aber letztendlich nicht abgerufen wurden oder aus Rückzahlungen für nicht sachgerecht verwendete Fördermittel entstehen, auf den Finanzierungsanteil der Krankenkassen angerechnet werden.

Dagegen sollen Mittel des Innovationsfonds in einem Wirtschaftsjahr, die **nicht** vom Innovationsausschuss des G-BA zur Förderung von Projekten **bewilligt** wurden, dem Innovationsfonds **auch weiterhin** in künftigen Wirtschaftsjahren zur Verfügung stehen. Diese Regelung erhöht den Anreiz, nur Fördermittel in geeigneter Höhe zu bewilligen, um Rückflüsse für zu großzügig veranschlagte Mittel in die Finanzierung der GKV zu verhindern.

Absenkung des Fördervolumens

Der Innovationsfonds leistet einen wichtigen Beitrag zur Identifikation und Verstetigung von Maßnahmen zur Förderung einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung der GKV-Versicherten. Um einen Beitrag zur finanziellen Entlastung der GKV zu leisten und vor dem Hintergrund der stetig aufgebauten Restmittel des Innovationsfonds, erscheint die Absenkung des Finanzierungsanteils der Krankenkassen auf 50 Mio. € aber vertretbar.

Geschätzte Finanzwirkung

Die Schätzung der Finanzwirkung basiert auf den Veröffentlichungen des BAS und den vorläufigen Rechnungsergebnissen der GKV. Aktuell verbleiben die oben genannten Restmittel, welche sich 2027 auf bis zu 197,3 Mio. € belaufen könnten, als Einnahmen beim Innovationsfonds. Durch die Regelung, dass der Teil der Restmittel, der in beendeten Projekten bewilligt aber nicht ausgezahlt beziehungsweise zurückgezahlt wurde, der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds dauerhaft zur Verfügung gestellt werden, wird die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhöht und dadurch ein für 2027 erwarteter Nachschuss der Krankenkassen zum Auffüllen dieser Reserve reduziert. Die Finanzwirkung in den Folgejahren hängt von der Entwicklung der Projekte ab und lässt sich nicht abschätzen. Darüber hinaus werden die Krankenkassen durch die Absenkung ihres Finanzierungsanteils für den Innovationsfonds dauerhaft jährlich um 50 Mio. € entlastet.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Empfehlungen sind ab dem Jahr 2027 finanzwirksam umsetzbar.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Absenkung der Mittel reduziert die Anzahl der geförderten Projekte beziehungsweise des geförderten Projektvolumens. Dies wiederum senkt mittelfristig die Wahrscheinlichkeit, Wege zu finden, die Versorgung zu verbessern beziehungsweise mögliche Effizienzreserven im System zu heben.

Verteilungs- und Belastungseffekte

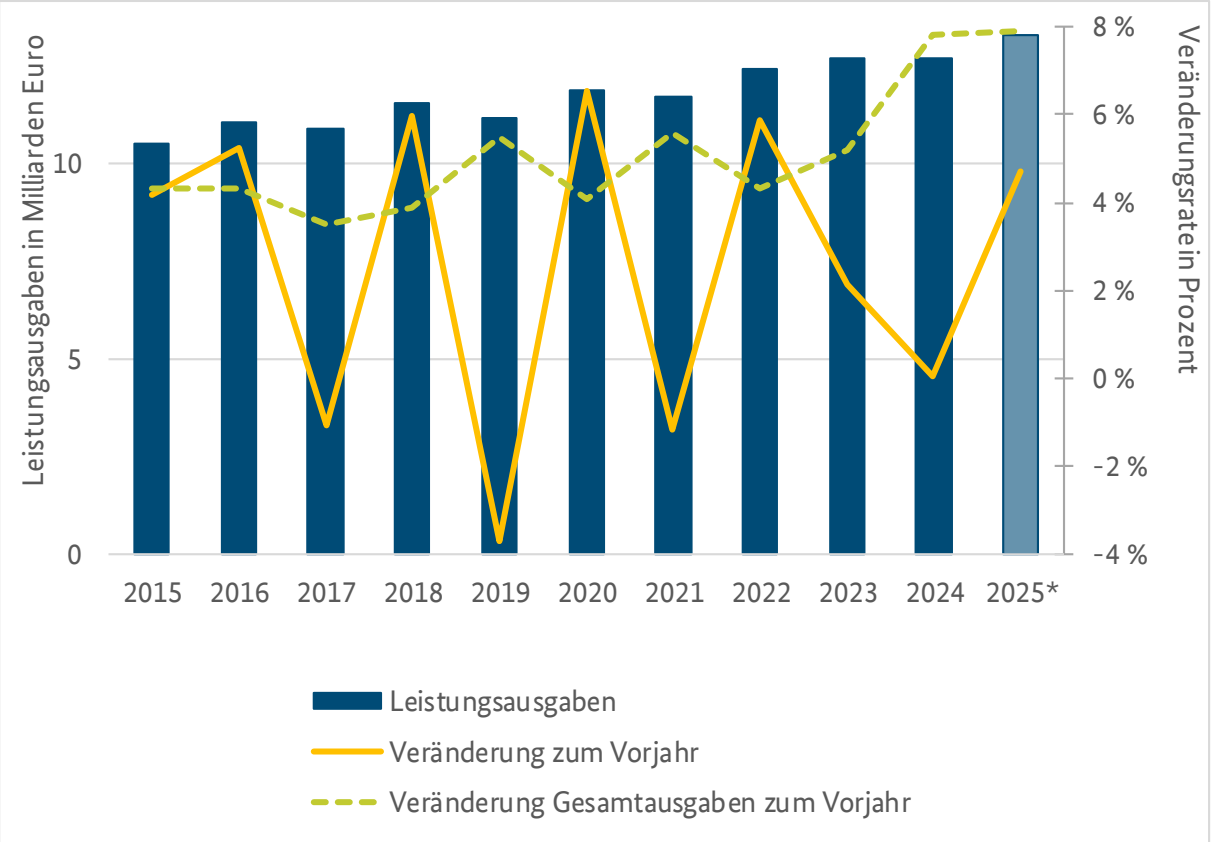
Die GKV wird in der Höhe der Abschmelzung der bewilligten, aber nicht abgerufenen beziehungsweise zurückgezahlten Mittel entlastet. Zusätzlich werden die gesetzlichen Krankenversicherungen um die Absenkung des Fördervolumens in Höhe von 50 Mio. € jährlich entlastet.

6.13 Krankenkassen

6.13.1 Kostentreiberanalyse – Verwaltungsausgaben der Krankenkassen

Die Nettoverwaltungsausgaben der Krankenkassen entsprechen mit rund 13,3 Mrd. € im Jahr 2025 (KV45) rund 4 % der gesamten GKV-Ausgaben – mit abnehmender Tendenz. Die Veränderungsrate der Nettoverwaltungsausgaben betrug in den Jahren 2015 bis 2025 durchschnittlich 2,5 % pro Jahr – deutlich unterhalb der Entwicklung der Leistungsausgaben in Höhe von 5,2 %. Bei durchschnittlichen Zuwächsen von 2,4 % für persönliche Verwaltungsausgaben und rund 4,0 % für sächliche Verwaltungsausgaben wird die Entwicklung durch dynamisch steigende Erstattungen in Höhe von 4,4 % gedämpft.

Abbildung 6.13.1.1: Verwaltungsausgaben der Krankenkassen, netto, von 2015 bis 2025



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Die Bruttoverwaltungsausgaben von circa 16,9 Mrd. € gliedern sich in persönliche Verwaltungsausgaben, die rund zwei Drittel der Bruttoverwaltungsausgaben entsprechen (im Jahr 2025 rund 11,5 Mrd. €). Der kleinere Teil entfällt auf die sächlichen Verwaltungsausgaben in Höhe von 5,4 Mrd. €. Entlastend wirken erstattete Verwaltungsausgaben von 3,6 Mrd. € von anderen Sozialversicherungsträgern für Verwaltungstätigkeiten der Krankenkassen, die sie im Auftrag leisten.

Persönliche Verwaltungsausgaben umfassen im Wesentlichen Vergütungen an Mitarbeitende und Versorgungsaufwände inklusive Altersrückstellungen. In den Jahren 2015 bis 2025 sind sie

durchschnittlich um 2,4 % pro Jahr gestiegen. Ohne Berücksichtigung der Zuführungen und Entnahmen von Altersrückstellungen beträgt der durchschnittliche Anstieg dagegen 2,7 %. Angesichts der inflationsbedingt starken Lohnanstiege kam es in den letzten drei Jahren zu stärkeren Zuwächsen von jeweils über 4 %, die in den Folgejahren jedoch nicht mehr zu erwarten sind. Der Zuwachs von insgesamt 31 % ohne Altersrückstellungen gegenüber dem Jahr 2015 geht vor allem auf steigende Löhne und Sozialabgaben für die Beschäftigten der Krankenkassen zurück, während die Anzahl der Krankenkassen-Beschäftigten mit -3 % trotz erheblicher Versichertenzuwächse in Höhe von 5,3 % leicht rückläufig ist.

Für die Krankenkassen besteht eine gesetzliche Verpflichtung, bis Ende 2049 einen ausreichenden Kapitalstock aufzubauen, um den Altersversorgungsverpflichtungen gegenüber ihren Beschäftigten nachzukommen. Die Zuführungen und Entnahmen von Altersrückstellungen entwickeln sich insgesamt sehr erratisch und korrelieren insbesondere mit der Ausstattung an Finanzreserven der einzelnen Krankenkassen. Lagen die Nettozuführungen in den Jahren 2016 bis 2023 – mit Ausnahme des Jahres 2019 – GKV-weit jeweils über 500 Mio. € (im Jahr 2022 sogar über 1 Mrd. €), betrugen sie im Jahr 2025 lediglich 63 Mio. € und dämpften damit auch erheblich den Anstieg der gesamten Verwaltungsausgaben.

Zu den sächlichen Verwaltungsausgaben zählen unter anderem Ausstattung, Mieten, Pachten, Nebenkosten, Brief- und Portokosten, Reisekosten, Aufklärungs- und Werbemaßnahmen, Prüfungs- und Beratungskosten sowie Vergütungen für externe Dritte. Sie sind seit 2015 um durchschnittlich 4,0 % pro Jahr angewachsen. Der überproportionale Zuwachs gegenüber den persönlichen Verwaltungsausgaben – aber auch gegenüber der Preisinflation - der Verbraucherpreisindex ist im gleichen Zeitraum um 2,6 % gestiegen – erklärt sich zum Teil durch den Anstieg der GKV-Versicherten in Höhe von durchschnittlich 0,5 % pro Jahr, aber vor allem durch die steigenden technologischen Herausforderungen der Krankenkassen.

Die zunehmende Digitalisierung ist hier durch stärkere Prozessautomatisierung und mehr digitale Services geprägt, aber auch durch höhere Anforderungen an Cybersecurity und Datenschutz. So zählen die größeren Krankenkassen - seit 2024 ab 500 Tsd. Versicherte, zuvor ab 3 Mio. Versicherte - zur kritischen Infrastruktur, für die strenge Sicherheitsanforderungen gelten und entsprechende Investitionen in IT notwendig sind.

Erstattete Verwaltungsausgaben mindern die GKV-Ausgaben. Die höchsten Erstattungen kommen von der Pflegeversicherung, im Jahr 2025 in Höhe von rund 2,0 Mrd. €. Da die Pflegeversicherung keine eigene Verwaltung besitzt, übernehmen die Angestellten der Krankenkassen die Aufgaben für die Pflegeversicherung. Für diesen Verwaltungsaufwand zahlen die Pflegekassen eine Pauschale an die Krankenkassen, die sich an den Beitragseinnahmen und den Leistungsausgaben der Pflegeversicherung bemisst. Durch die stark gewachsenen Ausgaben der Pflegekassen sind die Erstattungen an die Krankenkassen in den letzten Jahren deutlich gestiegen, trotz mehrfacher Absenkung des sogenannten Erstattungsfaktors von 3,5 % bis 2017 auf mittlerweile 3,0 %.

Die nächstgrößeren Erstattungen kommen aus dem Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung In Höhe von 653 Mio. €, von der Bundesagentur für Arbeit in Höhe von 478 Mio. € und von der Rentenversicherung in Höhe von 132 Mio. € – als Vergütung für den gemeinsamen Einzug der Sozialversicherungsbeiträge durch die Krankenkassen.

In der Summe sind die erstatteten Verwaltungsausgaben der Krankenkassen zwischen 2015 und 2025 um 53 % gestiegen, durchschnittlich 4,4 % pro Jahr. Der Großteil davon geht auf den Zuwachs der Erstattungen aus der Pflegeversicherung zurück.

Ausgabenbegrenzungen in der Vergangenheit

In der jüngeren Vergangenheit wurden Ausgabenbegrenzungen wiederholt für einzelne Jahre gesetzlich geregelt. So wurden die Zuführungen zu Altersrückstellungen im Jahr 2021 durch das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) und im Jahr 2024 durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) begrenzt, auf die für beide Jahre jeweils notwendigen Beträge entsprechend der kassenindividuellen Zuführungspläne, die auf Grundlage von versicherungsmathematischen Gutachten erstellt wurden. Darüber hinaus wurden die Anstiege für sächliche Verwaltungsausgaben durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) im Jahr 2023 und dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BeEP) im Jahr 2026 gedeckelt.

6.13.2 Reformempfehlung Nr. 59: Halbierung der Werbeausgaben-Obergrenze auf 0,075 %

Hintergrund	Die Höhe der Obergrenze ist historisch gewachsen und bislang keiner grundlegenden politischen Überprüfung unterzogen worden.
Reformempfehlung	Halbierung der Werbeausgaben-Obergrenze auf 0,075%
Finanzwirkung	Ca. 70 Mio. € pro Jahr
Kategorie	B

Hintergrund/Handlungsbedarf

Grundsätzlich unterliegen die gesetzlichen Krankenkassen dem Wirtschaftlichkeitsgebot, § 4 Absatz 4 SGB V, § 69 Absatz 2 SGB IV. Das Gebot sieht vor, dass mit den gegebenen Mitteln der größtmögliche Nutzen, das sogenannte Maximalprinzip oder ein bestimmter Nutzen mit den geringst möglichen Mitteln, das sogenannte Minimalprinzip zu erreichen ist (Krauskopf 2025). Das Ergebnis beider Prinzipien ist die günstigste Kosten-Nutzen-Relation (Krauskopf 2025). Das Bundessozialgericht hat klargestellt, dass Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit unbestimmte Rechtsbegriffe sind, die kein Ermessen im klassischen Sinne eröffnen. Zugleich hat es anerkannt, dass den Krankenkassen aufgrund der sachbedingten Schwierigkeiten einer Erfolgskontrolle, des prognostischen Elements sowie der notwendigen Abwägung ein Beurteilungsspielraum im Sinne einer Einschätzungsprärogative zukommt (Bundessozialgericht 1992; Bundessozialgericht 1983; Bundessozialgericht 2024).

Die gesetzlichen Krankenkassen stehen im Wettbewerb zueinander, um Effizienzreserven zu heben sowie Qualitätsanreize zu setzen. Marketing- und Werbemaßnahmen der einzelnen Krankenkassen sind gemäß § 4a SGB V grundsätzlich zulässig. Aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Krankenkassen abgeleitet gelten bereits jetzt – konkretisiert durch Vorgaben der Aufsichtsbehörden – Obergrenzen zu den Werbeausgaben der Krankenkassen. Die Aufsichtsbehörden haben diese Vorgaben in den „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen" konkretisiert (Bundesamt für Soziale Sicherung 2015)[31]. Danach gilt für allgemeine Werbemaßnahmen eine Obergrenze von aktuell 0,15 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV je Mitglied. Dies entsprach im Jahr 2025 rund 5,60 € pro Mitglied. Im Jahr 2025 haben die Krankenkassen rund 223 Mio. € für Werbemaßnahmen ausgegeben (KV45 2025). Dies bedeutet, dass bei einer jahresdurchschnittlichen Mitgliederanzahl von 58,7 Mio. Mitgliedern im Jahr 2025 (KM1 Statistik) die durchschnittlichen Ausgaben bei rund 3,80 € je Mitglied und damit noch

[31] Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. März 1998 – geändert am 9. November 2006 in der Fassung vom 11. November 2015 (Bundesamt für Soziale Sicherung 2015).

weit unterhalb der Obergrenze liegen. Auf Einzelkassenebene wurde der jeweils geltende Soll-Wert nur vereinzelt überschritten.

Die Höhe der Grenze ist historisch gewachsen und bislang keiner durchgreifenden politischen Überprüfung unterzogen worden. Im Rahmen der wettbewerblichen Ausgestaltung sieht § 4a Absatz 4 SGB V eine Verordnungsermächtigung vor, nach der nähere Vorgaben zu Werbemaßnahmen und möglichen Obergrenzen entsprechender Ausgaben festgelegt werden können. Auf dieser Grundlage hat das BMG im Dezember 2020 einen Referentenentwurf zu einer Krankenkassen-Werbemaßnahmen-Verordnung erarbeitet. Im Zuge der Erarbeitung wurde auch erwogen, Obergrenzen für Werbeausgaben festzulegen. Eine entsprechende Regelung ist letztlich nicht umgesetzt worden, sodass Begrenzungen der Werbeausgaben weiterhin im Wesentlichen auf aufsichtsrechtlichen Vorgaben beruhen (Domscheit 2022).

Da Werbeausgaben nicht der Patientenversorgung dienen, ist in Zeiten steigender Zusatzbeiträge ihre Höhe zu hinterfragen. Zugleich ist zu berücksichtigen, dass die tatsächlichen Werbeausgaben einzelner großer Krankenkassen offenbar unterhalb der geltenden Obergrenze liegen, sodass eine Reduktion der Grenze differenzierte Wirkungen auf die einzelnen Kassen entfalten könnte.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt die Absenkung der in den Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden vorgegebenen Werbeausgaben-Obergrenze von derzeit 0,15 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV je Mitglied auf 0,075 % der Bezugsgröße gesetzlich zu regeln. Ziel der Maßnahme ist es, wettbewerbsbedingte Verwaltungs- und Marketingausgaben zu reduzieren und dadurch einen Beitrag zur Entlastung der Beitragszahler zu leisten.

Geschätzte Finanzwirkung

Ausgangspunkt der Berechnung sind die vorläufigen Rechnungsergebnisse der Einzelkassen für das Jahr 2025. Auf Basis der jeweils ausgewiesenen Werbeausgaben ergibt sich bezogen auf die vorgeschlagene Halbierung der geltenden Obergrenze von rund 5,60 auf 2,80 € je Mitglied in Summe über alle Krankenkassen eine jährliche Einsparung von rund 70 Mio. €.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Eine gesetzliche Regelung zur Höhe der Obergrenze – mit einer verbundenen Halbierung der bisherigen Maßgabe aus den Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung – ist kurzfristig möglich und begegnet keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken. Das Wettbewerbssystem der GKV wird nicht verändert, da lediglich die Höhe der Ausgaben für Marketingmaßnahmen begrenzt wird. Administrativ ist die

Umsetzung als unkompliziert einzuschätzen, wenngleich Mehraufwände bei den Aufsichtsbehörden entstehen könnten.

Auswirkungen auf die Versorgung

Direkte Auswirkungen auf die medizinische Versorgung sind nicht zu erwarten, da die Werbeausgaben keinen unmittelbaren Leistungsbezug haben. Der Wettbewerb zwischen den Kassen erfolgt primär über den Zusatzbeitragssatz, über Service- und Satzungsleistungen – weniger über die ggf. sinkende Sichtbarkeit von Krankenkassenwerbung.

Die Maßnahme hätte eine Signalwirkung in Zeiten steigender Zusatzbeitragssätze und könnte zur Verwaltungs- und Wettbewerbsdisziplin beitragen. Zudem würde das Minimalprinzip des Wirtschaftlichkeitsgebots gestärkt, indem Ausgaben für nicht unmittelbar leistungsbezogene Zwecke begrenzt werden.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Größere Krankenkassen wären durch die Begrenzung tendenziell weniger stark in ihren Werbetätigkeiten eingeschränkt als kleinere Krankenkassen. Werbeausgaben, die aktuell gegebenenfalls (Sport-)Vereinen zugutekommen, könnten in der Zukunft reduziert werden oder fehlen.

6.13.3 Diskussion zu weiteren Reformoptionen

Zur Senkung der Verwaltungsausgaben wird in der Öffentlichkeit gelegentlich vorgeschlagen, die Anzahl der Krankenkassen zu reduzieren, um damit Infrastruktur zu reduzieren und hohe Vorstandsgehälter einzusparen.

In der Kommissions-Arbeitsgruppe wurde diskutiert, welche gesetzgeberischen Maßnahmen zur Vergütung von Vorständen von Krankenkassen sinnvoll, weil kostenbegrenzend, sein könnten.

Aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Krankenkassen abgeleitet, gelten bereits jetzt – konkretisiert durch Vorgaben des BAS – recht strenge Regelungen zu den Vorstandsvergütungen der Krankenkassen. Auch der Gesetzgeber ist bereits aktiv geworden: Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) kam es zu wesentlichen Änderungen hinsichtlich der Vorstandsvergütung: In § 35a Absatz 6 SGB IV n.F. stellte der Gesetzgeber klar, dass die Höhe der jährlichen Vergütungen einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen am 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig in der Mitgliederzeitschrift sowie auf der Internetseite zu veröffentlichen sind (bislang Veröffentlichung zum 1. März); das Merkmal „Aufgabe der Körperschaft“ in § 35a Absatz 6a SGB IV a.F. wurde gestrichen; § 35a Absatz 6a SGB IV n.F. stellt nun klar, dass entscheidendes Kriterium für die Angemessenheit der Vergütung die Zahl der Versicherten der Krankenkasse ist. Darüber hinaus ist die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen. Seitdem sind zudem nur noch beitragsorientierte Vereinbarungen der Altersvorsorge zulässig.

Der Ausgangspunkt des BAS zur Konkretisierung der Angemessenheit der Vergütung ist: Krankenkassen stehen im Wettbewerb zueinander, und dieser Wettbewerb ist gewollt als Mittel zur Effizienzsteigerung. Deshalb können und sollen kompetitive Vorstandsvergütungen nicht unterbunden werden. Dennoch gilt: Krankenkassen sind zur Wirtschaftlichkeit und zur Sparsamkeit verpflichtet. Maßgeblich hierfür ist, dass mit der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder über die Sozialversicherungsträger für Vorstands- und Geschäftsführerverträge im Bereich der GKV gemäß § 35a Absatz 6 und 6a SGB IV bereits ein differenziertes und standardisiertes Verfahren zur Prüfung der Angemessenheit der Gesamtvergütung besteht. Dieses Verfahren berücksichtigt sowohl die Versichertenzahl der jeweiligen Krankenkasse als auch einen begrenzten Ermessensspielraum der Selbstverwaltung. Nur ausnahmsweise eröffnet es die Möglichkeit, besondere Umstände des Einzelfalls zu würdigen.

Die Vorstandsvergütungen werden jährlich im Bundesanzeiger veröffentlicht und betrugen im Jahr 2024 GKV-weit insgesamt rund 17 Mio. €. Dies entspricht einem Anteil von 0,14 % an den Nettoverwaltungsausgaben und von 0,005 % an den Gesamtausgaben. Demnach kann über eine Reduktion der Vorstandssitze oder eine Begrenzung von deren Vergütungen keine beitragsrelevante Einsparung erreicht werden.

Im Hinblick auf den bereits hinreichend regulierten Status quo spricht die Kommission daher keine Empfehlung aus.

Mit Blick auf eine mögliche Reduzierung der Anzahl der Krankenkassen ist darauf hinzuweisen, dass die 20 größten Krankenkassen aktuell bereits 84 % aller GKV-Mitglieder versichern. Hinzu kommt, dass ein erheblicher Teil der Krankenkassen nur regional geöffnet ist (unter anderen die Ortskrankenkassen) und die regionale Marktkonzentration bereits heute sehr groß ist. So liegt der Marktanteil der jeweils fünf größten Krankenkassen in den einzelnen Bundesländern zwischen 68 und 85 % (Datenstand: 1. Juli 2025). Für die vereinzelt geforderte Fusionierung aller Krankenkassen zu einer Einheitskasse bietet sich ein Blick nach Österreich an. Hier wurden die zuvor neun Gebietskrankenkassen im Jahr 2020 zu einer Österreichischen Gesundheitskasse fusioniert. Eine Analyse des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung hat ergeben, dass hierdurch keine Kostenvorteile festgestellt werden konnten. Potentiale zur Kostensenkung werden hingegen in einer wettbewerblichen Ausgestaltung gesehen. Die Österreichische Gesundheitskasse weist eine Steigerungsrate der Verwaltungsausgaben für die Jahre 2020 bis 2024 von 39 % aus; bereinigt um gesunkene Erstattungen ergeben sich 25 %. Die Verwaltungsausgaben der GKV sind im gleichen Zeitraum um lediglich 7 % gestiegen.

Empirisch zeigt sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Größe einer Krankenkasse und ihren Verwaltungsausgaben je Versicherten. Es gibt kleinere und größere Krankenkassen mit deutlich unter- beziehungsweise überdurchschnittlichen Verwaltungsausgaben.

Einsparungen konnten in der Vergangenheit beispielsweise durch die Digitalisierung von Prozessen realisiert werden. Dies zeigt unter anderen die Entwicklung der sogenannten Betreuungsquoten: Im Jahr 2004 hat ein Mitarbeiter im Schnitt 487 Versicherte betreut, im Jahr 2024 waren es durchschnittlich bereits 563 Versicherte, was einer Steigerung um 16 % entspricht. Anreize zur Reduzierung von Verwaltungsausgaben bestehen vor allem durch einen starken Preiswettbewerb über kassenindividuelle Zusatzbeitragssätze. Dieser wird vom Zuweisungsmechanismus im Risikostrukturausgleich flankiert, über den die Krankenkassen Zuweisungen für standardisierte Verwaltungsausgaben erhalten, die die tatsächlichen Aufwendungen nur im GKV-Durchschnitt decken. Der kontinuierlich sinkende Anteil der Nettoverwaltungsausgaben an den Gesamtausgaben zeugt von einem starken Anreiz für die Krankenkassen, möglichst effizient zu wirtschaften.

7 Einnahmen der GKV - Analyse der Herausforderungen und Reformempfehlungen

7.1 Analyse der Herausforderungen

7.1.1 Einnahmen der GKV

Die Einnahmen der GKV setzen sich aus verschiedenen Quellen zusammen. Gemäß § 220 Absatz 1 Satz 1 1. Halbsatz SGB V werden die Mittel der Krankenversicherung durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

Den Hauptteil bilden die Beitragseinnahmen, die grundsätzlich über einkommensabhängige Beiträge erhoben werden. Der überwiegende Anteil dieser Beiträge kommt von abhängig Beschäftigten; die nach dem Arbeitsentgelt bemessenen Beiträge entfallen jeweils zur Hälfte auf sie und ihre Arbeitgeber. Für geringfügig Beschäftigte leistet nur der Arbeitgeber Beiträge nach Maßgabe von § 249b SGB V. Hinzu kommen Beiträge von freiwillig Versicherten (unter anderem Selbständige), Rentnern, Beziehern von Arbeitslosengeld, Bürgergeld und Versorgungsbezügen sowie von weiteren Mitgliedergruppen, die teilweise auch von Dritten getragen werden.

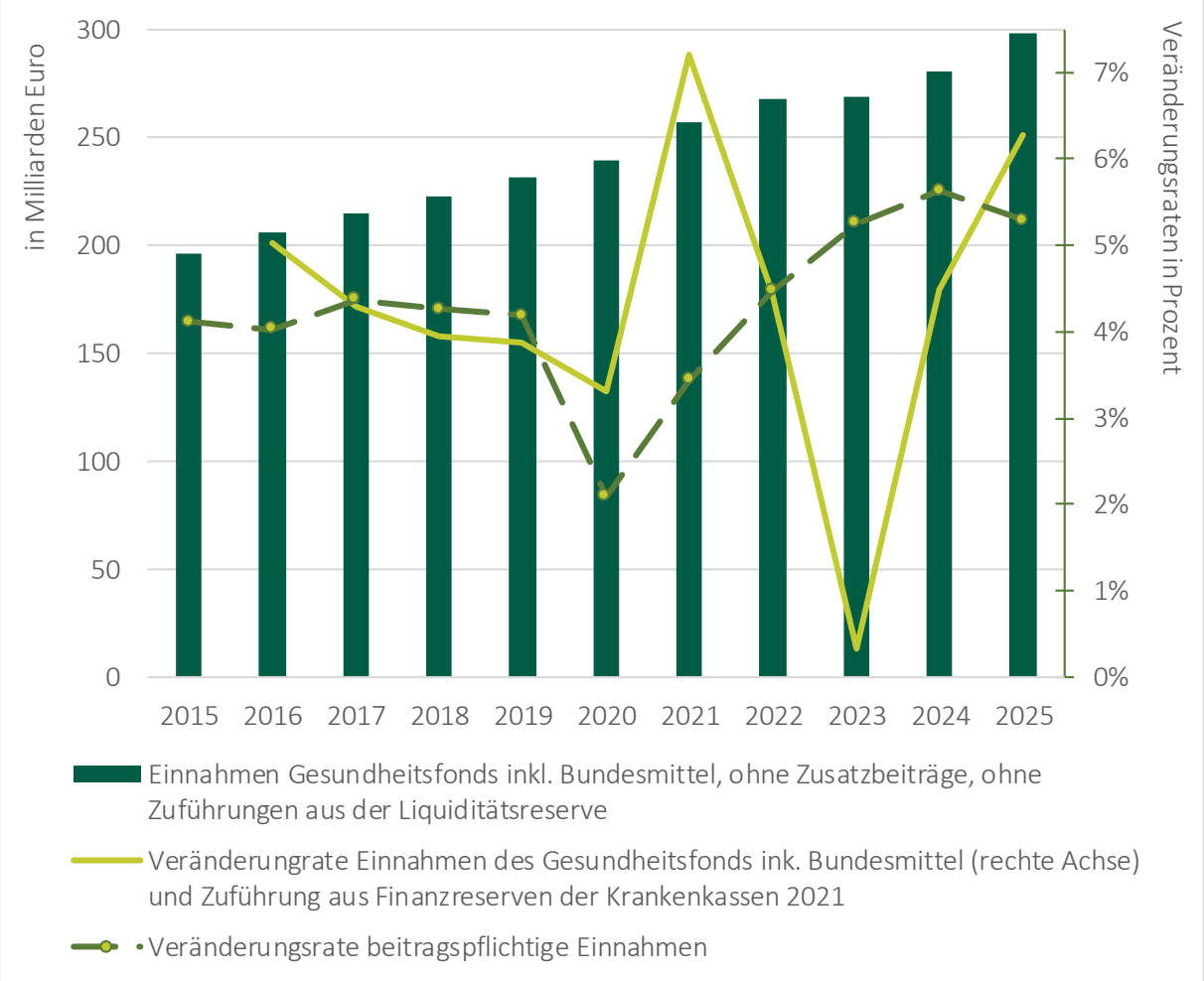
Zusätzlich erhält die GKV einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln. Dieser dient gemäß § 221 SGB V zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen.

Das zentrale Finanzierungsinstrument in der GKV ist der Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V). In diesen fließen die Beiträge der Mitglieder, Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger etc. sowie der Bundeszuschuss aus Steuermitteln. Die Krankenkassen erhalten aus diesen Einnahmen Zuweisungen über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Eine Ausnahme bildet hier die landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), die nicht am Risikostrukturausgleich teilnimmt und deren Finanzierung damit auch außerhalb des Gesundheitsfonds erfolgt.

Die Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Zuweisungen der Krankenkassen relevant sind, beliefen sich im Jahr 2025 auf etwa 298,7 Mrd. €. In 2025 betrugen die Beitragseinnahmen ohne Zusatzbeiträge etwa 280,5 Mrd. €. Der Bund beteiligt sich außerdem mit einem Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Mrd. € an der Finanzierung, wovon rund 0,1 Mrd. € an die LKK weitergeleitet wird. Somit hat der Bundeszuschuss einen Anteil von rund 5 % der Einnahmen – mit rückläufiger Tendenz. Darüber hinaus erhält der Gesundheitsfonds in den Jahren 2025 und 2026 Bundesdarlehen in Höhe von jeweils 2,3 Mrd. €, die in den Jahren 2029 bis 2033 zurückzuzahlen sind, und ergänzende Bundeszuschüsse von 1,5 Mrd. € im Jahr 2025 und 2,5 Mrd. € im Jahr 2026 zur Refinanzierung der Soforttransformationskosten der Krankenhäuser.

Da die Einnahmen des Gesundheitsfonds zum Großteil (rund zwei Dritteln) aus abhängiger Beschäftigung stammen, hängen die Einnahmen des Gesundheitsfonds auch maßgeblich von der konjunkturellen Entwicklung der Gesamtwirtschaft ab. Die folgende Abbildung stellt die Entwicklung der Einnahmen des Gesundheitsfonds im Vergleich mit den beitragspflichtigen Einnahmen im Zeitverlauf dar:

Abbildung 7.1.1.1: Entwicklung der Einnahmen des Gesundheitsfonds und der beitragspflichtigen Einnahmen



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Die Entwicklung der Einnahmen des Gesundheitsfonds ist gekoppelt an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen. Seit dem Jahr 2020 variiert die Höhe der Steuermittel durch die unterschiedlichen ergänzenden Bundeszuschüsse und Darlehen, sodass die Veränderungsraten der Einnahmen des Gesundheitsfonds sich stärker von denen der beitragspflichtigen Einnahmen unterscheiden. So sind die höheren Veränderungsraten der Einnahmen des Gesundheitsfonds in den Jahren 2020 bis 2022 auf zusätzliche Bundesmittel zurückzuführen, während die niedrige Veränderungsrate in 2023 durch eine starke Reduzierung der ergänzenden Bundeszuschüsse begründet ist. Im Jahr 2021 wurden zudem die Einnahmen des Gesundheitsfonds um rund 8 Mrd. €

durch die Verpflichtung der Krankenkassen erhöht, einen Anteil ihrer überschüssigen Finanzreserven an den Gesundheitsfonds abzuführen (vgl. § 272 Absatz 1 SGB V).

Die Beitragseinnahmen in 2025 betrugen 280,5 Mrd. € (ohne Zusatzbeiträge). Den größten Anteil der Beitragseinnahmen machen mit 196,3 Mrd. € (70 %) die Beiträge von GKV-Arbeitnehmern. Damit sind alle Arbeitnehmer umfasst, die in der GKV versichert sind. Die Beiträge aus den Renten sind der zweitgrößte Posten mit 50,2 Mrd. € und etwa 18 % Anteil; die Beiträge der freiwillig Versicherten (abzüglich der freiwillig versicherten Arbeitnehmer oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze/ Versicherungspflichtgrenze) machen mit rund 13 Mrd. € etwa 5 % der Beitragseinnahmen aus. Insgesamt bilden diese Gruppen etwa 92 % der gesamten Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Der verbleibende Anteil setzt sich aus weiteren Beiträgen zusammen, wie von Beziehenden von Arbeitslosengeld und Beiträgen für geringfügig Beschäftigte.

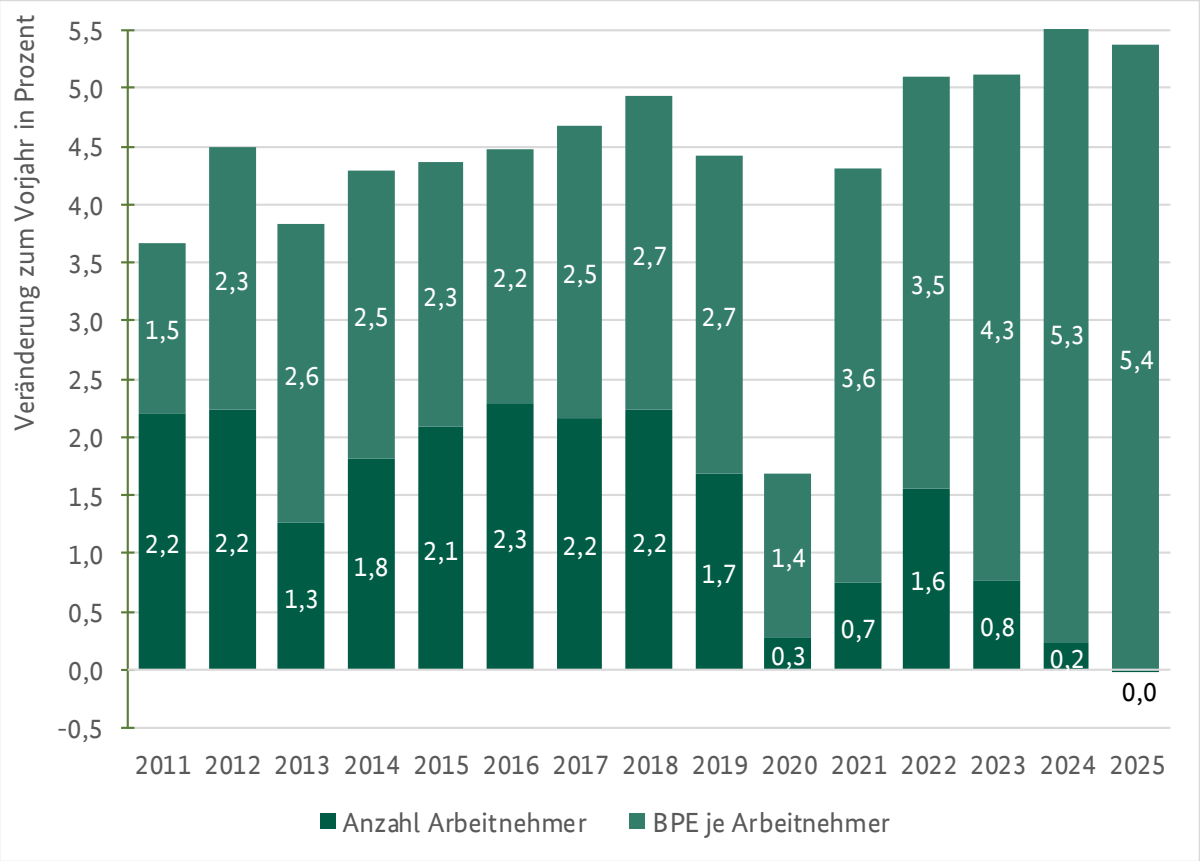
Die Einnahmen aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung haben von 2015 bis 2025 eine durchschnittliche jährliche Steigerung von etwa 4,6 %. Die durchschnittliche Steigerung der Rentner liegt im selben Zeitraum bei etwa 4,2 %.

Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen ist maßgeblich für die Höhe der Beitragseinnahmen insgesamt. Von 2015 bis 2019 sind die beitragspflichtigen Einnahmen um durchschnittlich 4,2 % jährlich gestiegen. In Folge der Corona-Pandemie kam es zu einem Einbruch der Einnahmen, wodurch der Anstieg von 2019 auf 2020 mit 2,1 % auf die Hälfte der Vorjahre einbrach und sich erst 2022 erholt hat. Die darauffolgende Energiekrise und die daraus resultierende Inflation führten zu einem Anstieg der Einnahmen auf ein erhöhtes Niveau. So lag die durchschnittliche Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen zwischen 2022 – 2025 bei durchschnittlich etwa 5,2 %. Siehe hierzu auch die Abbildung 4.1.2.1 sowie Abbildung 4.1.3.1 in Kapitel 4.

Abhängigkeit der Einnahmen von der Konjunktur und Arbeitsmarkt

Einnahmen der GKV-Arbeitnehmer machen 70 % der Einnahmen aus und sind damit der entscheidende Einnahmenblock. Veränderungen dieses Teils der Einnahmen resultieren im Wesentlichen aus der Veränderung der Anzahl der GKV-versicherten Arbeitnehmer und der Lohnentwicklung. Die Einnahmen aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung sind damit unmittelbar von den Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes abhängig. In Phasen wirtschaftlichen Wachstums steigt in der Regel auch die Anzahl der Beschäftigten, während sich eine konjunkturelle Abschwächung typischerweise mit zeitlicher Verzögerung in einer Verlangsamung des Beschäftigungswachstums niederschlägt. Zudem wirkt sich die wirtschaftliche Entwicklung auch auf die Löhne der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aus.

Abbildung 7.1.1.2:: Entwicklung der Einzelkomponenten



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Die Abbildung 7.1.1.2 stellt die Entwicklung der GKV-Arbeitnehmer und deren beitragspflichtiger Einnahmen pro Kopf sowie insgesamt dar. Die Entwicklung der Anzahl der Arbeitnehmer in der GKV ist im Zeitraum von 2011 bis 2019 im Durchschnitt jährlich um etwa 2 % gestiegen (KM1-Statistik). Die Gründe hierfür sind nicht nur das positive Wirtschaftswachstum von etwa durchschnittlich 1,7 % jährlich in dem Zeitraum (Statistisches Bundesamt o. J.a), sondern auch eine hohe Arbeitsmigration aus dem europäischen und außereuropäischen Ausland sowie steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen und älteren Menschen. Seit 2015 ist die Veränderungsrate der Netto-Zuwanderung jedoch rückläufig (abgesehen von der Flüchtlingsbewegung infolge des Ukraine-Kriegs). Die Dynamik bei der Anzahl der GKV-versicherten Arbeitnehmer nimmt seit 2022 kontinuierlich ab und stagniert im Jahr 2025.

In den Jahren 2011 bis 2019 stiegen die beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Arbeitnehmer durchschnittlich um rund 2,4 %, seit 2020 – 2025 etwa 3,8 %.

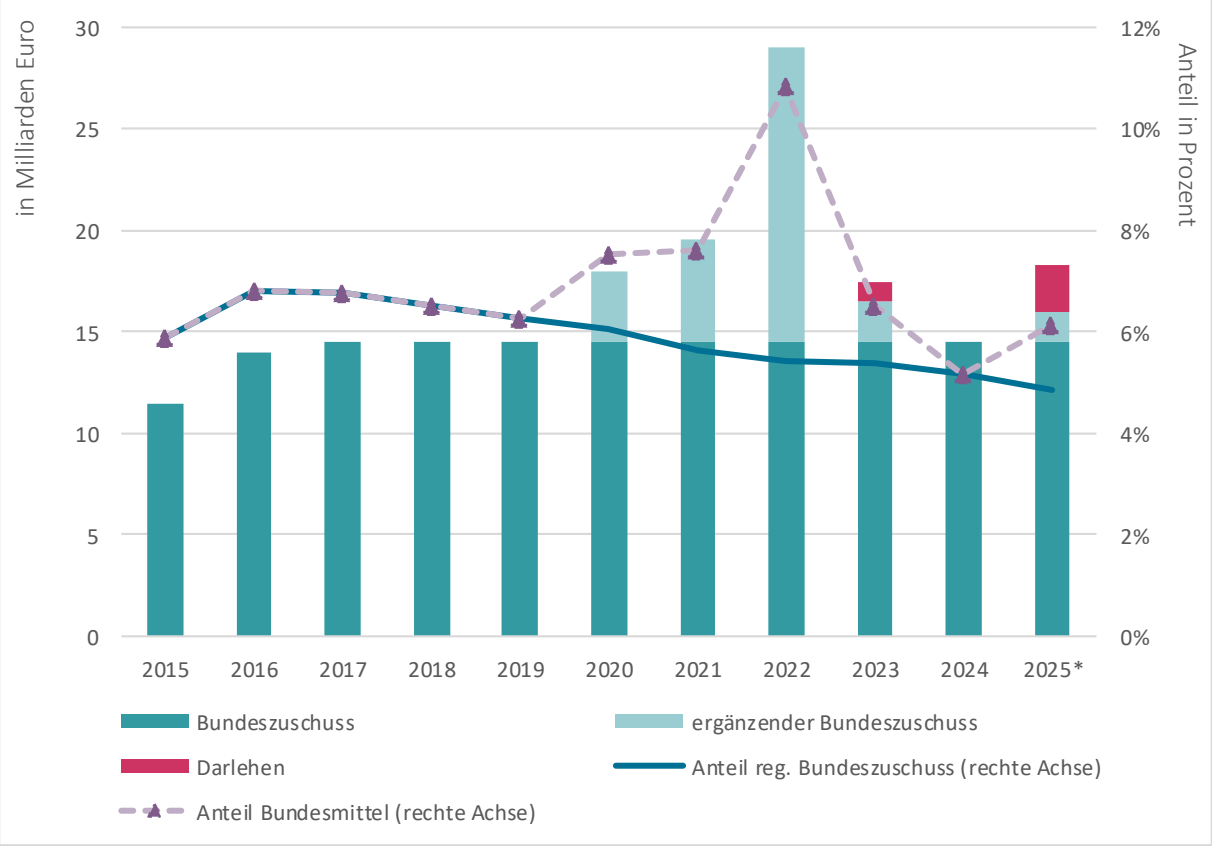
Der starke Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen je Kopf seit 2020 ist im Wesentlichen auf die hohen Lohnsteigerungen als Resultat hoher Tarifabschlüsse zurückzuführen. Diese hängen zum Teil auch mit der hohen Inflation als Reaktion auf den Ukraine-Krieg und die damit verbundene Energiekrise zusammen.

Die seit dem Jahr 2024 zu beobachtende Stagnation der in der GKV versicherten Arbeitnehmer führt dazu, dass der Anstieg der Beitragseinnahmen aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung damit im Wesentlichen aus der Dynamik der Lohnentwicklung resultiert. Auf Basis der Eckwerte der Bundesregierung zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung wird für die Folgejahre erwartet, dass die Stagnation der GKV-Arbeitnehmeranzahl sich fortsetzen wird, da unter anderem ein Großteil der Babyboomer-Jahrgänge in den Ruhestand gehen wird und die abnehmende Netto-Zuwanderung diesen demographischen Effekt nicht mehr überkompensieren kann. Zudem wird erwartet, dass die Lohndynamik sich auf dem Niveau eines jährlichen Zuwachses von 3 % normalisiert. Beide Entwicklungen führen dazu, dass der Anstieg der Beitragseinnahmen aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung niedriger ausfallen wird als in den vergangenen Jahren.

Entwicklung Bundeszuschüsse und Darlehen

In folgender Abbildung zeigt sich die Entwicklung der Bundesmittel und der Anteile an den Gesamteinnahmen der GKV.

Abbildung 7.1.1.3: Entwicklung des Bundeszuschusses, der ergänzenden Bundeszuschüsse und Darlehen



*Quelle: KJ1/KV45-Statistik, * vorläufiger Wert auf Basis der KV45 1.-4. Quartal*

Der reguläre Bundeszuschuss zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen betrug in 2015 11,5 Mrd. € und wurde in 2016 auf 14 Mrd. € erhöht. Seine Höhe ist seit 2017 unverändert bei 14,5 Mrd. €, sodass sein Anteil an den Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds im Zeitverlauf sinkt. Während der Anteil in 2015 noch bei 6,8 % lag, so ist dieser in 2025 mittlerweile bei 4,9 % angelangt.

Der Bund hat den Gesundheitsfonds während der Corona-Pandemie in den Jahren 2020 bis 2023 mit ergänzenden Bundeszuschüssen unterstützt, insbesondere um den mit der Pandemie verbundenen Einbruch der beitragspflichtigen Einnahmen zu kompensieren. In 2020 lag der ergänzende Bundeszuschuss bei 3,5 Mrd. € und stieg 2021 auf 5 Mrd. € an. In 2022 wurde aufgrund der wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie ein erhöhter Finanzbedarf durch einen erhöhten ergänzenden Zuschuss von 14 Mrd. € gewährt, im darauffolgenden Jahr lag dieser nur noch bei 2 Mrd. €.

Hinzu kommen die ergänzenden Bundeszuschüsse für die sogenannten Sofort-Transformationskosten der Krankenhäuser in Höhe von 1,5 Mrd. € in 2025 und 2,5 Mrd. € in 2026. Der Rechnungszuschlag wird für Patientinnen und Patienten erhoben, die im Zeitraum v om 1. November 2025 bis zum 31. Oktober 2026 stationär oder teilstationär aufgenommen werden. Diese Zahlung erfolgt in einem ersten Schritt durch die Krankenkassen, die GKV erhält hierzu als Kompensation die o.g. ergänzenden Bundeszuschüsse aus dem Sondervermögen des Bundes, das eigentlich für neue beziehungsweise zusätzliche Investitionen und nicht etwa zur Deckung von Betriebskosten vorgesehen ist.

Neben den Zuschüssen hat der Bund dem Gesundheitsfonds Darlehen gewährt: In 2023 1 Mrd. €, und jeweils 2,3 Mrd. € in 2025 und 2026. Die Darlehen müssen im Zeitraum 2029 bis 2033 dem Bund zurückgezahlt werden und belastet die GKV-Finanzen in den Jahren 2029 bis 2033 mit jeweils einer Milliarde Euro und im Jahr 2034 mit 600 Mio. € (Haushaltsgesetz 2025 (BGBl. I, 232)).

Fazit

Die Analyse der Herausforderungen mit Blick auf die Einnahmenseite zeigt, dass die Einnahmen des Gesundheitsfonds in hohem Maße von den Beitragseinnahmen und damit von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung abhängig sind. Langfristig wird sich der demographische Wandel dämpfend auf die Einnahmeentwicklung auswirken, da Renteneinkünfte in der Regel deutlich unter Lohneinkommen liegen. Zudem ist der relative Anteil des Bundeszuschusses an den GKV-Einnahmen kontinuierlich gesunken. Die gewährten Darlehen sowie der auf problematische Weise aus dem Sondervermögen des Bundes entnommene Rechnungszuschlag unterstützen die GKV-Finanzierung zwar kurzfristig, stellen aber keine nachhaltige Finanzierung dar, da das Darlehen in den Folgejahren zurückgezahlt werden muss.

Da im geltenden System der Beitragsfinanzierung die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung den größten Einnahmefaktor darstellt, sollte eine Verbesserung der GKV-Einnahmen daher in erster Linie über Maßnahmen zur Stärkung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung erfolgen. Die GKV kann hierzu nur begrenzte Impulse im Rahmen ihres Mitgliedschafts- und Beitragsrechts setzen. Die Empfehlungen zur beitragsfreien Ehegattenversicherung (siehe Abschnitt 7.2.1) und den Beiträgen für geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer (siehe Abschnitt 7.2.3) tragen hierzu bei.

7.2 Reformempfehlungen zur Einnahmenseite

7.2.1 Reformempfehlung Nr. 60: Abschaffung beitragsfreie Ehegattenversicherung

Hintergrund	Die beitragsfreie Ehegattenversicherung berücksichtigt weder die Änderung der gesellschaftlichen Entwicklung noch die aktuellen arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen zur Aufnahme einer Beschäftigung.
Reformempfehlung	Abschaffung der beitragsfreien Krankenversicherung für Ehegatten und Lebenspartner ohne Kinder unter 6 Jahren
Finanzwirkung	Ca. 4,4 Mrd. € (3,5 Mrd. € bei angenommener Ausweichreaktion) in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die beitragsfreie Familienversicherung gehört zu den zentralen solidarischen Elementen der GKV. Nach § 10 Absatz 1 SGB V sind neben Kindern und Enkeln des Mitglieds auch sein Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner unter bestimmten Voraussetzungen gemäß § 3 Satz 3 SGB V beitragsfrei über das sogenannte Stammmitglied in der GKV mitversichert. § 10 Absatz 1 SGB V benennt eine Reihe positiver und negativer Voraussetzungen für die Familienversicherung; die genannten Personen dürfen unter anderem kein oder nur ein geringes eigenes Einkommen erzielen und nicht anderweitig versicherungspflichtig oder versicherungsfrei beziehungsweise von der Versicherung befreit sein (vgl. im Detail § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 SGB V). Die Einbeziehung von Ehegatten in die beitragsfreie Familienversicherung entspricht einer sozialpolitischen Tradition und ist historisch eng mit dem Bild der „Einverdiener-Ehe“ verbunden (Dräther & Rothgang 2004).

Die gesellschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten allerdings deutlich verändert. Erwerbsbiografien sind seit Längerem stärker durch eine eigenständige Erwerbstätigkeit beider Partner geprägt, und die Erwerbsbeteiligung von Frauen ist deutlich gestiegen (WSI 2024). Vor diesem Hintergrund wird zunehmend diskutiert, ob eine dauerhaft beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten unabhängig von familiären Betreuungsverpflichtungen noch dem ursprünglichen Ziel der Familienförderung entspricht und ob dies eine Aufgabe der Solidargemeinschaft der in der GKV Versicherten ist.

Zugleich wurden in den vergangenen Jahren die institutionellen Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erheblich ausgebaut. Neben Leistungen wie Mutterschaftsgeld, Elternzeit und Elterngeld bestehen umfangreiche Ansprüche auf frühkindliche Förderung und

Kinderbetreuung nach Maßgabe von § 24 SGB VIII. Darüber hinaus wird der Ausbau ganztägiger Bildungs- und Betreuungsangebote im Grundschulalter weiter vorangetrieben. Mit dem Gesetz zur ganztägigen Förderung von Kindern im Grundschulalter (Ganztagsförderungsgesetz – GaFöG) wurde zudem ein Rechtsanspruch auf ganztägige Betreuung für Kinder im Grundschulalter beschlossen, der ab dem Jahr 2026 schrittweise eingeführt wird (vgl. § 24 Absatz 4 SGB VIII in der Fassung des GaFöG vom 2.10.2021 (BGBl, Nr. 71), Inkrafttreten ab 1. August 2026).

Die beitragsfreie Mitversicherung von Partnern setzt eine entsprechende standesamtliche Trauung beziehungsweise eingetragene Lebenspartnerschaft voraus und steht unverheirateten Paaren ohne entsprechenden rechtlichen Status nicht offen. Die Regelung knüpft damit an den formalen Status der Partnerschaft an und weniger an konkrete familiäre Betreuungsverpflichtungen. Das erscheint angesichts der veränderten gesellschaftlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen nicht mehr sachgerecht. Insbesondere bei Ehegatten ohne kleine Kinder stellt sich daher die Frage, ob eine beitragsfreie Mitversicherung weiterhin sachgerecht ist oder ob sie stattdessen strukturelle Anreize setzt, eine eigenständige sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit nicht oder nur eingeschränkt aufzunehmen. Nach § 10 Absatz 1 Satz 6 SGB V dürfen Familienversicherte aktuell höchstens ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze des § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV beziehen.

Reformempfehlung

Vor diesem Hintergrund erscheint es angezeigt, die derzeitige Ausgestaltung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten den aktuellen sozial- und wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen sachgerecht anzupassen. Die Kommission empfiehlt, die beitragsfreie Krankenversicherung für Ehegatten und ihnen gleichgestellte Lebenspartner ohne Kinder unter sechs Jahren abzuschaffen. In diesen Fällen ist künftig eine eigenständige Mitgliedschaft in der GKV erforderlich.

Es ist anzunehmen, dass für bisher beschäftigungslose Ehegatten und ihnen gleichgestellte Lebenspartner mit Kindern im schulpflichtigen Alter auch vor dem Hintergrund des neuen Rechtsanspruchs auf ganztätige Betreuung im Grundschulalter eine Erwerbstätigkeit mit den familiären Betreuungspflichten vereinbar ist. Für Ehegatten mit Kindern unter 6 Jahren bleibt die beitragsfreie Mitversicherung bestehen.

Um die Abschaffung der beitragsfreien Ehegattenversicherung sozial abzufedern, empfiehlt die Kommission, für diese neue Mitgliedergruppe die Verbeitragung lediglich auf Basis des Mindestbeitrags für freiwillig Versicherte Selbstständige vorzunehmen. Bei Aufnahme einer Beschäftigung nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze ließe sich eine Absicherung in der GKV aber gerade im sogenannten Übergangsbereich nach § 20 Absatz 2 SGB IV auch über eine Pflichtversicherung deutlich günstiger realisieren.

Zusätzlich empfiehlt die Kommission, die beitragsfreie Mitversicherung auch für Ehegatten, die bereits die Regelaltersgrenze erreicht haben, aufrecht zu erhalten, da für diese Personen die Aufnahme eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses schwierig sein dürfte

Geschätzte Finanzwirkung

Bei Verbeitragung auf Basis der Mindestbemessung für freiwillig Versicherte werden für das Jahr 2027 Mehreinnahmen in Höhe von maximal rund 5 Mrd. € erwartet, die bis 2030 aufgrund der erwarteten abnehmenden Anzahl der beitragsfrei versicherten Ehegatten und ihnen gleichgestellten Lebenspartnern mit Kindern unter sechs Jahren auf rund 4,5 Mrd. € absinken. Die Berechnung des Finanzeffekts nimmt auf Basis von Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2018 und der KM 1 Statistik an, dass es im Jahr 2027 etwa 1,77 Millionen beitragsfrei versicherte Ehegatten ohne Kinder unter 6 Jahren geben wird, für die jeweils ein Beitrag nach der Mindestbemessung von etwa 240 €/Monat fällig würde. Würde außerdem die Mitversicherung für Ehegatten im Rentenalter bestehen bleiben, würden - bei knapp 200.000 mitversicherten Ehegatten über der Regelaltersgrenze - die Mehreinnahmen für die GKV in 2027 um etwa 600 Millionen € geringer ausfallen.

Die Berechnung berücksichtigt keine einnahmensteigernden Effekte durch den verstärkten Anreiz zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Sie berücksichtigt jedoch auch nicht, dass unter den derzeit beitragsfrei versicherten Ehegatten ein Teil einer geringfügigen Beschäftigung nachgeht, für die der Arbeitgeber einen GKV-Beitrag leistet. Gerade für diese Personen könnte ein Wechsel in eine Beschäftigung nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V kurz oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze im Übergangsbereich möglich sein und zu einer Pflichtversicherung in der GKV ohne deutliche Mehreinnahmen für die GKV führen (Breyer 2025). In den Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2018 hatten gut 35% der beitragsfrei versicherten Ehegatten Nebeneinkünfte, zum Beispiel aus einer geringfügigen Beschäftigung oder aus Mieteinkünften. Angenommen, die Hälfte dieser Personen könnten aufgrund der Abschaffung der beitragsfreien Ehegattenversicherung von einer geringfügigen auf eine Beschäftigung kurz oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze wechseln, würde der Finanzeffekt in 2027 um geschätzt etwa 0,9 Mrd. € geringer ausfallen. Sofern weitere derzeit beitragsfrei versicherte Ehegatten ebenfalls eine Beschäftigung nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V nur kurz oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze aufnehmen, würde die Finanzwirkung weiter abgeschwächt. Für 2026 ergäbe sich beispielsweise für ein Einkommen von 604 € statt eines Mindestbeitrags von 230 € ein GKV-Gesamtbeitrag von etwa 70 €. Zusätzlich würden aber aufgrund dieser Beschäftigungsverhältnisse auch Beiträge in den anderen Zweigen der Sozialversicherung gezahlt sowie - je nach individuellen Verhältnissen - zusätzliche Steuereinnahmen entstehen.

Damit ergibt sich bei Abschaffung der beitragsfreien Versicherung von Ehegatten ohne Kinder unter 6 und bei Ausnahme der Ehegatten über der Regelaltersgrenze ein Effekt von 4,4 Mrd. €. Bei Berücksichtigung möglicher Minderungen des Finanzeffekts durch Aufnahme von

Beschäftigungsverhältnissen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V nur kurz oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze wäre der Gesamteffekt 3,5 Mrd. €.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die erforderliche gesetzliche Änderung des § 10 SGB V ist kurzfristig umsetzbar. Die Krankenkassen verfügen bereits heute über Verfahren zur Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung. Die Berücksichtigung des Alters von im Haushalt lebenden Kindern würde daher keinen grundsätzlich neuen Prüfmechanismus erfordern. Bei einer gesetzlichen Umsetzung könnte die Regelung mit einem angemessenen Übergangszeitraum eingeführt werden, um betroffenen Haushalten ausreichend Zeit zur Anpassung ihrer Versicherungs- und Erwerbssituation zu geben.

Auswirkungen auf die Versorgung

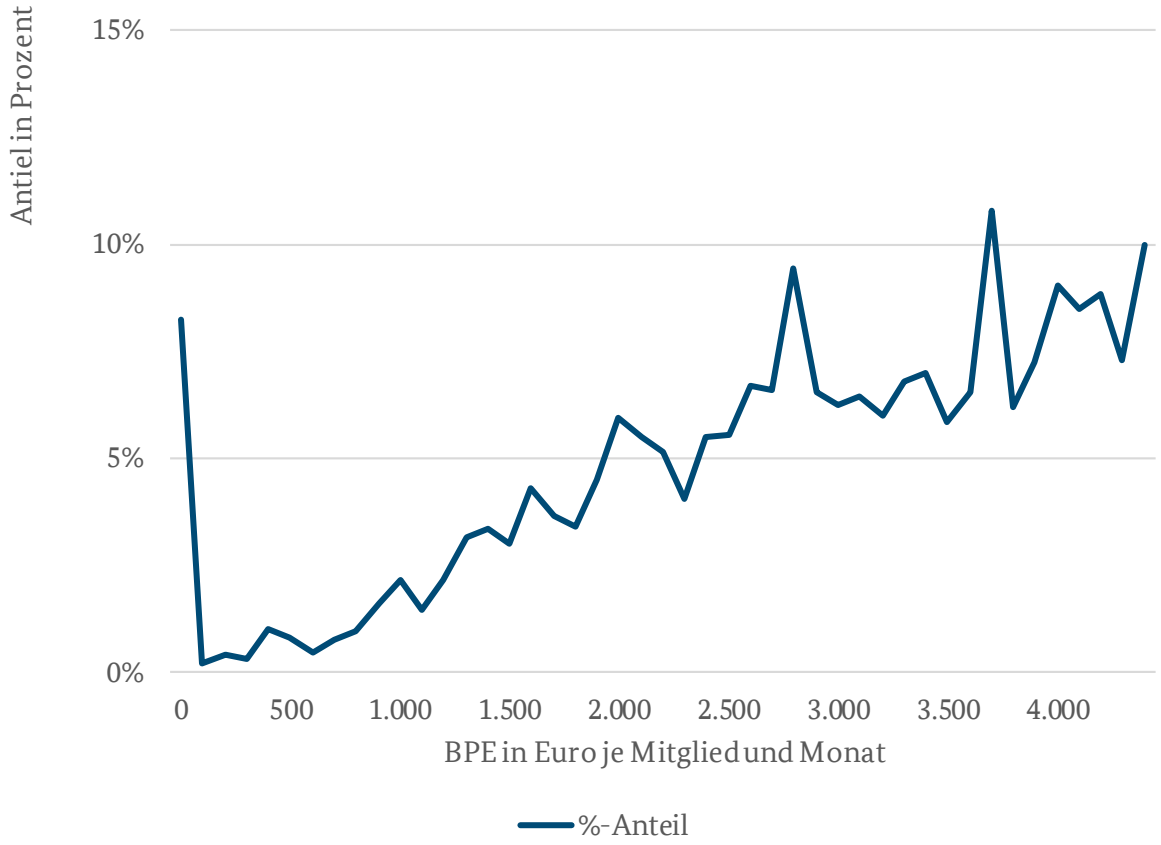
Die Maßnahme hätte keine unmittelbaren Auswirkungen auf den Zugang zur medizinischen Versorgung oder auf die Qualität der Versorgung. Auch künftig würden alle betroffenen Personen entweder über eine eigene Mitgliedschaft in der GKV oder über andere Versicherungsformen abgesichert sein. Die Reformempfehlung betrifft ausschließlich die Finanzierungsstruktur innerhalb der GKV und nicht den Leistungsumfang der Versorgung.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Maßnahme würde zu zusätzlichen finanziellen Belastungen für die betroffenen Haushalte führen, in denen bislang ein Ehegatte beziehungsweise ihnen gleichgestellter Lebenspartner beitragsfrei familienversichert ist und keine Kinder unter sechs Jahren betreut werden. Für diese steigt die Beitragsbelastung. Die Beitragsgemeinschaft der GKV würde dagegen durch die Mehreinnahmen entlastet.

Auswertungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe von 2018 zeigen, dass die Mitglieder mit beitragsfreien Ehegatten und Kindern unter sechs Jahren im Durchschnitt über vergleichsweise hohe beitragspflichtige Einnahmen verfügen. So liegt der Median der beitragspflichtigen Einnahmen bei Mitgliedern mit beitragsfrei mitversicherten Ehegatten und ohne Kinder unter sechs Jahren bei rund 2876 € und damit deutlich über dem Median der Mitglieder ohne mitversicherten Ehegatten von etwa 1824 €. Hierzu korrespondierend zeigt Abbildung 7.2.1.1 dass der Anteil der Mitglieder mit beitragsfrei mitversicherten Ehegatten und ohne Kinder unter sechs Jahren mit steigender Einkommensklasse zunimmt. Die Empfehlung betrifft damit tendenziell Haushalte mit höherem Einkommen.

Abbildung 7.2.1.1: Anteil der Mitglieder mit beitragsfreien Ehegatten ohne Kinder < 6 Jahre auf Basis der EVS 2018



Quelle: EVS 2018

Gerade für Haushalte mit höheren Einkommen könnte - aufgrund einer freiwilligen Versicherung in der GKV - die Möglichkeit des Wechsels in die PKV bestehen, so dass dann nicht nur kein zusätzlicher Beitrag für die Ehegatten gezahlt würde, sondern auch der im Zweifel positive Deckungsbeitrag des freiwillig versicherten Mitglieds verloren ginge (vergleiche Abschnitt 7.2.2). Da allerdings in diesem Fall eine Vollversicherung ohne Arbeitgeberzuschuss in der PKV für den Ehegatten abgeschlossen werden müsste, wäre die Versicherung in der PKV deutlich teurer als der in der GKV zu zahlende Mindestbeitrag. Eine private Krankenversicherung kostete im Mittel im Jahr 2025 623 € im Monat; bei einer Preissteigerung von 13% in 2026 ergibt sich ein Beitrag von knapp 704 €. Die Preise bei Abschluss neuer Verträge richten sich nach Alter und Gesundheitszustand und liegen für leistungsstarke Tarife und 35-jährige gesunde Arbeitnehmer bei im Mittel 460 € (Arbeitnehmeranteil) und für gesunde Selbständige im gleichen Alter bei 912 € (Weber & Rieder 2026). Demgegenüber steht der GKV-Beitrag in Höhe von 1.017,19 €, den Mitglieder (und ihre Arbeitgeber) mit beitragspflichtigen Einnahmen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bei einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 2,9% finanzieren müssen, wobei der Arbeitnehmeranteil ca. 508,60 € beträgt. Ohne beitragsfreie Ehegattenversicherung läge der Arbeitnehmeranteil des GKV-Beitrags für ein Ehepaar im Jahr 2026 um den Mindestbeitrag höher, bei etwa 738,60 €. Eine Versicherung in der PKV dagegen würde das Ehepaar bei Berücksichtigung des hälftigen Arbeitgeberzuschusses für den Arbeitnehmer

bei Ansatz des Durchschnittswerts etwa 1.056 € beziehungsweise bei Annahme der Wahl eines leistungsstarken Tarifs 1.372 € kosten. Auch wenn man den Gesamtbeitrag für die Krankenversicherung betrachtet, wäre die Versicherung in der GKV mit 1.247,19 € günstiger als der durchschnittliche PKV-Beitrag in Höhe von 1.408 € beziehungsweise der gemeinsame Beitrag für leistungsstarke Tarife 1.832 €. Sofern zusätzlich zum Ehegatten auch Kinder über das Mitglied in der GKV versichert sind, würde die private Krankenversicherung noch teurer, da jeweils eigene Versicherungspolicen abgeschlossen werden müssten. Eine starke Wechselbewegung in die PKV aufgrund der Abschaffung der beitragsfreien Ehegattenversicherung scheint damit unwahrscheinlich.

Verteilungswirkungen ergeben sich zudem zwischen Haushalten mit unterschiedlichen Erwerbsmodellen. Haushalte mit zwei eigenständig versicherten Erwerbstätigen wären von der Reform nicht direkt betroffen beziehungsweise würden durch Stabilisierung der Zusatzbeiträge entlastet, während Haushalte mit Einverdienerstruktur stärker belastet würden.

Positive Nebeneffekte sind dahingehend zu erwarten, dass Anreize zur Aufnahme oder Ausweitung einer eigenständigen sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit gesetzt werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des steigenden Fachkräftebedarfs auch aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive von Bedeutung. Dies stärkt die Ausschöpfung des Erwerbspersonenpotenzials und damit gleichzeitig die Einnahmenbasis der GKV.

Mit Blick auf diejenigen Ehegatten ohne Kinder unter sechs Jahren, die Angehörige pflegen, ist zunächst festzustellen, dass eine bestehende Mitgliedschaft als Versicherungspflichtiger nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 SGB V für die Dauer des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 SGB V (maximal 10 Tage) erhalten bleibt. Zur sozialen Absicherung der Personen, die Angehörige pflegen und aufgrund der Pflegetätigkeit nicht mehr als einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen können, sollte eine entsprechende Ergänzung in § 44 SGB XI vorgenommen werden.

7.2.2 Mögliche Auswirkungen einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Hintergrund/Handlungsbedarf

Eine Anhebung der in § 223 Absatz 3 SGB V normierten Beitragsbemessungsgrenze (BBG) ist eine Möglichkeit, die Einnahmen der GKV zu erhöhen. Die Berechnung der Beitragsbemessungsgrenze orientiert sich an der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 SGB V, die sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis ändert, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Absatz 2 Satz 1 SGB VI) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Die Beitragsbemessungsgrenze wird also jährlich dynamisch auf Basis der Entwicklung der Bruttolöhne je Arbeitnehmer im Vergleich zum Vorjahr angepasst. Durch die Beitragsbemessungsgrenze wird das beitragspflichtige Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze nicht bei der Bemessung des GKV-Beitrags berücksichtigt, sodass Versicherte mit beitragspflichtigen Einnahmen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze einen - gemessen an ihrer Leistungsfähigkeit - geringeren GKV-Beitrag zahlen.

Die Entscheidung über eine - über die Anpassung an die Entwicklung der Bruttolöhne hinausgehende - zusätzliche Erhöhung der BBG muss hinsichtlich zahlreicher Aspekte durchdacht werden, die in der Kommission diskutiert wurden und als Entscheidungsgrundlage für weitere Diskussionen zur Verfügung gestellt werden. Insbesondere ist der Finanzeffekt einer Erhöhung von hoher Unsicherheit geprägt. Aber auch mögliche Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft lassen sich nicht eindeutig vorhersagen. Um dieser Unsicherheit Rechnung zu tragen, hat die Kommission die möglichen Mehreinnahmen durch die Anhebung der BBG für unterschiedliche Szenarien berechnet (siehe Abbildung 7.2.2.1), die im Folgenden beschrieben werden. Hierbei wurden die Finanzeffekte der Anhebung der BBG auf die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6 SGB V geschätzt.

Berücksichtigte Determinanten des Finanzeffekts

Wechsel in den PKV

Der Finanzeffekt einer BBG-Anhebung hängt wesentlich davon ab, ob und in welchem Ausmaß die Anhebung der BBG freiwillig in der GKV Versicherte zu einem Wechsel in die PKV bewegt und der GKV damit dauerhaft Beitragseinnahmen verloren gehen. Die in der Vergangenheit beobachtete Abwanderung in die PKV ist in diesem Zusammenhang wahrscheinlich nicht geeignet, um die Wechselaktivität in Folge der BBG-Anhebung abzuschätzen, da es sich selbst bei der Anhebung der BBG auf die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6 SGB V um eine bislang in dieser Größenordnung nicht beobachtete Erhöhung der BBG handelt. Um die finanzielle Auswirkung der Abwanderung abschätzen zu können, stellt Abbildung 7.2.2.1 daher die Netto-Mehreinnahmen der GKV in Folge der BBG-Anhebung für unterschiedliche Ausmaße der Abwanderung dar: vom Effekt ohne zusätzliche Wechsler in 100.000-Schritten bis hin zu 1 Million Versicherten, die aufgrund der BBG-Anhebung netto mehr von der GKV in die PKV wechseln als umgekehrt.

Deckungsbeitrag

Neben Unsicherheit hinsichtlich der Nettowechsel-Aktivität an sich besteht auch Unsicherheit hinsichtlich der Einnahmen und Ausgaben der Wechsler, die nicht mehr durch die GKV zu zahlen sind und zur Ermittlung des Gesamteffekts gegengerechnet werden müssen. Zur Abschätzung der Einnahmen wurden aktuelle und detaillierte Informationen zur Einkommensverteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Bundesagentur für Arbeit zur Hochrechnung genutzt. Die Ausgaben hängen von der Anzahl der mitversicherten Familienmitglieder der Wechsler sowie von den Risikoprofilen der Wechsler und der mitversicherten Familienmitglieder ab. Die Risikoprofile unterscheiden sich nach Alter und Geschlecht der Versicherten. Für die Berechnung des Finanzeffekts der BBG-Anhebung nimmt die Kommission an, dass die Wechsler ein mittleres Risikoprofil, d.h. Gesundheitsausgaben von 40-jährigen haben, wobei zusätzlich berücksichtigt wird, dass der Anteil der Männer unter den Wechslern höher ist als der der Frauen. Hier wird ein Verhältnis von ⅔ Männern und ⅓ Frauen angenommen (Bundesamt für Soziale Sicherung 2026)

Mitversicherte Familienmitglieder

Hinsichtlich der mitversicherten Familienmitglieder berücksichtigt die Kommission zwei unterschiedliche Szenarien: In einem Best-Case-Szenario wird angenommen, dass die Wechsler eine dem Durchschnitt der in der GKV versicherten Arbeitnehmer und Selbständigen entsprechende Anzahl mitversicherter Familienmitglieder von (knapp) einem weiteren mitversicherten Familienmitglied haben. Für diese wird wiederum vereinfacht angenommen, dass die Leistungsausgaben denen des versicherten Mitglieds entsprechen. Realistischer ist allerdings, dass die Wechsler weniger mitversicherte Familienmitglieder haben als der Durchschnitt, da für die Familienmitglieder in der PKV jeweils eigene Versicherungen abgeschlossen werden müssten und der Wechsel in die PKV entsprechend weniger attraktiv ist (vgl. zum Beispiel Bünnings & Tauchmann 2015). Ein zweites Szenario stellt daher die Mehreinnahmen durch die BBG-Anhebung unter der Annahme von 0,5 mitversicherten Familienmitgliedern je Wechsler dar.

Lohnüberwälzung

Eine weitere relevante Unsicherheit besteht hinsichtlich der Frage der Traglast der gestiegenen GKV-Beiträge. Empirische Studien wie zum Beispiel von zeigen, dass höhere Lohnnebenkosten mindestens teilweise oder vollständig durch geringere Lohnerhöhungen in den Folgejahren auf die Arbeitnehmer überwälzt werden. In Anbetracht der steigenden Bedeutung der Einnahmen je Kopf (siehe Kap. Analyse der Herausforderung) würde sich dies dämpfend auf die durch die BBG-Erhöhung zu erwartenden Steigerungen der GKV-Einnahmen auswirken. Kim et al. 2022 analysieren, inwiefern die Überwälzung von Faktoren wie Tarifbindung, Arbeitsmarktlage und Verhandlungsmacht der Beschäftigten abhängt. Die Ergebnisse dieser Meta-Studie zeigen, dass die Überwälzung höher ist, je weniger der Lohn durch kollektive Tarifverhandlungen bestimmt wird. Da anzunehmen ist, dass viele Arbeitnehmer oberhalb der BBG übertariflich entlohnt werden, ist eher von einer hohen Lohnüberwälzungsrate auszugehen. Kim et al. 2022 schätzen diese auf Basis internationaler Literatur

auf 84% bei individuellen Lohnverhandlungen. Das dritte berechnete Szenario berücksichtigt auch diese mögliche Lohnüberwälzung. Es wird dabei eine Überwälzung von 100% angenommen. Die Annahme einer 100%-Überwälzung ist damit zu begründen, dass zusätzlich zu der zu erwartenden Überwälzung die gestiegenen Lohnnebenkosten für Beschäftigung im Gesundheitssystem (18% der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung) wahrscheinlich zu großen Teilen direkt an die GKV weitergegeben würden und daher zu höheren Kosten führen und den Finanzeffekt der BBG-Anhebung mindern würden.

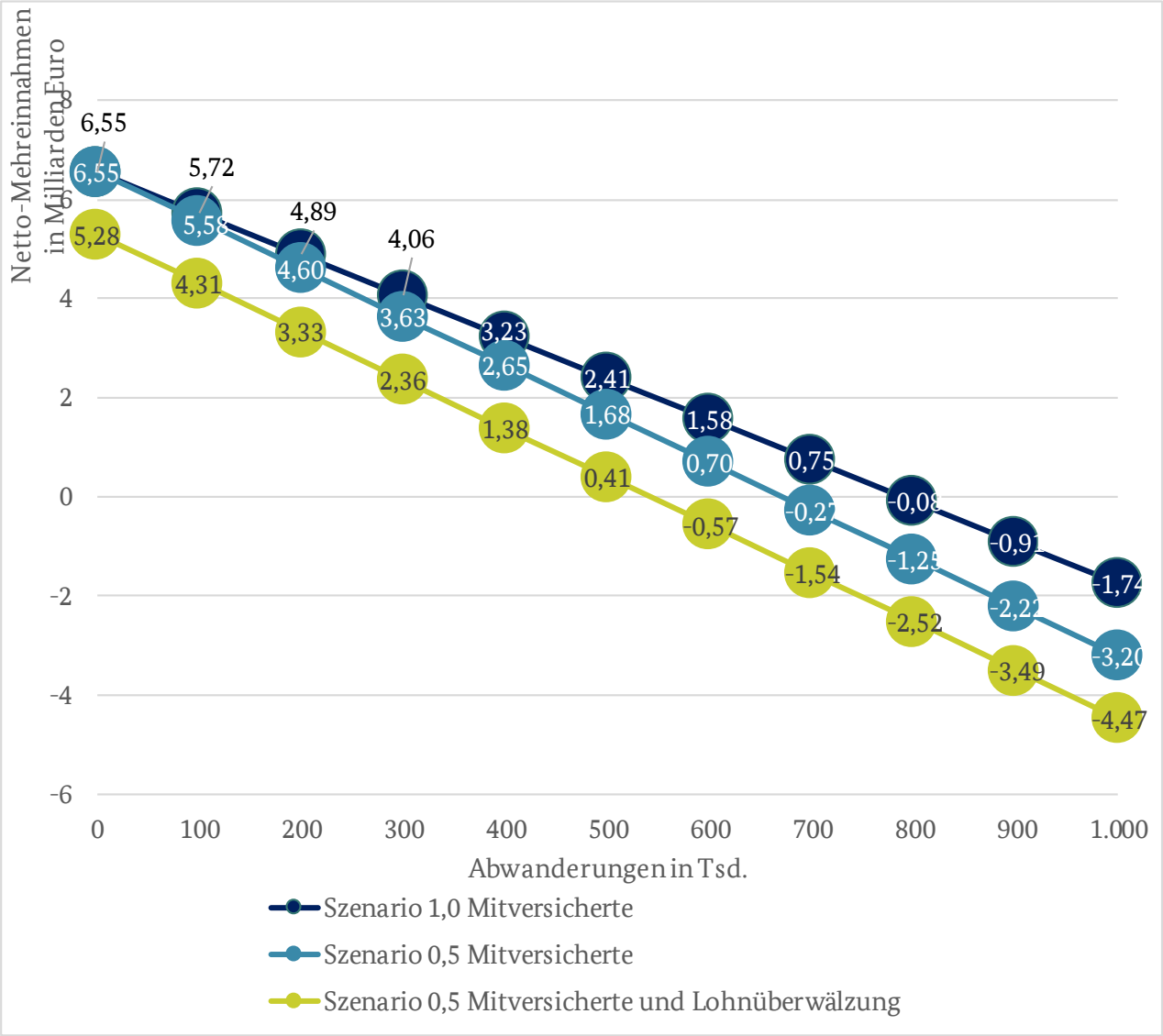
Bei der Berechnung der Reduktion der Mehreinnahmen durch die Lohnüberwälzung wird zusätzlich berücksichtigt, dass sich die Lohnüberwälzung nur bei denjenigen Versicherten auf die GKV-Beiträge auswirkt, deren Einkommen zwischen der BBG ohne und mit Anhebung liegt. Für Versicherte mit höherem Einkommen wird ohnehin nur das Einkommen bis zur BBG für die Bemessung des GKV-Beitrags herangezogen, so dass für diese Versicherten zwar eine Lohnüberwälzung stattfindet, diese aber die Einnahmen der GKV nicht reduziert.

Weitere Faktoren

Bei der Entscheidung über die Anhebung der BBG sind außerdem weitere Faktoren zu berücksichtigen, die über den direkten Effekt auf die GKV-Finanzen hinausgehen. Insbesondere wenn die Lohnüberwälzung nicht 100% beträgt oder erst zeitverzögert eintritt, würde die Anhebung der BBG mit einer Belastung der Arbeitgeber einhergehen. Diese wäre in Zeiten wirtschaftlicher Herausforderungen in ihren negativen Folgen abzuwägen. Auch wäre die Anhebung der BBG mit einer Minderung von Steuereinnahmen verbunden, die zusätzlich zu der von der Kommission vorgeschlagenen Erhöhung des Bundeszuschusses die öffentlichen Kassen belasten würde. Zudem käme es wahrscheinlich bei hoher Abwanderung in die PKV zu einer Verschiebung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung von der GKV zur PKV, die aufgrund höherer Verwaltungsaufwände in der PKV möglicherweise zur Stärkung der Beschäftigung beitragen könnte.

Geschätzte Finanzwirkungen

Abbildung 7.2.2.1: Netto-Mehreinnahmen nach Szenario für Anzahl abwandernder Mitglieder, Anzahl mitversicherter Familienangehöriger und Lohnüberwälzung für 2027



Quelle: eigene Berechnung anhand von KM1 Daten.

Wie in Abbildung 7.2.2.1 deutlich wird, wäre die Finanzwirkung der BBG-Anhebung in einem Szenario mit einem mitversicherten Familienmitglied und 200 Tsd. Abwanderungen netto in die PKV in 2027 4,89 Mrd. €, entsprechende Zahlen für die folgenden Jahre wären in 2028 4,98 Mrd. €, in 2029 5,11 Mrd. € und in 2030 5,3 Mrd. €. Geht man davon aus, dass die Wechsler im Durchschnitt nur die Hälfte an Mitversicherten haben, reduzieren sich die Finanzwirkungen auf 4, 6 Mrd. € in 2027 und für die folgenden Jahre in 2028 4,67 Mrd. €, 2029 4,79 Mrd. € und in 2030 4,96 Mrd. €. Wird zusätzlich noch berücksichtigt, dass die Arbeitgeber ihre Beiträge wahrscheinlich auf die Löhne überwälzen können, reduziert sich die Finanzwirkung entsprechend weiter, auf 3,33 Mrd. € bei 200 Tsd. Wechslern in 2027.

Unter Berücksichtigung der Lohnüberwälzung würde ab etwa 550.000 Wechslern in 2027 der Finanzeffekt negativ. Diese Größenordnung an Abwanderung ist vor den in den letzten Jahren beobachten Zahlen an netto Wechseln in die PKV mit ca. 81.000 in 2024 und einer geschätzten Zahl von 102.000 in 2025 hoch, so dass ein positiver Finanzeffekt wahrscheinlich ist. Es ist jedoch zu bedenken, dass sich die Effekte einer Erhöhung der BBG und die damit steigende Attraktivität der PKV auch in den Folgejahren auswirken und dass in die PKV wechselnde Versicherte (mit in der Regel vergleichsweise weniger Mitversicherten und durchschnittlich geringeren Versorgungskosten) für die Solidargemeinschaft der GKV dauerhaft "verloren" sind.

In Anbetracht der vorgetragenen Punkte und der beschriebenen Unsicherheit insbesondere mit Blick auf die Finanzwirkung spricht die Kommission hier keine Empfehlung aus.

Ergänzende oder alternative Maßnahme: 3-Jahre Wartezeit beim Erreichen der JAEG

Diskutiert wurde in der Kommission auch der Vorschlag, die Ausgestaltung der Versicherungspflichtgrenze nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V dahingehend zu abzuändern, dass das regelmäßiges Arbeitsentgelt eines Beschäftigten nicht nur – wie aktuell - am Jahresende in einem Jahr über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen muss, sondern in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren. Zur Umsetzung dieser Maßnahme wäre eine Neufassung des § 6 Absatz 4 Satz 1 SGB V im Sinne des GKV-WSG erforderlich: „Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des dritten Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird."

Eine solche Regelung bestand bereits aufgrund des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz **(GKV-WSG)** seit 2. Februar 2007. Die Neuregelung zielte bereits damals darauf, auch gutverdienende Angestellte für mindestens drei Jahre an die gesetzliche Krankenversicherung zu binden, um hierdurch die Finanzgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken (Deutscher Bundestag, *Bt-Drs*. 16/3100, 2006). Dennoch wurde diese Regelung durch das **GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)** wieder rückgängig gemacht mit Wirkung zum 31.10.2010. Die wesentlichen Argumente (s. insb. die Gesetzesbegründung BT-Drucks. 17/340) sowie die Plenarprotokolle 17/63 und 17/71) im Gesetzgebungsverfahren waren:

Abbau von Wechselhürden: Die Dreijahresfrist wurde als unverhältnismäßig lange Wartezeit angesehen, die den Zugang zur privaten Krankenversicherung (PKV) unangemessen erschwerte. Arbeitnehmer sollten früher und flexibler entscheiden können, in welchem System (GKV oder PKV) sie versichert sein möchten, sobald ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit dies zulässt.

Insb. **Wettbewerb zwischen den Systemen**: Durch die Erleichterung des Wechsels sollte der Wettbewerb um Versicherte zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung intensiviert werden, was nach Ansicht der damaligen Koalition (CDU/CSU und FDP) die Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen fördern sollte.

Reaktion auf Verfassungsbedenken: Es gab zudem Diskussionen darüber, ob die lange Bindungsfrist die durch das Grundgesetz geschützte Berufsfreiheit und das Recht auf freie Wahl des Sicherungssystems zu stark einschränkte.

Einer solchen Neuregelung stünden die Vorgaben des Grundgesetzes jedoch nicht entgegen. In seiner Entscheidung vom 10. Juni 2009 – 1 BvR 708/08 unter anderem - hat das BVerfG eine entsprechende Gesetzesregelung gebilligt, wenn auch nur im Stimmenverhältnis 5:3. Un umstritten war sie also auch nicht unter den Richtern des Bundesverfassungsgerichts; das Gericht hat sie jedoch für verfassungsgemäß erklärt. Juristisch besteht unverändert der Einwand, dass eine Erklärung dafür fehlt, warum Personen, deren Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze für die nächsten Jahre überschreiten werde, erst nach drei Jahren die soziale Schutzbedürftigkeit als legitimierenden Anknüpfungspunkt für die Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung verlieren würden. Der Gesetzgeber würde auch Personen der Versicherungspflicht unterwerfen, die - wie etwa nicht wenige akademische Berufsanfänger - niemals zuvor gesetzlich versichert gewesen sind und somit auch nie die Solidarität der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen haben. Allerdings lässt sich ein solches Vorgehen auch mit den zu erwartenden Mehreinnahmen für die GKV rechtfertigen; das hat das BVerfG schon in der genannten Entscheidung aus dem Jahr 2009 betont (Rn. 228: Die Neuregelung zielt darauf, auch gut verdienende Angestellte für mindestens drei Jahre an die gesetzliche Krankenversicherung zu binden, um hierdurch die Finanzgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken"). Und die Entscheidung des BVerfG, Beschluss vom 7. Mai 2025 – 1 BvR 1507/23 – betont erneut die staatliche Verantwortung für die finanzielle Stabilität der GKV. Das bedeutet eine Handlungsfreiheit nicht nur mit Blick auf die Leistungserbringer, sondern auch mit Blick auf die Versicherten.

Neben diesen – in der Kommission umstrittenen - juristischen Bedenken wurden auch inhaltliche Einwände diskutiert:

Die Drei-Jahresregel würde zu Mehrkosten für die Unternehmensseite führen und damit die Summe der Lohnzusatzkosten erhöhen. Wechselt der GKV-Versicherte in die PKV, hat er Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss höchstens in der Höhe des maximalen GKV-Beitrags, jedoch begrenzt auf seinen halben PKV-Beitrag. Wer wegen Überschreiten der Pflichtversicherungsgrenze wechselt, der vermindert nahezu durchgehend die Kosten seiner Krankenversicherung, und an dieser Minderung partizipiert der Arbeitgeber zur Hälfte. Wird der Wechsel verhindert, wird die Ersparnis verhindert. Die Belastung der Arbeitgeber würde allerdings durch die bereits oben im Zusammenhang mit der Anhebung der BBG diskutierte wahrscheinliche Überwälzung der Arbeitgeberbeiträge auf die Löhne beschränkt. Für die freiwillig versicherten Arbeitnehmer würde zudem durch die Lohnüberwälzung kein mindernder Effekt auf die GKV-Beiträge entstehen, weil die Entgelte oberhalb der BBG ohnehin nicht verbeitragt werden.

Auch ohne Drei-Jahres-Regel ist der GKV/PKV-Angestellten-Wechsel seit Jahren rückläufig gemessen am Gesamtvolumen der PKV-Versicherten. Der Anteil der PKV-Neuzugänge an den

Personen im Angestellten-Wechselalter (30-39 Jahre) ist seit Abschaffung der 3-Jahres-Regel (2011) von 29,0 % auf 16,8 % (2023) gesunken. Auch ohne 3-Jahres-Regel steigt die Zahl freiwillig in der GKV Versicherter kontinuierlich an, zwischen 2011 bis 2025 von 2,2 Mio. auf 3,2 Mio. (+47%). Vor diesem Hintergrund wäre die Einführung der Drei-Jahres-Regel eventuell nicht unbedingt nötig, würde allerdings auch für weniger Versicherte eine Bindungswirkung entfalten (vgl. Jahresberichte PKV-Verband).

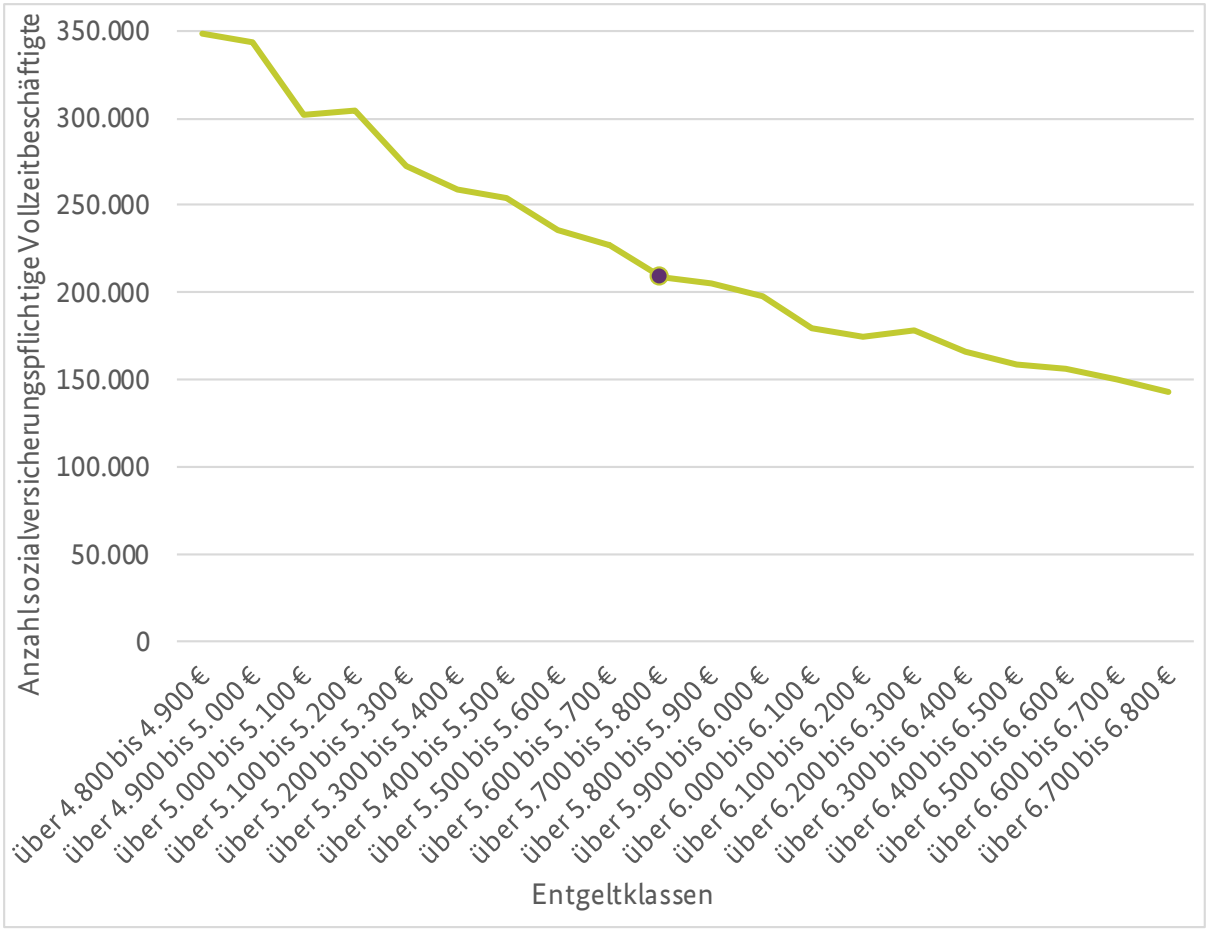
Schon heute liegt das durchschnittliche Wechselalter von Angestellten bei über 32 Jahren (2024). Im Jahr 2019 waren es 31 Jahre. Die 3-Jahres-Regel erhöht das mögliche PKV-Eintrittsalter, was höhere Einstiegsbeiträge zur Folge hätte. Im Zusammenwirken mit der beitragsfreien Familienversicherung (ggf. künftig beschränkt auf Kinder) in der GKV könnte dadurch der **GKV/PKV-Wettbewerb deutlich beeinträchtigt werden.** Durch die spätere Wechselmöglichkeit würde der Wechsel unattraktiver: Wenn angestellte Versicherte aufgrund der geforderten dreijährigen Wartezeit mit einem relativ höheren Alter in die PKV wechseln, drohen hohe Beiträge im Alter aufgrund der späteren Bildung von Alterungsrückstellungen. Ein Wechsel könnte daher ganz unterbleiben.

Geschätzte Finanzwirkungen

Das **Ausmaß der finanziellen Entlastung wäre zudem wohl unsicher** und in der Summe gemessen am Gesamtvolumen erforderlicher Einsparungen und Entlastungen eher überschaubar: Dem liegen die Annahmen von jährlich zwischen 10 und 20 Tsd. vermiedenen Wechseln von der GKV zur PKV sowie ein Deckungsbeitrag je Wechsler zwischen 6.700 € (2027) und 6.900 € (2030) zugrunde. Zwei Jahre Vermeidung x 15 Tsd. Personen x 6.700 € ergibt für 2027 einen Finanzeffekt von ca. 200 Mio. €.

Die jährlich angenommenen 10 bis 20 Tsd. vermiedenen Wechsler würden ca. 10% aller jährlichen Bruttoabgänge von der GKV in die PKV (inkl. Verbeamtungen) entsprechen. Aus den der FKG vorliegenden Einkommensverteilungen der BA lassen sich für die letzten Jahre keine klaren Brüche nach der JAEG belegen, wie im Folgenden exemplarisch für 2024 (JAEG: 5.775 €) zu erkennen:

Abbildung 7.2.2.2: Einkommensverteilung Arbeitnehmer in Deutschland



Quelle: Bundesagentur für Arbeit.

In Anbetracht der vorgetragenen Punkte und den Unsicherheiten, spricht die Kommission hier ebenfalls keine Empfehlung aus.

7.2.3 Reformempfehlung Nr. 61: Anpassung des Beitragssatzes für gewerbliche Arbeitgeber geringfügig Beschäftigter

Hintergrund	Der Arbeitgeberbeitrag für Minijobber nach § 8 Absatz 1 Nr. 1 SGB IV gemäß § 249b SGB V in Höhe von 13 % ist seit 2006 nicht mehr an den aktuellen Beitragssatz angepasst worden.
Reformempfehlung	Erhöhung des Beitragssatzes von pauschal 13 % auf die Höhe des ermäßigten Beitragssatzes zuzüglich des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V bei gewerblicher Beschäftigung
Finanzwirkung	Rund 1,3 Mrd. €
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Für Arbeitnehmer mit geringfügiger, nicht sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung im Gewerbe, den sogenannten Minijobs nach § 8 Absatz 1 Nr. 1 SGB IV trägt der gewerbliche Arbeitgeber gemäß § 249b SGB V die pauschalen Beiträge zur GKV aus dieser Beschäftigung in Höhe von 13 %. Für Minijobs im Haushalt (§ 8a SGB IV) gilt ein abweichender pauschaler Beitrag in Höhe von 5 %. Für kurzfristig Beschäftigte, die nicht länger als drei Monate oder insgesamt 70 Arbeitstage im Jahr arbeiten, sind keine Sozialversicherungsbeiträge zu leisten. Derzeit befinden sich etwa 7,6 Mio. Arbeitnehmende in einer geringfügigen Beschäftigung, von denen etwa 3,5 Mio. ausschließlich einer geringfügigen Tätigkeit nachgehen (Bundesagentur für Arbeit 2026). Zu der Personengruppe, die ausschließlich einer geringfügigen Tätigkeit nachgehen, gehören zum größten Teil Hausfrauen und Hausmänner, Rentner, Studenten und Arbeitslose (WSI 2024). Die Minijob-Grenze ist gekoppelt an den gesetzlichen Mindestlohn und beträgt in 2026 monatlich 603 €.

Im Jahr 2025 sind Beiträge für geringfügig Beschäftigte von rund 3,96 Mrd. € gezahlt worden. Bei einer Anzahl von etwa 7,6 Mio. geringfügig Beschäftigter und einem Beitragssatz von 13 % dürften die Durchschnittsverdienste je Minijobber rund 350 € betragen.

Die derzeitige Beitragshöhe für gewerbliche Minijobs gilt seit der letzten Anhebung durch das Haushaltsbegleitgesetz 2006 v. 29.6.2006 (BGBl. I, S. 1402). Die Regelung orientierte sich zu seiner Zeit an der damaligen Höhe des allgemeinen Beitragssatzes der GKV von 13,3 % beziehungsweise 14,2 % (zzgl. 0,9 % GKV-Sonderbeitrag) (Deutscher Bundesrat, *Br.-Drs.* 142/06, 2006; Sozialpolitik-aktuell 2026). Damit wurde die Beitragshöhe seit zwei Jahrzehnten nicht mehr an strukturelle Änderungen der GKV-Finanzierung angepasst, wie die Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 % (beziehungsweise des ermäßigten von 14,0 %) und liegt damit deutlich unter dem gegenwärtigen durchschnittlichen Beitragsniveau von 17,5 % (beziehungsweise 16,9 %).

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt, den Arbeitgeberbeitrag gemäß § 249b SGB V für gewerbliche Arbeitgeber geringfügig Beschäftigter von derzeit pauschal 13 % auf die Höhe des ermäßigten Beitragssatzes zuzüglich des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V zu erhöhen. Dies entspricht aktuell 16,9 % und würde mit der Anpassung des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz dynamisiert.

Geschätzte Finanzwirkung

Durch die Anhebung des Beitragssatzes auf die Höhe des ermäßigten Beitragssatzes zuzüglich des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V werden auf dem aktuellen Niveau von 16,9 % Mehreinnahmen von jährlich rund 1,3 Mrd. € ab 2027 erwartet.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Anpassung betrifft lediglich die Höhe des pauschalen Beitragssatzes gemäß § 249b SGB V und erfordert keine grundlegenden institutionellen Umstrukturierungen. Arbeitgeber müssen allerdings eine angemessene Vorlaufzeit bekommen, um die Erhöhung des Beitrags betrieblich abzuwickeln, eine verspätete oder verminderte Finanzwirkung ist in 2027 dadurch jedoch nicht zu erwarten.

Auswirkungen auf die Versorgung

Die Empfehlung wirkt sich nicht auf die Versorgung der Versicherten aus.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Verteilungspolitisch ergeben sich Mehrbelastungen für gewerbliche Arbeitgeber. Diese müssten 3,9 % des Lohns des Beschäftigten zusätzlich zahlen, was eine monatliche Erhöhung je Beschäftigten von bis zu 23,52 € bedeutet. Die Abgaben für Minijobs steigen von derzeit 31,17 % auf 35,07 % an und entsprechen somit mehr als einem Drittel des Lohns. Da Arbeitnehmer für Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung keine Beiträge entrichten, werden diese nicht unmittelbar finanziell belastet.

Mit der Anhebung der Beiträge verringert sich die finanzielle Attraktivität geringfügiger Beschäftigung für gewerbliche Arbeitgeber. Die Nachfrage nach Beschäftigung von geringfügig Beschäftigten könnte zurückgehen. Gleichzeitig erhöhen sich die Anreize für Arbeitgeber, sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen oberhalb der Minijobgrenze auszuweiten, da oberhalb der Minijobgrenze ein steigender Beitragsanteil von den Arbeitnehmern getragen wird (paritätisch für Beschäftigte mit Einkünften oberhalb von 2.000 € pro Monat nach Maßgabe von § 20 SGB IV). Auf diese Weise würde zumindest ein Teil der zu erwartenden Minderung von Beschäftigungsverhältnissen ausgeglichen.

7.2.4 Reformempfehlung Nr. 62: Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden in der GKV

Hintergrund	Die aktuelle Finanzierung der GKV-Beiträge für Bürgergeldbeziehende führt zu einer Unterdeckung im GKV-System. Es besteht Reformbedarf jedenfalls mit Blick auf eine stärker an den realen Ausgaben orientierte Finanzierung.
Reformempfehlung	Die Bürgergeldbeziehenden (voraussichtlich ab Juli 2026 „Grundsicherungsgeldbeziehende“ - vgl. den vom Bundestag bereits beschlossenen Entwurf eines Dreizehnten Gesetzes zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze - BT-Drs. 21/3541) verbleiben auch zukünftig als versicherungspflichtige Mitglieder in der GKV; die vom Bund zu tragenden und zu zahlenden Beiträge werden aber künftig kostendeckend ausgestaltet.
Finanzwirkung	Ca. 12 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die Aufwendungen für Bürgergeld als staatliche Grundsicherung für Arbeitsuchende werden gemäß § 46 SGB II vom Bund getragen. Gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V sind Personen in der Zeit, für die sie Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 SGB II beziehen, grundsätzlich versicherungspflichtig in der GKV. Diese Pflichtversicherung führt zu einer Mitgliedschaft in der GKV (§ 186 Absatz 2a SGB V) und ermöglicht gegebenenfalls auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen gemäß § 10 SGB V.

Für Beziehende von Bürgergeld - künftig Grundsicherung - werden die Beiträge zur GKV aus Steuermitteln getragen. Auf der Grundlage von fiktiven beitragspflichtigen Einnahmen nach Maßgabe von § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (das 0,2155-fache der monatlichen Bezugsgröße) und einem reduzierten Beitragssatz gemäß § 246 SGB V i.V.m. § 243 SGB V trägt (§ 251 Absatz 4 Satz 1 2. Halbsatz SGB V) und zahlt (§ 252 Absatz 1 SGB V) der Bund die entsprechenden Beiträge.

Die erwerbsfähigen Leistungsberechtigten sind in der Regel zwischen 15 und 66 Jahre alt und haben ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland. Im Jahresdurchschnitt 2025 zählte die Bundesagentur für Arbeit ca. 3,9 Mio. erwerbsfähige Leistungsberechtigte. Die monatliche Beitragspauschale des Bundes, die sich aus den oben genannten Normen ergibt, beträgt pro Kopf im Jahr 2026 rund 144 €, inklusive des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 2,9 % (§ 242 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V). Diese Pauschale gilt für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen

Tag eine Mitgliedschaft besteht. Für mitversicherte Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren werden keine GKV-Beiträge gezahlt.

Obwohl die Kosten des Bürgergeldes vom Bund zu tragen sind, finanziert der Bund nur einen Teil der Gesundheitsausgaben für Bürgergeldbeziehende, während die verbleibenden Aufwendungen durch die GKV-Solidargemeinschaft finanziert werden und damit den Finanzbedarf für die GKV erhöhen. Ein vom GKV-Spitzenverband beauftragtes Forschungsgutachten des IGES-Instituts hat den Saldo aus Einnahmen, also Bürgergeld-Pauschale und weitere Einnahmen von sog. „Aufstockern" und Ausgaben von Bürgergeldbeziehenden, einschließlich ihrer beitragsfrei mitversicherten Kinder in der GKV bereits für das Jahr 2022 auf -9,2 Mrd. € beziffert und eine kostendeckende monatliche Beitragspauschale von ca. 311 € ermittelt (Albrecht & Ochmann 2025). Mittlerweile dürfte die Unterdeckung schätzungsweise rund 12 Mrd. € betragen, bei angenommener Ausgabenentwicklung analog der Gesamtversicherten.

Vor diesem Hintergrund stellt sich jenseits aller verfassungsrechtlichen Überlegungen die ordnungspolitische Grundsatzfrage, ob und in welchem Umfang die Gesundheitsausgaben für Bürgergeldbeziehende als gesamtgesellschaftliche Aufgabe steuerfinanziert werden müssen.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die derzeit rechtshängige Auseinandersetzung zur Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden hinzuweisen. Seit November 2025 haben 79 Krankenkassen, vertreten durch den GKV-Spitzenverband, vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen Klage gegen die im Herbst 2025 ergehenden Zuweisungsbescheide des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) aus dem Gesundheitsfonds für das Jahr 2026 erhoben. Hintergrund ist die Auffassung der gesetzlichen Krankenkassen, dass die vom Bund gezahlten Beitragspauschalen für Bürgergeldbeziehende die tatsächlichen durchschnittlichen Gesundheitsausgaben dieser Versichertengruppe nicht hinreichend abdecken. Die dadurch entstehende strukturelle Unterdeckung dürfe nicht von der beitragsfinanzierten Solidargemeinschaft der GKV getragen werden (GKV-Spitzenverband 2025b). Ob ein solcher Anspruch auf Ausgleich der Unterdeckung besteht, bleibt bis zur Entscheidung - möglicherweise des Bundesverfassungsgerichts - abzuwarten.

Reformempfehlung

Die Kommission empfiehlt, die Bürgergeldbeziehenden als Pflichtmitglieder in der GKV zu belassen und die vom Bund gezahlten Beiträge künftig kostendeckend auszugestalten. Die Finanzierungsverantwortung des Bundes für die Gesundheitsausgaben der Bürgergeldbeziehenden soll demgemäß vollständig umgesetzt werden. Hierfür sind die bisherigen Pauschalen deutlich zu erhöhen. Unter Berücksichtigung eines proportionalen Ausgabenanstiegs der Bürgergeldbeziehenden zur Gesamtheit der GKV-Versicherten liegt der kostendeckende Beitrag bei über 400 €. Die geschätzte Entlastungswirkung für die GKV würde damit schätzungsweise rund 12 Mrd. € pro Jahr betragen. Diese Empfehlung würde die Systemarchitektur der GKV unangetastet lassen und wäre aufwandsarm umzusetzen. Sie würde zudem die bestehende Solidarlogik fortführen, zugleich jedoch die Unterdeckung der Bürgergeldbeziehenden in der GKV beseitigen.

Die nachfolgenden Überlegungen werden der Diskussion halber ergänzend dargestellt:

Alternative: Abschaffung der Versicherungspflicht

Eine Option bestünde darin, die Mitgliedschaft der Bürgergeldbeziehenden in der GKV systematisch neu zu ordnen und die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V ersatzlos zu streichen. Bürgergeldbeziehende wären damit nicht länger Mitglieder in der GKV. Stattdessen könnte die gesundheitliche Versorgung für Bürgergeldbeziehende nach Maßgabe von § 264 SGB V (Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung) erfolgen. Die Krankenkassen würden verpflichtet, die Krankenbehandlung dieser Personengruppe durchzuführen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird. Dieses Modell wird zum Beispiel bei nicht in der GKV oder PKV versicherten Beziehenden von Sozialhilfe praktiziert.

Faktisch wären die Betroffenen damit gesetzlich Krankenversicherten im Leistungsumfang gleichgestellt, sie würden jedoch nicht mehr als GKV-Mitglieder geführt. Der Bund würde den Krankenkassen die tatsächlichen Gesundheitsausgaben dieser Personengruppe vollständig erstatten, ergänzt um eine Verwaltungskostenpauschale. Diese Lösung würde die Finanzierungsverantwortung eindeutig dem Bund zuweisen und die beitragsfinanzierte Solidargemeinschaft vollständig entlasten. Die geschätzte Entlastungswirkung für die GKV läge damit ebenfalls bei rund 12 Mrd. € jährlich.

Allerdings wäre eine solche Umstellung mit erheblichen administrativen Anpassungen verbunden und würde einen Systemeingriff in die bestehende Struktur der GKV darstellen. Insbesondere müssten Melde-, Abrechnungs-, und Zuständigkeitsstrukturen zwischen den Krankenkassen und Sozialleistungsträgern angepasst werden. Da der Bezug von Bürgergeldleistungen regelmäßig mit Veränderungen im Erwerbsstatus einhergeht, könnten zudem häufigere Statuswechsel zwischen GKV-Mitgliedschaft und einer außerhalb der Versicherungspflicht organisierten Leistungsgewährung entstehen. Dies dürfte zusätzliche Verwaltungs- und Abrechnungsprozesse erforderlich machen.

Weitere Option: Erhöhung der Beitragseinnahmen (aber ohne vollständige Kostentragung der Behandlungskosten durch den Bund) durch alternative Bemessungsgrundlage in Form eines Mindestbeitrags

Sofern keine vollständige Übernahme der Behandlungskosten der Bürgergeldbeziehenden durch den Bund angestrebt wird, kann eine alternative Bemessungsgrundlage in Erwägung gezogen werden. Denkbar wäre etwa die Orientierung am Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte oder an einem fiktiven Bruttoeinkommen in Höhe der durchschnittlichen Bedarfe beim Bürgergeld einschließlich Unterkunft und Heizung. Je nach Ausgestaltung könnten hieraus Mehreinnahmen von rund 3 Mrd. € und – bei weitergehender Herleitung – deutlich höheren Beträgen resultieren. Diese Variante würde rechnerisch eine stärkere Annäherung an reguläre Beitragsstrukturen ermöglichen und die Finanzierungslücke für Bürgergeldbeziehende zumindest reduzieren. Im Ergebnis käme es zwar weiterhin zu keiner vollständigen Kostentragung der Behandlungsausgaben für Bürgergeldbeziehende durch den Bund. Andererseits wäre die Finanzierung aber der Beitragszahlung von Mitgliedern mit niedrigem Lohneinkommen, die im Durchschnitt ebenfalls unterdeckt sind, nachempfunden.

Geschätzte Finanzwirkung

Die Finanzwirkung unterscheidet sich erheblich je nach gewählter Reformvariante. Bei einer vollständigen Kostenübernahme der Behandlungskosten durch den Bund würde die GKV um rund 12 Mrd. € jährlich entlastet. Mit einer alternativen, aber weiterhin nicht kostendeckenden Beitragsbemessung sind – je nach Ausgestaltung - Mehreinnahmen im Bereich von rund 3 Mrd. € verbunden. Alle Varianten führen zu Mehrausgaben für den Bundeshaushalt.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Anpassung der Beitragspauschalen innerhalb der bestehenden Mitgliedschaftsstruktur (Reformempfehlung) wäre rechtlich und administrativ problemlos kurzfristig umsetzbar. Hierfür wären gesetzliche Änderungen im Beitragsrecht erforderlich, die jedoch die Systemarchitektur der GKV unberührt ließen. Demgegenüber würde eine vollständige Herauslösung der Bürgergeldbeziehenden aus der beitragsrechtlichen Mitgliedschaft (Alternative) einen tieferen Systemeingriff darstellen. Neben rechtlichen Anpassungen wären umfangreiche organisatorische und abrechnungstechnische Änderungen erforderlich. Der Zeithorizont einer solchen Reform wäre dementsprechend deutlich länger. Alternative Bemessungsgrundlagen (weitere Option) wären dagegen grundsätzlich ebenso kurzfristig umsetzbar wie die Reformempfehlung.

Auswirkungen auf die Versorgung

Unmittelbare Auswirkungen auf den Leistungsanspruch oder die Qualität der Versorgung sind bei keiner der Varianten zu erwarten, da die medizinischen Leistungen nach dem SGB V unverändert bleiben. Eine Systemumstellung außerhalb der Mitgliedschaft würde in der Übergangsphase

organisatorische Anpassungen erfordern, dürfte jedoch – bei sorgfältiger Ausgestaltung – die Versorgungskontinuität nicht beeinträchtigen.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Eine stärkere oder vollständige Finanzierung der Krankheitskosten von Bürgergeldbeziehenden durch den Bund würde die Lastenverteilung von der beitragsfinanzierten Solidargemeinschaft hin zur Steuerfinanzierung verschieben. Dies hätte zwei wesentliche Effekte: Entlastung der beitragspflichtigen Mitglieder und ihrer Arbeitgeber und stärkere Beteiligung des Steueraufkommens an der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben.

7.2.5 Reformempfehlung Nr. 63: Dynamisierung des Bundeszuschusses

Hintergrund	Der Bundeszuschuss zur GKV ist seit 2017 auf 14,5 Mrd. € festgeschrieben. Die fehlende Dynamisierung führt zur Entwertung des Bundeszuschusses.
Reformempfehlung	Dynamisierung des Bundeszuschusses
Finanzwirkung	Ca. 0,5 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Der Bundeszuschuss zur GKV nach § 221 SGB V dient der pauschalen Abgeltung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, die die GKV als versicherungsfremde Leistungen erbringt. Hierzu zählen Aufgaben, die über den Auftrag der Krankenversicherung hinaus gehen und eher der Erfüllung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben dienen (zum Begriff ausführlich (Becker & Kingreen 2024a) Eine Legaldefinition des Begriffs existiert nicht; deshalb ist auch unklar, was konkret darunterfällt. Dementsprechend kontrovers wird auch diskutiert, in welchem Umfang der bestehende Bundeszuschuss diese versicherungsfremden Leistungen abdeckt.

Der Bundeszuschuss beträgt seit dem Jahr 2017 unverändert 14,5 Mrd. € jährlich (Bundesministerium für Gesundheit 2025g)und unterliegt keiner regelgebundenen Dynamisierung, obwohl davon ausgegangen werden kann, dass der finanzielle Umfang der versicherungsfremden Leistungen nicht konstant geblieben ist. Infolge des Ausgabenwachstums im Gesundheitswesen sowie struktureller Veränderungen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite der GKV verliert der Zuschuss über die Zeit real an Deckungswirkung. Der Anteil des Bundeszuschusses an den Einnahmen der GKV ist entsprechend im Zeitverlauf kontinuierlich gesunken (siehe Abschnitt Herausforderungen Einnahmenseite).

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der fehlenden Legaldefinition des Begriffs der versicherungsfremden Leistungen sowie des abnehmenden Finanzierungsanteils des Bundeszuschusses an den GKV-Einnahmen empfiehlt die Kommission, den bestehenden Bundeszuschuss zur GKV in Höhe von derzeit 14,5 Mrd. € grundsätzlich beizubehalten und ihn künftig einer regelhaften, werterhaltenden Fortschreibung in Form einer Dynamisierung zu unterwerfen. Als mögliche Referenzgröße für eine solche Dynamisierung kommt insbesondere die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV in Betracht.

Eine Koppelung an die beitragspflichtigen Einnahmen würde gewährleisten, dass sich der Bundeszuschuss im Zeitverlauf im Gleichschritt mit der lohn - und mitgliederabhängigen Einnahmenbasis der GKV entwickelt. Die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV entspricht weitgehend der Grundlohnrate. Allerdings wird die Grundlohnrate – als reine Preiskomponente – um die Veränderung der Mitgliederanzahl bereinigt. Für das Ziel einer werterhaltenden Fortschreibung des Bundeszuschusses ist jedoch die Veränderung der gesamten beitragspflichtigen Einnahmen zu berücksichtigen. Alternativ kommt auch eine Koppelung an die Entwicklung der Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen in Frage in Betracht, wenn diese in geeigneter Weise vorab definiert wären.

Die Dynamisierung des Bundeszuschusses in einem Jahr erfolgt anhand der Entwicklung der Referenzgröße des Vorvorjahres: Für das Jahr 2027 ist beispielsweise die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 2025 maßgeblich, die im Jahr 2026 ermittelt wird.

Geschätzte Finanzwirkung

Die Finanzwirkung einer solchen Regelung hängt von der Entwicklung der Referenzgröße ab. Der Bundeszuschuss in Höhe von derzeit 14,5 Mrd. € würde künftig entsprechend der jährlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen fortgeschrieben. Bei einer Dynamisierung anhand der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 2025 (+5,3 %) würde sich der Bundeszuschuss im Jahr 2027 um ca. 800 Mio. € erhöhen, die Finanzwirkung würde gemäß der erwarteten Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen bis 2030 auf rund 2,6 Mrd. € ansteigen.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Empfehlung ist kurzfristig durch Änderung des § 221 SGB V für das Jahr 2027 umsetzbar.

Auswirkungen auf die Versorgung

Unmittelbare Auswirkungen auf den Zugang oder die Qualität der medizinischen Versorgung wären von einer Dynamisierung des Bundeszuschusses nicht zu erwarten, da der Leistungsumfang der GKV unverändert bliebe.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Eine Dynamisierung stabilisiert den Finanzierungsanteil des Bundeszuschusses an den GKV-Einnahmen über die Zeit, wobei damit eine entsprechende Mehrbelastung des Bundeshaushalts einhergeht. Auf diese Weise würde eine Verschiebung der Lastenverteilung hin zu den Beitragszahlern verhindert und stattdessen das allgemeine Steueraufkommen herangezogen, das progressiv ausgestaltet ist. Dies könnte als Stärkung der gesamtgesellschaftlichen Finanzierung jener Aufgaben der GKV interpretiert werden, die nicht primär individualversicherungsrechtlich begründet sind.

8 Einführung von Konsumsteuern zur Stärkung der Prävention

8.1 Einleitung

Der Arbeitsauftrag der Kommission umfasst auch die Entwicklung von Reformempfehlungen im Bereich Prävention, die zur Verringerung der Krankheitslast beitragen und damit mittel- und langfristig die finanzielle Stabilität der GKV stärken (Bundesministerium für Gesundheit 2025b).

Ein erheblicher Teil der Ausgaben der GKV entfällt auf die Behandlung kostenintensiver nichtübertragbarer Erkrankungen[32], von denen viele im Zusammenhang mit wenigen verhaltensbezogenen Risikofaktoren stehen, insbesondere dem Konsum von Tabak, Alkohol und ungesunder Ernährung[33]. Fiskalische Maßnahmen gelten international als eine der wirksamsten und kosteneffektivsten Instrumente, um deren gesundheitsschädlichen Konsum zu reduzieren (Burton et al. 2024); (WHO 2024)

Vor diesem Hintergrund konzentrieren sich die Reformempfehlungen im Bereich Prävention in diesem ersten Bericht auf die Besteuerung beziehungsweise Höherbesteuerung von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken, Tabak und Spirituosen. Diese Maßnahmen haben mittel- bis langfristig das Potenzial, über eine Verringerung der Krankheitslast die Ausgaben der GKV substanziell zu senken. Zugleich stärkt die von der Kommission empfohlene Bereitstellung zusätzlicher Steuermehreinnahmen über einen Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds kurz- und mittelfristig die Einnahmenseite der GKV. Die Empfehlungen zur Ausgestaltung der Konsumsteuern orientieren sich dabei nicht an der Maximierung der Steuereinnahmen, sondern primär an dem Ziel, möglichst große gesundheitliche Effekte zu erzielen und dadurch langfristig Kosteneinsparungen im GKV-System zu realisieren.

Prävention erfordert Maßnahmen, die sowohl individuelles Verhalten als auch gesundheitliche Rahmenbedingungen adressieren. Fiskalische Instrumente stellen dabei im Zusammenspiel mit weiteren Maßnahmen einer sektorübergreifenden Präventionsstrategie einen wichtigen Baustein dar. Die Kommission wird im zweiten Bericht Reformempfehlungen zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung vorlegen, die sowohl den Regelungsrahmen des SGB V als auch darüber hinausgehende präventive Handlungsfelder umfassen.

---

[32] Die jährlichen direkten medizinischen Behandlungskosten von Adipositas, Typ 2 Diabetes, Herzkreislauferkrankungen und Krebserkrankungen im deutschen Gesundheitssystem liegen jeweils im zweistelligen Milliardenbereich. Siehe zum Beispiel: (Jacobs et al. 2017), (Effertz et al. 2016), (Luengo-Fernandez et al. 2023), (Luengo-Fernandez et al. 2013).

[33] Etwa 24 % der jährlichen durch Krankheit und Behinderung verlorenen gesunden Lebensjahre aufgrund nicht-übertragbarer Krankheiten in Deutschland sind auf Tabakkonsum, Alkoholkonsum, und ernährungsbedingte Risikofaktoren zurückzuführen. Siehe (Institut für Gesundheitsmetriken und -bewertung 2023).

8.2 Reformempfehlungen zur Stärkung der Prävention

8.2.1 Reformempfehlung Nr. 64: Erhöhung der Tabaksteuer

Hintergrund	Tabakkonsum gilt als der bedeutendste vermeidbare Risikofaktor für nicht übertragbare Krankheiten und geht mit hohen Kosten im deutschen Gesundheitssystem einher. Die Tabakbesteuerung ist eine der wirksamsten Maßnahmen zur Konsumreduktion.
Reformempfehlung	Erhöhung der Tabaksteuer
Finanzwirkung	Ca. 1,2 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Der Konsum von Tabak stellt weiterhin einen der größten vermeidbaren Risikofaktoren für Morbidität und Mortalität in Deutschland dar. Trotz neuer Konsumformen wie E-Zigaretten und Tabakerhitzer bleibt das Rauchen herkömmlicher Zigaretten dabei klar dominierend.[34]

Der Anteil der Raucher ist in Deutschland in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gesunken und parallel dazu hat sich die Menge der konsumierten Zigaretten seit dem Jahr 2000 mehr als halbiert. Seit 2023 ist der Verbrauch von Zigaretten allerdings zum ersten Mal seit über drei Jahrzehnten wieder angestiegen. Aktuellen Zahlen zufolge rauchen in Deutschland rund 29 % der Erwachsenen und 7 % der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren. Im Durchschnitt rauchte 2025 jeder Einwohner rund 800 fabrikgefertigte und 400 selbstgedrehte Zigaretten.[35] Die Rauchprävalenz in Deutschland liegt damit im europäischen Durchschnitt, aber höher als in vielen west- und nordeuropäischen Ländern (Eurostat 2024). Es zeigt sich zudem ein ausgeprägter sozioökonomischer Gradient, welcher sich über die Zeit verstärkt hat: Personen mit niedriger Bildung und aus Haushalten mit niedrigem Einkommen rauchen deutlich häufiger als höher Gebildete und solche aus Haushalten mit hohem Einkommen (Starker et al. 2025); (Tönnies & Pohlabeln et al. 2021). Seit einigen Jahren wird Tabak

[34] Zigaretten, selbstgedrehte Feinschnittzigaretten, Zigarren, Zigarillos, Wasserpfeifentabak, Pfeifentabak zählen zu Rauchtabakerzeugnissen,Tabakerhitzer fallen unter die Kategorieneuartige Tabakerzeugnisse; elektronische Zigaretten fallen unter die Kategorie tabakverwandten Erzeugnisse.

[35] Laut Daten von GEDA/EHIS ist die Rauchprävalenz für Erwachsene von 32% in 2003 auf 29% in 2023 gesunken (Starker et al. 2025), laut Daten des Mikrozensus ist die Rauchprävalenz für Personen 15 Jahre + von 28% in 2003 auf 19% in 2023 gesunken (Deutsches Krebsforschungszentrum & Deutsche Krebshilfe 2025); Der Verbrauch von Fabrikzigaretten ist von 1607 Stück pro Einwohner in 2003 auf 769 Stück pro Einwohner in 2023 gesunken, der Verbrauch von Feinschnitt: ist von 225 g (entspricht etwa 321 Zigaretten bei 0,75 g Tabak pro Zigarette) pro Einwohner in 2003 auf 283 g (etwa 377 Zigaretten) pro Einwohner in 2023 gestiegen; Zwischen 2023 und 2025 ist der Verbrauch von Fabrikzigaretten um 3,4% auf 795 Stück pro Einwohner gestiegen (Statistisches Bundesamt o. J.b);

auch über Tabakerhitzer konsumiert; zudem hat die Nutzung von E-Zigaretten zugenommen, insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. [36]

Der Konsum von Tabak gilt als der bedeutendste vermeidbare Risikofaktor für nicht übertragbare Krankheiten. Rauchen von Tabak schädigt nahezu alle Organe des Körpers, verursacht fast 20 % aller Krebsneuerkrankungen, verdoppelt das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ist die wichtigste Ursache für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD). In Deutschland werden dem Tabakkonsum jährlich rund 87.600 Krebsneuerkrankungen und 127.000 vorzeitige Todesfälle zugerechnet (Deutsches Krebsforschungszentrum & Deutsche Krebshilfe 2025); (Robert Koch-Institut 2023). Tabakerhitzer und E-Zigaretten setzen im Vergleich zu klassischen Zigaretten meist weniger Schadstoffe frei, sind jedoch auch gesundheitsschädlich und können abhängig machen. Die Evidenz zu langfristigen Gesundheitsfolgen ist bislang begrenzt und produktabhängig. Problematisch sind insbesondere der duale Konsum[37] sowie die hohe Attraktivität von E-Zigaretten für Jugendliche und junge Erwachsene, durch die neue Zielgruppen an nikotinhaltige Produkte herangeführt werden (Deutsches Krebsforschungszentrum 2024a, 2024b).

Tabakkonsum geht mit hohen Kosten innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens einher. Die direkten jährlichen Bruttokrankheitskosten im deutschen Gesundheitssystem wurden allein für Rauchende im Jahr 2018 auf etwa 27,3 Mrd. € geschätzt, und auch die direkten Nettokosten für das deutsche GKV-System sind erheblich. Darüber hinaus werden die indirekten Kosten, also die Kosten aufgrund von Produktivitätsverlusten auf etwa 67 Mrd. € beziffert. [38]

Auch hohe interne Kosten infolge von Suchtmechanismen und Zeitinkonsistenz – sprechen für konsequente politische Tabakkontrollmaßnahmen (Gruber Jonathan & Köszegi Botond 2008); (Viscusi & Hersch 2008); (Chaloupka et al. 2019). Die Tabakbesteuerung gilt als eine der wirksamsten Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums. Internationale Organisationen wie die

---

[36] Tabakerhitzer zählen zu den neuartigen Tabakerzeugnissen. Dabei werden spezielle Tabaksticks in einem elektronischen Gerät erhitzt, wodurch ein nikotinhaltiges Aerosol entsteht. Laut epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) lag der Gebrauch von Tabakerhitzern innerhalb der letzten 30 Tage bei 2%, (Olderbak et al. 2025). E-Zigaretten/Vapes umfassen Einweg-E-Zigaretten, E-Zigaretten mit Tank, und E-Zigaretten mit Nachfüllkapseln. Hier erfolgt keine Verbrennung von Tabak, sondern es wird eine nikotinhaltige oder nikotinfreie Flüssigkeit („Liquid“) erhitzt und als Aerosol inhaliert. Laut der Drogenaffinitätsstudie 2023 lag der Gebrauch von E-Zigaretten und Wasserpfeifen innerhalb der letzten 30 Tage bei 12-17 Jährigen bei 8% beziehungsweise 4% und bei 18-25 jährigen bei 15% beziehungsweise 10%, (Deutsches Krebsforschungszentrum & Deutsche Krebshilfe 2025); Laut epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) lag dieser Anteil bei Erwachsenen bei 8% beziehungsweise 1,7%, (Olderbak et al. 2025).

[37] Dualer Konsum meint die gleichzeitige Nutzung von zwei oder mehr Nikotin- beziehungsweise Tabakprodukten, beispielsweise von E-Zigaretten oder Tabakerhitzern in Kombination mit herkömmlichen Zigaretten.

[38] Für die Bruttokostenschätzung von direkten Kosten, indirekten Kosten und intangiblen Kosten siehe Effertz 2020, Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland 2020, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2025; für die Nettokostenschätzung siehe (Steidl & Wigger 2015). Bruttokosten erfassen die gesamten durch eine Krankheit verursachten Kosten, während Nettokosten mögliche Gegenrechnungen einbeziehen, beispielsweise entfallende Transferleistungen oder veränderte Gesundheitsausgaben infolge veränderter Lebenserwartung.

Weltgesundheitsorganisation und die Weltbank empfehlen einen Gesamtsteueranteil (inkl. Umsatzsteuer) am Verkaufspreis von mindestens 75% - aktuell liegt dieser in Deutschland bei 68% (WHO 2026); (Marquez & Moreno-Dodson 2017). Grundlage für die Besteuerung von Tabakerzeugnissen in der EU ist die Richtlinie 2011/64/EU. In Deutschland setzt sich die Besteuerung von Rauchtabak aus einer mengenbezogenen Komponente, einer wertbezogenen Komponente sowie einem Mindeststeuersatz zusammen, der Steuerumgehung durch Preisstrategien begrenzen soll. [39] Der Tabaksteueranteil einer Packung Zigaretten lag 2024 absolut bei 3,80 € (entspricht etwa19 Cent pro Zigarette) und relativ bei 52 % des Kleinverkaufspreis (KVP) von 7,80 € pro Schachtel (entspricht 37 Cent pro Zigarette). Kaufkraftbereinigt liegt die Höhe der Tabaksteuer damit unter dem EU-Durchschnitt, und der relative Tabaksteueranteil ist der geringste innerhalb der EU (Statistisches Bundesamt 2025d); (Hoffer & Macumber-Rosin 2025).[40] Zudem ist der Tabaksteueranteil von Zigaretten seit 2006 kontinuierlich gesunken und der Wirtschaftsanteil deutlich gestiegen. Selbstgedrehte Zigaretten aus Feinschnitt sind mit einem durchschnittlichen KVP von etwa 15 Cent pro Zigarette und einem Tabaksteueranteil von 47 % (7 Cent pro Stück) deutlich kostengünstiger und geringer besteuert als Fabrikzigaretten.[41] Für andere Tabakprodukte sowie E-Liquids fällt der durchschnittliche relative Steueranteil am KVP nochmals niedriger aus (Deutsches Krebsforschungszentrum & Deutsche Krebshilfe 2025).[42] Die letzte substantielle Tabaksteuererhöhung erfolgte in den Jahren 2002 bis 2005 und ging mit einem deutlichen Rückgang des Zigarettenkonsums einher (Hanewinkel et al. 2008). Mit dem Tabaksteuermodernisierungsgesetz (v. 10.8.2021, BGBl. I, 3411) wurden die Tabaksteuersätze seit 2022 moderat schrittweise angehoben und erstmals auch Tabakerhitzer sowie E-Zigaretten-Liquids in die Besteuerung mit einbezogen (Bundesminsterium der Finanzen 2021). Für die Zeiträume nach dem 14. Februar 2027 sind gesetzlich keine Erhöhungen der Tabaksteuersätze festgelegt. Im Jahr 2025 beliefen sich die jährlichen Tabaksteuereinnahmen auf ca. 16,2 Mrd. €, davon rund 13,2 Mrd. € aus Zigaretten und 2,5 Mrd. aus Feinschnitt (Statistisches Bundesamt 2026a).

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der erheblichen finanziellen Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung, der hohen gesamtgesellschaftlichen Kosten des Tabakkonsums, der im EU- Vergleich niedrigen

---

[39] Für Zigaretten beträgt die Steuer im Jahr 2026 22,72 Cent pro Zigarette (Mengensteuer), 19,84 % des KVP (Wertsteuer), sowie eine kombinierte Mindeststeuerbelastung von 25,10 Cent je Zigarette (ohne Umsatzsteuer), vgl. § 2 Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe e und Absatz 2 TabStG vom 15. Juli 2009 (BGBl. I S. 1870), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Oktober 2022 (BGBl. I S. 1838) geändert worden ist.

[40] Werte für die EU können über ec.europa.eu/taxation_customs/tedb/#/simple-search extrahiert werden.

[41] Feinschnitt wird im Jahr 2026 mit 61,58 Euro je kg und 17,40 Prozent des Kleinverkaufspreises, mindestens jedoch mit 128,83 Euro je kg (ohne Umsatzsteuer) besteuert; 2024 lag der durchnittliche KVP bei 196 Euro je kg (etwa 15 Cent pro Zigarette), und die durschnittliche Tabaksteuerlast bei 92 Euro je kg (etwa 7 Cent pro Zigarette); Annahme: eine selbstgedrehte Zigarette enthält 0,75 g Tabak.

[42] Siehe (Deutsches Krebsforschungszentrum & Deutsche Krebshilfe 2025); der relative Tabaksteueranteil am KVP lag 2025 bei 42% für Tabakerhitzer, 34% für Wasserpfeifentabak, 32% für E-Zigaretten, 21% für Pfeifentabak und 12,4% für Zigarren und Zigarillos.

Tabaksteuerlast sowie des zuletzt wieder ansteigenden Tabakkonsums empfiehlt die Kommission, die Tabaksteuern deutlich zu erhöhen und die zusätzlichen Einnahmen zur Entlastung der solidarisch finanzierten Krankenversicherung dem Gesundheitsfonds zur Verfügung zu stellen. Die Ausgestaltung der Tabaksteuererhöhung sollte insbesondere über die Erhöhung der Mengenkomponente und die Erhöhung der Mindeststeuer erfolgen und den absoluten Preisunterschied zwischen Zigaretten und Feinschnitt graduell verringern, um zu vermeiden, dass sich der Konsum lediglich in günstigere Segmente verlagert. Parallel dazu sollten die Tabaksteuertarife für Zigarren und Zigarillos, Pfeifen- und Wasserpfeifentabak, Tabaksticks für Tabakerhitzer sowie Liquids für E-Zigaretten entsprechend angehoben werden. Analysen der Tabaksteuererhöhungen in den 2000er Jahren zeigen beispielsweise eine relevante Substitution von Zigaretten hin zu selbstgedrehten Feinschnittzigaretten.[43] Die empfohlene Verringerung der Preisdifferenz zwischen Fabrikzigaretten und Feinschnitt sowie eine stärkere Besteuerung neuer Tabak- und Nikotinprodukte (insbesondere Tabakerhitzer und E-Zigaretten) sind daher sowohl aus gesundheitspolitischer als auch aus fiskalischer Perspektive relevant.

Konkret empfiehlt die Kommission in den Jahren 2027, 2028, 2029, 2030 und 2031 die durchschnittliche Steuerlast für Fabrikzigaretten um 3, 2,3, 2,5, 2,7, und 2,9 Cent pro Stück und für Feinschnitt um 52, 38, 42, 46 und 50 € pro kg (entspricht in etwa 3,9, 2,9, 3,2, 3,5 und 3,8 Cent pro selbstgedrehter Zigarette) zu erhöhen.[44] Damit wären bei vollständiger Preisweitergabe über die 5 Jahre durchschnittliche jährliche Preissteigerungen von etwa 8% für Zigaretten und etwa 18,5% für Feinschnitt zu erwarten. Ab 2031 soll die Tabaksteuer automatisch um mindestens die Höhe der für das Jahr prognostizierten Inflation angepasst werden und die verbleibende Preisschere zwischen Zigaretten und Feinschnitt weiter verringert werden. Für die Umsetzung der Änderungen ist § 2 Tabaksteuergesetz,[45] der den Steuertarif regelt, im Einklang mit der Richtlinie 2011/64/EU des Rates vom 21. Juni 2011 über die Struktur und die Sätze der Verbrauchsteuern auf Tabakwaren zu ändern.

Geschätzte Finanzwirkung

Die erwarteten jährlichen Steuermehreinnahmen in den Jahren 2027 (bei Anpassung ab Jan 2027), 2028, 2029, 2030 und 2031 gegenüber einem Szenario ohne weitere Tabaksteuererhöhungen werden auf 1,2 Mrd. €, 2,1 Mrd. €, 2,9 Mrd. €, 3,8 Mrd. €, und 4,8 Mrd. € geschätzt (siehe Anhang für Berechnungsdetails). Die erwarteten jährlichen Kosteneinsparungen im GKV-System werden mittel- und langfristig jährlich auf knapp etwa 0,6 Mrd. € geschätzt (siehe Anhang für Berechnungsdetails).

---

[43] Der Grund hierfür war, dass Feinschnitt bereits bei Einführung der Tabaksteuererhöhungen deutlich günstiger als Fabrikzigaretten war, und da die Steuerlast – und damit auch der Kleinverkaufspreis – für Feinschnitt zwischen 2002 und 2005 weniger stark anstieg als für Fabrikzigaretten, vergrößerte sich der Preisabstand in dieser Zeit zusätzlich.

[44] Eine Erhöhung der durchschnittlichen Tabaksteuerlast um 3 Cent pro Zigarette kann beim aktuellen Wertsteueranteil von 19,8% approximativ über eine Erhöhung der Mengenkomponente von ~2,4 Cent und einer Erhöhung des gesetzlichen Mindeststeuerwerts von ~3,6 Cent pro Zigarette erreicht werden.

[45] Siehe § 2 Tabaksteuergesetz vom 15. Juli 2009 (BGBl. I S. 1870), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Oktober 2022 (BGBl. I S. 1838) geändert worden ist.

Zur Entlastung der GKV-Finanzen wird empfohlen, die zu erwartenden Steuermehreinnahmen dem Gesundheitsfond der GKV zur Verfügung zu stellen.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Reformmaßnahme ist kurzfristig umsetzbar, es sind hierfür lediglich die bestehenden Steuertarife im Tabaksteuergesetz anzupassen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Es ist zu erwarten, dass eine Anhebung der Tabaksteuer sowohl die Raucherprävalenz als auch die Konsumintensität reduziert und zugleich den Einstieg in den Tabakkonsum, insbesondere bei Jugendlichen, verringert. Internationale Erfahrungen sowie Analysen der Tabaksteuererhöhungen in den 2000er Jahren in Deutschland zeigen, dass deutliche Steuererhöhungen auf Zigaretten mit einem Rückgang des Konsums einhergehen (Chaloupka et al. 2019). Es ist davon auszugehen, dass der Zigarettenkonsum infolge der Reformmaßnahme um etwa ein Fünftel sinkt. In der Folge ist mit einer Verringerung tabakassoziierter Erkrankungen wie Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronischen Lungenerkrankungen zu rechnen. Es ist zu erwarten, dass sich allein die Anzahl der jährlichen Krebsneuerkrankungen um etwa 3500 Fälle reduziert (siehe Anhang für Details).

Verteilungs- und Belastungseffekte

Tabaksteuern werden in der Regel weitgehend über höhere Preise weitergegeben und somit größtenteils von Verbraucher getragen; bei unvollständiger Weitergabe tragen auch Unternehmen einen Teil der Steuerlast über geringere Margen. Da Verbraucher mit niedrigem Einkommen einen größeren Anteil ihres Einkommens für Tabakprodukte ausgeben und zugleich überdurchschnittlich häufig rauchen, tragen sie im Verhältnis zu ihrem Einkommen eine höhere Steuerlast als Verbraucher mit hohem Einkommen (Klosterhalfen & Kotz 2025). Eine Tabaksteuererhöhung wirkt daher kurzfristig finanziell regressiv. Am ausgeprägtesten sind finanzielle Effekte bei Personen zu erwarten, die ihren Konsum nicht reduzieren oder aufgrund einer starken Tabakabhängigkeit nicht reduzieren können (Hadi et al. 2026). Ein niedrigschwelliger Zugang zu wirksamer Tabakentwöhnung ist deswegen eine wichtige Voraussetzung, um diese Effekte abzufedern. Zudem ist davon auszugehen, dass die gesundheitlichen Gewinne überproportional bei sozioökonomisch benachteiligten Gruppen anfallen, da diese häufiger rauchen und preissensitiver reagieren. Es ist deswegen zu erwarten, dass die Empfehlung mittel- und langfristig zu einer Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit beiträgt.

Ein weiterer Nebeneffekt, der mit der Höherbesteuerung von Tabak einhergehen kann, ist die Zunahme von legalem nicht-inländischen Konsum - v.a. durch legale Grenzkäufe - sowie von illegalem Konsum - v.a. durch Konsum von Fälschungen und Schmuggelware. Dies kann zum einen zu Steuerausfällen und zum anderen zu erhöhten Gesundheitsrisiken durch nicht regulierte

Tabakprodukte führen.[46] Eine europaweite Anhebung der Mindeststeuersätze für Tabakprodukte, sowie eine stärkere Einbeziehung neuer Tabakproduktkategorien und von Rohtabak in das unionsweite Verbrauchsteuersystem und die zugehörigen Kontrollmechanismen (unter anderem EMCS), wie im Vorschlag zur Neufassung der EU-Tabaksteuer-Richtlinie (COM 2025, 580) vom Juli 2025 vorgesehen sowie andere Maßnahmen zur Bekämpfung illegalen Tabakhandels (Deutsches Krebsforschungszentrum & Deutsche Krebshilfe 2025), könnten den illegalen Tabakhandel und den grenzüberschreitenden legalen Konsum deutlich reduzieren und sind im Kontext der vorgeschlagenen Tabaksteuererhöhungen ausdrücklich zu begrüßen (Europäische Kommission, 2025).

Mit dem Vorschlag würde bei vollständiger Preisdurchreichung die durchschnittliche Tabaksteuerlast bis 2031 auf rund 33 Cent je Fabrikzigarette beziehungsweise 24 Cent je selbstgedrehter Feinschnittzigarette steigen, der Gesamtsteueranteil für Zigaretten auf etwa 75 % zunehmen und damit ein Niveau erreichen, das mit dem vieler nord- und westeuropäischer Länder vergleichbar ist. [47] Die empfohlenen jährlichen Erhöhungen der durchschnittlichen Tabaksteuerlast für Zigaretten liegen inflationsbereinigt nur geringfügig über denen aus den Jahren 2004 und 2005 [48] und auch die jüngsten Tabaksteuererhöhungen in Frankreich und den Niederlanden bewegen sich in einer ähnlichen Größendimension. [49] Die initial größere Erhöhung im Jahr 2027 sendet ein salientes Zeichen an Verbraucher und kann einen Beitrag zur Deckung des großen Finanzdefizits in der GKV leisten. Die Reformempfehlung würde mit hoher Wahrscheinlichkeit den Konsum von Tabak signifikant reduzieren, die Gesundheit in der Bevölkerung stärken und mittel- sowie langfristig zu Kosteneinsparungen im GKV-System führen. Zugleich trägt er dazu bei, dass ein größerer Anteil der tabakbedingten Gesundheitskosten über tabakbezogene Verbrauchssteuern finanziert wird und nicht vollständig in zukünftige Beitragslasten verschoben. Die Maßnahme leistet damit einen Beitrag zur intergenerationalen Gerechtigkeit im solidarischen Umlagesystem. Da Tabakprodukte ein hohes Abhängigkeitspotenzial besitzen, der Einstieg häufig im Jugendalter erfolgt und Konsumentscheidungen daher oft durch Suchtmechanismen und zeitinkonsistente Präferenzen geprägt sind, kann eine steuerliche Lenkung als verhältnismäßige Maßnahme verstanden werden, die insbesondere vulnerable Gruppen schützt, ohne den Konsum rechtlich zu untersagen.

---

[46] Basierend auf einer von Philip Morris Products SA beauftragten Analyse von KPMG lag 2024 der legale jährliche nicht-inländischen Konsum bei etwa 11 Mrd. Zigaretten und der illegalem Konsum bei etwa 1,65 Mrd. Zigaretten, (KPMG 2025).

[47] In Ländern wie Irland, Frankreich, den Niederlanden, Großbritannien, Finnland oder Norwegen liegen die Tabaksteuern bereits heute auf einem ähnlich hohen oder teilweise höheren Niveau;

[48] Inflationsbereinigt auf das Jahr 2028 betrug die jährliche Zunahme der Tabaksteuerlast in den Jahren 2004 und 2005 (nominal 1,25 und 1,76 Cent) etwa 2,0 und 2,7 Cent pro Fabrikzigarette. Annahme: Verbraucherpreisindexanstieg von 2025 bis 2028 um 8 Punkte.

[49] In Frankreich ist die durchschnittliche Tabaksteuerlast zwischen 2017 und 2022 um etwa 12,6 Cent pro Zigarette angestiegen, der für Feinschnitt wurde um 144 € pro kg angehoben; In den Niederlanden ist die durchschnittliche Tabaksteuerlast zwischen 2020 und 2025 um ~19 Cent pro Zigarette angestiegen, der Mindeststeuerwert für Feinschnitt wurde um 232 € pro kg angehoben; Zahlen extrahierbar unter: Tax in Europe Database v5

Deutschland zählt bei der Tabakkontrollpolitik zu den Schlusslichtern in Europa (AOK-Bundesverband eGbR & Deutsches Krebsforschungszentrum 2025). Eine wirksame Verringerung des Tabakkonsums erfordert einen breiten Mix an evidenzbasierten Maßnahmen. Die Kommission wird hierzu in ihrem zweiten Bericht weitere Empfehlungen vorlegen. Bereits jetzt empfiehlt sie jedoch eine höhere Besteuerung von Tabakprodukten als zentralem Bestandteil eines solchen Maßnahmenpakets.

8.2.2 Reformempfehlung Nr. 65: Höherbesteuerung von Alkohol

Hintergrund	Im internationalen Vergleich werden Spirituosen in Deutschland aktuell niedrig besteuert.
Reformempfehlung	Erhöhung der Spirituosensteuer
Finanzwirkung	Ca. 0,5 Mrd. € in 2027
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Der Konsum von Alkohol zählt in Deutschland zu den bedeutenden vermeidbaren Risikofaktoren für Krankheit und vorzeitige Mortalität. Der durchschnittliche Alkoholkonsum liegt bei rund 10,6 Litern reinem Alkohol pro Kopf und Jahr, und etwa 14 % der Erwachsenen konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanten Mengen (Schaller et al. 2022).[50] Zwar ist der Alkoholkonsum – insbesondere von Bier – in den vergangenen Jahren kontinuierlich gesunken, er liegt jedoch weiterhin über dem EU-Durchschnitt (OECD 2025a). Gemessen in Reinalkohol verteilt sich der Konsum überwiegend auf Bier (~52 %), sowie Wein (~28 %) und Spirituosen (~18 %) (Schaller et al. 2022). Der Erstkontakt mit Alkohol erfolgt häufig bereits im Jugendalter; Jugendliche und junge Erwachsene weisen höhere Konsummengen von Spirituosen und alkoholischen Mixgetränken auf als Ältere, und, obwohl rückläufig, ist episodisches Rauschtrinken in diesen Altersgruppen nach wie vor weit verbreitet [51]. Zugleich bestehen deutliche soziale Unterschiede sowohl im Konsumverhalten als auch mit Blick auf die gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums. Während moderater und auch riskanter Alkoholkonsum häufiger bei Personen mit höherem sozioökonomischem Status berichtet wird, treten alkoholbedingte Erkrankungen und Mortalität überproportional häufig in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen auf (Robert Koch-Institut 2025a). Alkoholkonsum trägt erheblich zur Krankheitslast bei, steht mit über 200 Krankheiten und Verletzungen – darunter Krebs-, Leber- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Verkehrsunfällen – in Zusammenhang und verursacht in Deutschland jährlich rund 47.500 vorzeitige Todesfälle sowie über 20.000 Krebsneuerkrankungen. Zudem entstehen erhebliche soziale Folgen, etwa durch Gewalt, Unfälle und Belastungen für Familien und Angehörige (Schaller et al. 2022); (Bundesministerium für Gesundheit 2025a). Besonders in sensiblen Lebensphasen kann Alkoholkonsum schwerwiegende, unter anderem intergenerationale, Folgen haben. Die gesamtgesellschaftlichen Bruttokosten des

[50] Riskanter Alkoholkonsum ist definiert als ein durchschnittlicher täglicher Konsum von mindestens 24 g Reinalkohol bei Männern beziehungsweise 12 g Reinalkohol bei Frauen.

[51] Die Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens ist deutlich rückläufig. Die Prävalenz von Rauschtrinken innerhalb der letzten 30 Tage liegt allerdings bei fast einem Viertel der 16- und 17-Jährigen sowie bei über 30 Prozent der 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen.

Alkoholkonsums werden auf rund 57 Mrd. € jährlich geschätzt, davon etwa 16,6 Mrd. € direkte Kosten im Gesundheitssystem – einschließlich rund 300.000 alkoholbedingter Krankenhausaufenthalte, und rund 40,4 Mrd. € indirekte volkswirtschaftliche Kosten durch Produktivitätsverluste, Fehlzeiten, Frühverrentung und vorzeitige Todesfälle (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2025).[52]

Internationale Evidenz zeigt, dass Preiserhöhungen alkoholischer Getränke zu einem messbaren Rückgang des Konsums führen, wobei die Nachfrage nach Spirituosen typischerweise etwas stärker auf Preisänderungen reagiert als diejenige nach Bier oder Wein (Guindon & Zhao et al. 2022). Entsprechend zählt die Besteuerung von Alkohol zu den wirksamsten Instrumenten zur Reduktion des Konsums, zur Senkung alkoholbedingter Gesundheits - und Sozialkosten sowie zur Internalisierung externer Kosten (OECD 2021; WHO 2023). In Deutschland ist die Besteuerung alkoholischer Getränke historisch gewachsen und nach Getränkekategorien differenziert ausgestaltet. Bier, Schaumwein, Zwischenerzeugnisse, Alkopops und Spirituosen unterliegen spezifischen Verbrauchsteuern, während stiller Wein vollständig steuerfrei ist; zudem variiert die steuerliche Belastung pro Liter Reinalkohol erheblich zwischen den Getränkekategorien; Bier ist gemessen daran mit etwa 1,80 € pro Liter Reinalkohol am niedrigsten besteuert, Spirituosen mit 13,03 € pro Liter Reinalkohol am stärksten [53] Die Steuern auf alkoholische Getränke liegen in Deutschland unter dem EU-Durchschnitt; in vielen Ländern Nordeuropas, des Baltikums und des Beneluxraums sind sie teilweise um ein Vielfaches höher, in anderen, v.a. süd- und osteuropäischen Ländern niedriger (Angus et al. 2019; Europäische Kommission 2021). Zudem ist der Index für das Haushaltsnettoeinkommen in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich stärker gestiegen als der Verbraucherpreisindex für alkoholische Getränke, sodass diese real günstiger geworden sind (akzept e.V. 2021). Die Einnahmen aus Alkoholsteuern beliefen sich zuletzt auf rund 2,9 Mrd. € pro Jahr, davon etwa 2 Mrd. € aus der Besteuerung von Spirituosen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.

---

[52] Bruttokosten erfassen die gesamten durch eine Krankheit verursachten Kosten, berücksichtigen jedoch – im Gegensatz zu Nettokostenansätzen – keine gegenläufigen Effekte wie veränderte Transferleistungen oder Gesundheitsausgaben infolge veränderter Lebenserwartung.

[53] Während Spirituosen und Alkopops nach ihrem Alkoholgehalt besteuert werden, knüpft die Besteuerung von Bier an den Stammwürzegehalt des Suds und die Besteuerung von Schaumwein und Zwischenerzeugnissen an das Getränkevolumen an. Bier: 0,787 € je Hektoliter (hL) und Grad Plato (entspricht ≈ 1,80 €/Reinalkohol bei 11°P und 4,8% vol) vgl. § 2 Absatz 1 BierStG (vom 15. Juli 2009 (BGBl. I S. 1870, 1908), das zuletzt durch Artikel 47 des Gesetzes vom 2. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 387) geändert worden ist); Spirituosen 1.303 € je hL Reinalkohol (entspricht 13,03€/L Reinalkohol) vgl. § 2 Absatz 1 AlkStG (vom 21. Juni 2013 (BGBl. I S. 1650, 1651), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 24. Oktober 2022 (BGBl. I S. 1838) geändert worden ist); Schaumwein: 136 € je hL bei ≥6 % vol und 51 € je hL bei <6 % vol (entspricht ~ 12,36€/L Reinalkohol bei 11% vol) vgl. § 2 SchaumwZwStG; Zwischenerzeugnisse: 153 € je hL beziehungsweise 102 € je hL bis 15 % vol (entspricht ~9,00€/L Reinalkohol bei 17% vol) vgl. § 30 SchaumwZwStG (vom 15. Juli 2009 (BGBl. I S. 1870, 1896), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 24. Oktober 2022 (BGBl. I S. 1838) geändert worden ist); Alkopops: 5.550 €. je Hektoliter Reinalkohol (55,50€/L Reinalkohol) vgl. § 2 vom 23. Juli 2004 (BGBl. I S. 1857), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 30. März 2021 (BGBl. I S. 607) geändert worden ist.

V. 2024).[54] Während die Steuern auf Spirituosen, Alkopops, Schaumwein und Zwischenerzeugnisse dem Bund[55] zufließen, verbleiben die Einnahmen aus der Biersteuer bei den Bundesländern[56].

Reformempfehlung

Vor dem Hintergrund der hohen gesamtgesellschaftlichen Kosten und der erheblichen finanziellen Belastung der GKV durch Alkoholkonsum, der im internationalen Vergleich niedrigen Besteuerung und der hohen Relevanz von Spirituosenkonsum bei Rauschtrinken und jüngeren Bevölkerungsgruppen empfiehlt die Kommission, die Steuer auf Spirituosen deutlich zu erhöhen. Konkret empfiehlt die Kommission, den Regelsteuersatz für Spirituosen in den Jahren 2027, 2028, 2029 um jeweils 5,50 €, 3,50 € und 4,00 € pro Liter Reinalkohol zu erhöhen. Damit wären für die Jahre 2027 bis 2029 bei vollständiger Preisweitergabe durchschnittliche jährliche Preissteigerungen für Spirituosen von etwa 17%, 10%, und 10% zu erwarten. Zur Entlastung der GKV wird empfohlen, die zu erwartenden Steuermehreinnahmen dem Gesundheitsfonds zur Verfügung zu stellen. Für die Umsetzung der Änderungen ist § 2 des Alkoholsteuergesetzes, der den Steuertarif regelt, im Einklang mit der Richtlinie 92/84/EWG sowie der Richtlinie 92/83/EWG des Rates der Europäischen Union über die Harmonisierung der Verbrauchsteuern auf Alkohol und alkoholische Getränke anzupassen.

Geschätzte Finanzwirkung

Die erwarteten jährlichen Steuermehreinnahmen für die Jahre 2027, 2028 und 2029 werden auf rund 570 Mio. €, 890 Mio. € und 1220 Mio. € geschätzt. Die erwarteten jährlichen Kosteneinsparungen im GKV-System werden mittel- und langfristig auf etwa 190 Mio. € pro Jahr geschätzt (siehe Anhang für Berechnungsdetails).

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Reformmaßnahme ist kurzfristig umsetzbar, es ist hierfür lediglich der Steuertarif im Alkoholsteuergesetz anzupassen.

Auswirkungen auf die Versorgung

Es ist zu erwarten, dass die Anhebung der Alkoholsteuer auf Spirituosen den Konsum reduziert und somit kurz, mittel- und langfristig alkoholkonsum-assoziierte Erkrankungen verhindert. Es wird erwartet, dass sich mit der Reformmaßnahme der Konsum von Spirituosen von 191 Millionen L

---

54 Die Einnahmen aus Alkoholsteuern betrugen insgesamt 2.917 Mio. €, davon 558 Mio. € aus der Biersteuer, 353 Mio. € aus der Schaumweinsteuer sowie 2.006 Mio. € aus der Alkohol- und Zwischenerzeugnissteuer.

55 Vgl. Artikel 106 Absatz 1 Nummer 2 GG in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. März 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 94) geändert worden ist.

56 Vgl. Artikel 106 Absatz 2 Nummer 4 GG.

Reinalkohol auf 155 L Reinalkohol reduziert. Insgesamt würde sich der Pro-Kopf-Konsum von Reinalkohol damit um etwa 3,5% reduzieren und es wären jährlich etwa 1000 weniger Krebsfälle zu erwarten (siehe Anhang für Berechnungen). Da Spirituosen beim Rauschtrinken – insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die vergleichsweise preissensitiv reagieren – eine zentrale Rolle spielen, ist auch mit einem signifikanten Rückgang alkoholbedingter sozialer Kosten zu rechnen, etwa durch weniger Unfälle, Gewaltdelikte, Sachbeschädigungen sowie geringere Belastungen für Polizei und Justiz.

Verteilungs- und Belastungseffekte

Alkoholsteuern werden meist über höhere Preise weitergegeben und somit überwiegend von den Verbrauchern getragen; bei unvollständiger Weitergabe tragen auch Unternehmen einen Teil der Steuerlast. Verbraucher mit niedrigem Einkommen tragen für einen gegebenen Konsum im Verhältnis zu ihrem Einkommen eine höhere Steuerlast. Dieser potenziell regressive Effekt ist ethisch relevant und unterstreicht die Wichtigkeit niedrigschwelliger Beratungs- und Therapieangebote. Langfristig wirken Steuern jedoch gesundheitlich und ökonomisch progressiv, da einkommensschwächere Gruppen preissensitiver reagieren (Kilian et al. 2023). Gleichzeitig reagieren Personen mit riskantem beziehungsweise gefährlichem Alkoholkonsum – vermutlich aufgrund von Gewöhnungs- und Suchtmechanismen – weniger stark auf Preisänderungen als Personen mit moderatem Konsum (London Economics 2012). Es ist deswegen davon auszugehen, dass die Maßnahme insbesondere erfolgreich den Einstieg und potentielle Gewöhnungsprozesse verhindert oder reduziert. Alkoholabhängige dagegen werden finanziell stärker belastet und die gesundheitliche Steuerungswirkung in dieser Bevölkerungsgruppe ist vergleichsweise geringer. Dies unterstreicht die zentrale Rolle einer gut zugänglichen und wirksamen Beratungs- und Versorgungsstruktur für Personen mit problematischem Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit. Im Zuge der Maßnahme gewinnt deren Bedeutung zusätzlich an Gewicht, da insbesondere bei stärker belasteten Gruppen ein erhöhter Unterstützungsbedarf zu erwarten ist. Zwar werden entsprechende Behandlungen von der gesetzlichen Krankenversicherung und der Rentenversicherung getragen, dennoch nimmt bislang nur ein Teil der Betroffenen entsprechende Hilfsangebote in Anspruch, und Alkoholabhängigkeit bleibt im medizinischen Alltag häufig unerkannt (Manthey et al. 2020). Eine Stärkung niedrigschwelliger Zugänge und eine bessere Verankerung entsprechender Angebote in der Regelversorgung können daher einen wichtigen Beitrag zur frühzeitigen Identifikation und Behandlung sowie zur Abfederung regressiver Effekte leisten.

Gleichzeitig kann nicht ausgeschlossen werden, dass es zu Substitutionseffekten hin zu weniger besteuerten Alkoholprodukten wie Wein und Bier kommt – das Ausmaß dieser Substitutionseffekte wird aber als klein bewertet (Guindon & Zhao et al. 2022; Meng et al. 2014). Die WHO und die OECD empfehlen unter anderem deswegen eine am Alkoholgehalt orientierte Besteuerung pro Liter Reinalkohol (OECD 2021; WHO 2023). Eine konsequent über alle Getränkekategorien hinweg am Alkoholgehalt orientierte Besteuerung könnte mittel- und langfristig besonders große gesundheitliche Effekte erzielen, da Spirituosen in Deutschland nur etwa 18 % der konsumierten

Reinalkoholmenge ausmachen, während der überwiegende Teil auf Bier und Wein entfällt. Eine solche Reform würde jedoch eine grundlegende Neuordnung des bestehenden Alkoholsteuersystems erfordern, einschließlich der Einführung einer Verbrauchsteuer auf Wein sowie einer signifikanten Höherbesteuerung von Bier und Wein. Dabei wären neben gesundheitspolitischen Zielen auch strukturelle und kulturelle Besonderheiten Deutschlands zu berücksichtigen. So verzichten viele weinproduzierende Länder in Europa auf eine Besteuerung von Wein und setzen auch deutlich niedrigere Steuersätze für Wein und Bier als für Spirituosen an. Zudem ist die Biersteuer eine Ländersteuer und die entsprechenden Steuermehreinnahmen könnten daher nicht in den Gesundheitsfonds fließen. Wie die gesellschaftlichen und gesundheitlichen Konsequenzen einer höheren Besteuerung von Bier und Wein abzuwägen sind, ist letztlich politisch zu entscheiden; daher spricht die Kommission hierzu keine Empfehlung aus.

Mit Umsetzung der Empfehlung würde sich Deutschland bei der Höhe der Besteuerung von Spirituosen in das obere Viertel der EU-Länder einreihen. Die Empfehlung würde mit hoher Wahrscheinlichkeit den Konsum von Spirituosen signifikant reduzieren, die Gesundheit in der Bevölkerung stärken und mittel- sowie langfristig zu Kosteneinsparungen im GKV-System führen. Gleichzeitig sind fiskalische Maßnahmen nur ein Instrument, um Alkoholkonsum wirksam zu reduzieren. Deutschland zählt bei der Alkoholkontrollpolitik zu den Schlusslichtern in Europa, und ein breiterer Maßnahmenmix der anderen Bereiche der Alkoholkontrolle adressiert, könnte zweifelsfrei eine noch größere Wirkung entfalten. [57] Die Kommission wird in ihrem zweiten Bericht weitere Präventionsempfehlungen vorlegen. Angesichts der Dringlichkeit der Problemstellung empfiehlt sie die Erhöhung der Alkoholsteuer jedoch bereits jetzt als prioritäre und kurzfristig wirksame Maßnahme.

[57] Der (AOK-Bundesverband eGbR & Deutsches Krebsforschungszentrum 2025), welcher unter anderem die Umsetzung von gesetzlichen Maßnahmen mit dem Ziel der Reduktion des Alkoholkonsums quantifiziert, liegt Deutschland im europäischen Vergleich auf den hintersten Rängen.

8.2.3 Reformempfehlung Nr. 66: Einführung einer gestaffelten Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke

Hintergrund	Derzeit werden die externen Kosten des Konsums zuckergesüßter Getränke kollektiv über das Solidarsystem der GKV getragen, während die preisliche Steuerung des Konsumverhaltens in Deutschland faktisch kaum erfolgt.
Reformempfehlung	Einführung einer gestaffelten Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke
Finanzwirkung	Ca. 0,45 Mrd. € (Mehreinnahmen) jährlich ab Implementierung.
Kategorie	A

Hintergrund/Handlungsbedarf

Die WHO empfiehlt, die Aufnahme freier Zucker[58] auf unter 10 %, idealerweise unter 5 % der täglichen Energiezufuhr zu begrenzen, ca. 25g–50g pro Tag (WHO 2015). In Deutschland wird dieser Wert bei Erwachsenen wie bei Kindern deutlich überschritten (Ernst et al. 2019).[59] Ein signifikanter Anteil der Zuckeraufnahme erfolgt über zuckergesüßte Getränke, deren Pro-Kopf-Konsum in Deutschland bei etwa 90–100 Litern pro Jahr liegt (Bagus et al. 2016).[60] [61] Der Konsum von zuckergesüßten Getränken ist sozial ungleich verteilt und besonders hoch bei Kindern aus Haushalten mit niedrigem sozioökonomischem Status (Mensink et al. 2018). Zuckergesüßte Getränke sind ernährungsphysiologisch komplett entbehrlich und fördern wegen der geringen Sättigungswirkung flüssigen Zuckers eine erhöhte Energieaufnahme (Pan & Hu 2011) und (Malik et al. 2013)). Der Konsum führt somit zu einer Zunahme des Körpergewichts und ist mit einem erhöhten Risiko für Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, Karies und Mortalität assoziiert (Malik et al. 2019), (Imamura et al. 2015), (Malik et al. 2019), (Malik & Hu 2022). Insbesondere zu hoher Zuckerkonsum in Schwangerschaft und früher Kindheit erhöht das Lebenszeitrisiko für Typ-2-Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen signifikant (Gracner et al. 2024) und (Zheng et al. 2025).

---

[58] Freie Zucker sind Mono- und Disaccharide, die durch Hersteller oder Konsumenten hinzugefügt werden und alle Zucker, die natürlicherweise in Honig, Sirupen, Fruchtsäften etc. enthalten sind.

[59] Der Anteil freier Zucker an der gesamten Energieaufnahme bei Erwachsenen liegt bei 13-14%, bei Kindern bei ~17% und bei Jugendlichen von 11-8 Jahren bei ~17%, (Ernst et al. 2019).

[60] 26% der freien Zucker wird über Nektare und Fruchtsäfte und 12% über Limonaden aufgenommen, vgl. (Bagus et al. 2016).

[61] Das Statistische Bundesamt weist für 2023 einen Konsum von 93 Liter/Jahr/Kopf (jedoch ohne Fruchtsaftgetränke) aus, siehe (Statistisches Bundesamt 2024c). Der WAFG weist den Konsum aller, auch nicht zuckergesüßten, Erfrischungsgetränke im Jahr 2024 auf 125 Liter pro Jahr pro Kopf aus – davon sind 25,7 Liter „Light-Getränke“, siehe (WAFG 2024).

Diese Krankheiten führen zu hohen Kosten im Gesundheitssystem, und die jährlichen assoziierten Brutto-Versorgungskosten von erhöhtem Softdrinkkonsum können für die GKV auf etwa 3,5 Mrd. € beziffert werden.[62] [63] Der Konsum zuckergesüßter Getränke verursacht aus ökonomischer Sicht externe Kosten für das GKV-System, da ein Teil der daraus resultierenden Gesundheitskosten von Dritten, nämlich der Versichertengemeinschaft, getragen wird. Zudem können „interne Kosten" entstehen, wenn Menschen aufgrund begrenzter Selbstkontrolle Softdrinks überkonsumieren. (Cawley & Frisvold 2023); (Cutler et al. 2003) oder (Allcott et al. 2019). Sie können aber auch als marktwirtschaftliches Instrument zur herstellerseitigen Reduktion des Zuckergehalts eingesetzt werden – insbesondere dann, wenn die Steuer an den Zuckergehalt gekoppelt ist und dadurch Anreize zur Produktreformulierung setzt. Weltweit haben inzwischen über 100 Länder Abgaben auf zuckergesüßte Getränke eingeführt, darunter mehrere europäische Staaten wie Frankreich, Portugal, und Großbritannien (World Bank Group 2023). Die internationale Evidenz zeigt, dass diese größtenteils an Verbraucher weitergegeben werden oder Reformulierungen anstoßen und dadurch die Nachfrage sowie den Zuckerkonsum senken. Studien aus Hocheinkommensländern weisen zudem auf positive gesundheitliche Effekte hin, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, etwa weniger Übergewicht und eine bessere Zahngesundheit; für Erwachsene ist die Evidenz begrenzter und uneinheitlicher. Besonders gut untersucht ist die britische Herstellerabgabe: Die 2016 angekündigte und 2018 eingeführte, nach Zuckergehalt gestaffelte Abgabe führte zu einer deutlichen Reformulierung vieler Produkte, verbunden mit einem messbaren Rückgang des Zuckerkonsums und Gesundheitsgewinnen (siehe Anhang A für eine Zusammenfassung zur Evidenz der Wirksamkeit von Steuern auf zuckergesüßte Getränke).

Reformempfehlung

Angesichts der erheblichen Folgekosten eines zu hohen Konsums für die GKV sowie internationaler Evidenz empfiehlt die Kommission eine nach Zuckergehalt gestaffelte Steuer auf zuckergesüßte Getränke. Ziel ist es, Anreize für Produktrezepte mit geringerem Zuckergehalt zu setzen. Das empfohlene Modell orientiert sich an der britischen Herstellerabgabe mit nachgewiesenen Reformulierungseffekten. Empfohlen wird eine Besteuerung mit folgender Staffelung: unter 5 g Zucker/100 ml steuerfrei, 5–<8 g Zucker/100 ml: 26 Cent je Liter, ≥8 g Zucker/100 ml: 32 Cent je

---

[62] Bruttokosten erfassen die gesamten durch eine Krankheit verursachten Kosten, während Nettokosten mögliche Gegenrechnungen einbeziehen, beispielsweise entfallende Transferleistungen oder veränderte Gesundheitsausgaben infolge veränderter Lebenserwartung. Da softdrinkassozierte Erkrankungen im Durchschnitt über Jahrzehnte zu deutlich erhöhten Versorgungskosten führen aber die Lebenserwartung um wenige Jahre verkürzen sind auch substantielle negative Nettokosten zu erwarten. Siehe zum Beispiel (Jacobs et al. 2017) und (Tönnies & Baumert et al. 2021) für Typ 2 Diabetes

[63] Laut (Meier et al. 2015) sind etwa 3% der Gesundheitsausgaben auf den Konsum von Mono- und Disaccharide zurückzuführen. Da etwa ein Drittel davon aus gesüßten Getränken stammt, sind assoziierte jährliche Versorgungskosten von in etwa 3,5 Mrd. € in der GKV zu erwarten.

Liter. [64] Die Steuerhöhe sollte jährlich an die Inflation angepasst werden. Ausgenommen sind 100 % Fruchtsäfte und Getränke mit künstlichen Süßstoffen.[65] Zur Maximierung des Reformulierungsanreizes sollte die Steuer herstellernah erhoben werden (zum Beispiel Inverkehrbringer als Steuerschuldner). Um Planungssicherheit zu gewährleisten und um eine Anpassung von Produktrezepturen zu ermöglichen, empfiehlt die Kommission eine Übergangsfrist von rund zwölf Monaten zwischen Beschluss und Inkrafttreten.

Geschätzte Finanzwirkung

Die erwarteten jährlichen Steuereinnahmen aus der Abgabe auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke werden in den ersten Jahren nach Einführung auf rund 450 Mio. € geschätzt (Siehe Anhang für Berechnungsdetails). Die erwarteten jährlichen Kosteneinsparungen im GKV-System werden mittel- und langfristig auf 20 bis 170 Mio. € pro Jahr geschätzt (Siehe Anhang für Berechnungsdetails). Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich diese Einspareffekte erst mit zeitlicher Verzögerung einstellen. Zur Entlastung der solidarisch finanzierten Krankenversicherung wird empfohlen, die zu erwartenden Steuermehreinnahmen dem Gesundheitsfond der GKV zur Verfügung zu stellen.

Diskussion

Umsetzbarkeit

Die Einführung erfordert ein neues Steuergesetz. Administrativ gilt die Einführung der Steuer als gut umsetzbar, da sie an bestehende Strukturen der Verbrauchsbesteuerung anknüpfen kann.

Auswirkungen auf die Versorgung

Es ist zu erwarten, dass sich die Empfehlung positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, auswirkt, vor allem bei Personen mit einem hohen Konsum zuckergesüßter Getränke. Modellrechnungen prognostizieren allein mehrere Tausend weniger Neuerkrankungen an Typ-2-Diabetes pro Jahr (siehe Anhang für Details).

Verteilungs- und Belastungseffekte

In Anlehnung an das britische Modell soll die Empfehlung einen Anreiz für eine Produktreformulierung setzen. Dort sank mit Einführung die jährliche Pro-Kopf-Kalorienaufnahme aus Softdrinks um 6.600 kcal, wovon 84 % auf Reformulierung und nur 16 % auf preisinduzierten

---

[64] Der empfohlene Steuersatz orientiert sich an der Höhe der Herstellerabgabe in Großbritannien von 19,4 Pence (niedriger Steuersatz) beziehungsweise 25,9 Pence (höherer Steuersatz) im Jahr 2025; Umrechnungskurs Pfund zu Euro, im Februar 2026: 1,15; jährlich angenommene Inflation bis 2028: 2,5%.

[65] 100 % Fruchtsäfte sowie Fruchtsaftschorlen enthalten auch Mikronährstoffe und haben einen ernährungsphysiologischen Mehrwert. Das Bundesinstitut für Riskobewertung (BfR) kommt auf Grundlage der verfügbaren Studien zu dem Ergebnis, dass der Ersatz von Zucker durch Süßstoffe im Rahmen kalorienreduzierter Ernährung und begleitender Verhaltensinterventionen mit Gewichtsabnahme einhergehen kann, während keine eindeutigen Hinweise auf nachteilige Effekte auf den Stoffwechsel, die Darmflora oder auf neurodegenerative Erkrankungen vorliegen, siehe (Bundesinstitut für Risikobewertung 2023).

Nachfragerückgang zurückzuführen waren. Gesundheitsgewinne entstehen damit weitgehend ohne Preiserhöhungen und regressive Effekte (Dickson et al. 2025). Sozial benachteiligte Gruppen können überdurchschnittlich profitieren, da sie im Durchschnitt einen höheren Konsum zuckergesüßter Getränke aufweisen und zugleich stärker auf Preis- und Angebotsänderungen reagieren. Die Empfehlung stärkt auch den Kinderschutz, reduziert frühzeitig Gesundheitsrisiken durch geringeren Zuckerkonsum und trägt damit langfristig zu mehr intergenerationaler Gerechtigkeit bei. Die Erfahrungen aus Großbritannien liefern darüber hinaus Hinweise zu möglichen wirtschaftlichen Auswirkungen: Trotz umfangreicher Reformulierungen blieb der Softdrinkabsatz insgesamt weitgehend stabil. Zugleich ist der deutsche Markt relativ stark konzentriert – die fünf größten Hersteller vereinen rund 69 % der Absätze –, sodass Reformulierungen größtenteils von wenigen großen Akteuren umgesetzt und aufgrund von Skaleneffekten vergleichsweise effizient erfolgen können (Hans Böckler Stiftung 2020).

Im Zuge der Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten haben sich die deutschen Hersteller bereits in der Vergangenheit darauf verpflichtet, den Zuckergehalt in Erfrischungsgetränken von 2015 bis 2025 um 15% zu reduzieren. Bisherige Evaluationen lassen aufgrund methodischer Limitationen entweder keine Rückschlüsse darauf zu, ob dieses Ziel tatsächlich erreicht wurde [66], oder deuten auf deutlich geringere Zuckerreduktionen hin [67]. In Großbritannien wurde hingegen mit der gestaffelten Herstellerabgabe in viel kürzerer Zeit eine Zuckerreduktion von etwa 30% erreicht (Philipsborn et al. 2023). Die Empfehlung stellt somit ein marktwirtschaftliches Instrument dar, mit dem die politisch angestoßene Reformulierung effektiv gesteuert und dynamisiert werden kann. Sie ist gesundheitsökonomisch sehr gut begründbar und erhält die Wahlfreiheit, da sie vor allem über Anreize wirkt. Einheitliche regulatorische Rahmenbedingungen erleichtern zudem Reformulierungen und verringern Wettbewerbsnachteile für einzelne Hersteller. Die Einführung einer solchen Steuer stellt eine gesundheitspolitische Steuerungsmaßnahme dar, deren Angemessenheit im Spannungsfeld von Prävention, wirtschaftlicher Freiheit und sozialer Gerechtigkeit zu bewerten ist.. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass Erkrankungen wie Adipositas und Typ-2-Diabetes multifaktoriell bedingt sind und ihre wirksame Prävention ein Bündel gesundheitspolitischer Maßnahmen erfordert. Die Kommission wird in ihrem zweiten Bericht weitere Empfehlungen vorlegen. Bereits jetzt empfiehlt sie jedoch die Einführung einer Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke als einen zentralen Baustein eines solchen Maßnahmenmixes

---

[66] Laut den Ergebnissen des Produktmonitorings des Max Rubner-Instituts (MRI) verringerte sich der gewichtete mittlere Zuckergehalt der absatzstärksten Erfrischungsgetränke (gesüßt und ungesüßt) von 6,2 g/100 ml in 2018 (Basisjahr der Evaluation) auf 5,4 g/100 ml in 2019, 5,4 g/100 ml in 2022 und 5,3 g/100 ml in 2024; damit wäre der gewichtete mittlere Zuckergehalt der absatzstärksten Erfrischungsgetränke zwischen 2018 und 2024 um knapp 15% gefallen. Der Bericht des MRI verweist allerdings darauf, dass aufgrund der kleineren Stichprobe in der Basiserhebung 2018 marktrelevante Produkte unberücksichtigt geblieben sein könnten und dass die Unterschiede zur Basiserhebung daher methodisch bedingt sein können und nicht zwingend auf eine Veränderung unter den absatzstärksten Produkten zurückzuführen sind, siehe (Grea et al. 2025).

[67] Eine Evaluation auf Basis aggregierter kommerzieller Marktdaten zeigt gleichzeitig, dass der absatzgewichtete Zuckergehalt von Softdrinks in Deutschland zwischen 2015 und 2021 nur geringfügig von 5,3 auf 5,2 g pro 100 ml gesunken ist, siehe (Philipsborn et al. 2023).

A. Anhang

a) Details zu den erwarteten jährlichen Steuereinnahmen der Empfehlung Nummer 64

Die Schätzung der zu erwartenden Steuereinnahmen kann nur näherungsweise erfolgen und beruht auf einem vereinfachten Modell mit mehreren, zum Teil unsicheren, Annahmen. Für die Berechnung wurden folgende Ausgangspunkte und Annahmen verwendet:

- Für eine selbstgedrehte Feinschnittzigarette wird 0,75 g Tabak verwendet.
- Der durchschnittliche KVP und die durchschnittliche Tabaksteuerlast in 2026 beträgt ~39 Cent/Stück und ~20 Cent pro Stück für Zigaretten und ~215€ pro kg (umgerechnet ~16 Cent pro Stück) und 98,5€ pro kg (umgerechnet ~7 Cent/Stück) für Feinschnitt.
- Der versteuerte Verbrauch von Zigaretten in 2026 beträgt 67 Mrd. Stück, der Verbrauch von Feinschnitt etwa 25 Mio. kg (umgerechnet ~33,6 Mrd. Stück). Die Steuereinnahmen betragen 13,3 Mrd. € für Zigaretten und 2,52 Mrd. € für Feinschnitt.
- Die Steuererhöhung wird zu 100% an Verbraucher weitergegeben. Dies ist eine konservative Annahme (Primorac et al. 2025).
- Die Preiselastizität der Nachfrage beträgt -0,7 für Zigaretten und -1,0 für Feinschnitt. In der Literatur wird in der EU oftmals von einer kurzfristigen Preiselastizität der Nachfrage für versteuerte Produkte von -0,4 für Zigaretten und -0,7 für Feinschnitt ausgegangen (Kohler et al. 2023); (Jawad et al. 2018). Die langfristige Preiselastizität liegt allerdings höher und es gibt Hinweise darauf, dass die Preiselastizität der Nachfrage in Deutschland möglicherweise höher ist (Nguyen et al. 2012).
- Es erfolgt eine Substitution von Fabrikzigaretten hin zu Feinschnittzigaretten von ~0,5% pro 1% Preiserhöhung bei Fabrikzigaretten (die Analyse der Steuererhöhungen in Deutschland von 2002 - 2005 ergab, dass eine signifikante Substitution von Fabrikzigaretten zu Feinschnittzigaretten erfolgte, da Feinschnittzigaretten in etwa 10 Cent beziehungsweise 60% billiger waren; das Ausmaß der Substitution ist allerdings nur zu approximieren und es ist unklar, in welcher Größenordnung die Substitution ausfallen wird. Aktuell sind Feinschnittzigaretten etwa um 22 Cent pro Stück beziehungsweise 58% günstiger als Fabrikzigaretten, vgl. (Hanewinkel et al. 2008)).
- Im Szenario ohne Steuererhöhung steigt der Herstelleranteil in den Jahren 2027 - 2021 jährlich um 0,5 Cent/Stück bei Zigaretten und um 3€ pro kg für Feinschnitt (entspricht dem Durchschnitt der letzten 10 Jahre (Statistisches Bundesamt 2026a)) und der Verbrauch von versteuerten Zigaretten bleibt entsprechend konstant bei ~66,8 Mrd. Stück Zigaretten und 25 Mio. kg Feinschnitt (entspricht ~33,6 Mrd. Feinschnittzigaretten bei 0,75g Tabak pro Zigarette).

Unter diesen Annahmen würde der KVP (und die durchschnittliche Tabaksteuerlast) in den Jahren 2027, 2028, 2029, 2030 und 2031 pro Zigarette auf ~43 Cent (23 Cent), ~46,0 Cent (25 Cent), ~49 Cent (28 Cent), ~54 Cent (30 Cent) und ~58 Cent (33) pro Fabrikzigarette und pro kg Feinschnitt auf ~280€

(151€), ~329€ (189€), ~383€ (231€), ~441€ (227€) und ~504€ (327€) steigen (der Unterschied im KVP zwischen Zigaretten und Feinschnitt würde sich von 23 auf 20 Cent pro Zigarette verringern). Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Preissteigerung von ~8% für Zigaretten und ~18% für Feinschnitt über die 5 Jahre. Gegenüber einem Szenario ohne Steuererhöhungen wären mit der empfohlenen Steuererhöhung in den Jahren 2027, 2028, 2029, 2030 und 2031 Preissteigerungen von ~9%, ~15%, ~22%, ~29% und ~36% für Zigaretten und von ~28%, ~47%, 68%, ~90% und ~113% für Feinschnitt zu erwarten. Mit den gegebenen Preiselastizitäten und der Substitution würde sich der Konsum von Fabrikzigaretten um ~6,5, ~10,8, ~14,9, ~18,8, ~22,6 Mrd. Stück gegenüber einem Szenario ohne Steuererhöhungen verringern; ~2,7, ~4,5, ~6,2, ~8,0 und ~9,6 Mrd. Stück davon würden sich in den Konsum von Feinschnitt verlagern. Der Feinschnittkonsum würde sich damit insgesamt auf ~29,0, ~27,3, ~26,3, ~25,6 und ~25,3 Mrd. Zigaretten verringern. Insgesamt würde sich der versteuerte Konsum (Fabrikzigaretten und Feinschnittzigaretten) von 2026 bis 2031 von ~100 Mrd. Stück auf ~70 Mrd. Stück reduzieren, d.h. dies würde die Rauchintensität beziehungsweise die Rauchprävalenz von versteuerten Zigaretten um fast ein Drittel verringern. Gleichzeitig ist zu erwarten, dass der Rückgang des versteuerten Zigarettenkonsums teilweise durch einen Anstieg des illegalen Konsums sowie des legalen, nicht im Inland versteuerten Konsums (zum Beispiel durch grenzüberschreitende Käufe) kompensiert wird. Studien zeigen, dass in etwa ein Drittel der Reduktion des versteuerten Verbrauchs durch illegale Zigaretten kompensiert wird (vgl. (Kohler et al. 2023)). In Summe wäre in den Jahren 2027, 2028, 2029, 2030 und 2031 mit Steuermehreinnahmen von ~1,2 Mrd. €, ~2,1 Mrd. €, ~2,9 Mrd. €, ~3,8 Mrd. €, ~4,8 Mrd. € zu rechnen.

Alle Annahmen sind mit Unsicherheit behaftet. Bei geringerer (höherer) Preisweitergabe an Verbraucher sind geringere (höhere) Preissteigerungen und entsprechend geringere (höhere) Konsumrückgänge zu erwarten; zugleich fallen die Steuermehreinnahmen höher (geringer) aus. Bei stärker (schwächer) preissensitiver Nachfrage sind größere (geringere) Konsumreduktionen und entsprechend geringere (höhere) Steuermehreinnahmen zu erwarten. Bei gleichzeitiger Variation der Annahmen zur Preisweitergabe, zu den Nachfrageelastizitäten sowie zur Substitution von Fabrikzigaretten zu Feinschnitt um jeweils bis zu ±20 % variiert der berechnete Wert der Steuereinnahmen um bis zu ±58 %.

Alternative Approximation - Ein Blick nach Frankreich:

Frankreich erhöhte zwischen 2017 und 2022 die Tabaksteuerlast für Zigaretten um rund 12,6 Cent pro Stück und erhöhte den Mindeststeuerwert für Feinschnitt um 144 € pro kg. Die für Deutschland empfohlene Reform für den Zeitraum 2026–2031 sieht eine sehr ähnliche Größenordnung vor, nämlich eine Erhöhung der Steuerlast um 13,4 Cent pro Zigarette und um 228 € pro kg Feinschnitt. Der Zigarettenverbrauch lag in Frankreich im Jahr 2017 bei rund 44 Mrd. Zigaretten, während der Verbrauch von Feinschnitt etwa 8,4 Mio. kg betrug. Zum Vergleich: In Deutschland lag der Verbrauch im Jahr 2025 bei etwa 67 Mrd. Zigaretten und rund 25 Mio. kg Feinschnitt. Die nominalen Steuermehreinnahmen in Frankreich beliefen sich 2022 gegenüber 2017 auf etwa 1,2 Mrd. € bei Zigaretten und rund 0,57 Mrd. € für andere Tabakerzeugnisse (ein Großteil davon Feinschnitt). Sehr

vereinfacht auf das deutsche Verbrauchsvolumen hochgerechnet ergäben sich daraus nominale Steuermehreinnahmen von rund 4,6 Mrd. €. Diese überschlägige Berechnung berücksichtigt jedoch weder Unterschiede in der Preisstruktur zwischen Zigaretten und Feinschnitt noch weitere variierende verhaltens- oder marktbedingte Effekte. Zudem unterscheidet sich die geografische Situation beider Länder deutlich: Während Deutschland mit Frankreich, Belgien und den Niederlanden Nachbarländer mit teilweise höheren Tabaksteuern hat, ist Frankreich überwiegend von Ländern mit deutlich niedrigeren Tabaksteuern umgeben. Dies begünstigt in Frankreich sowohl legalen, nicht im Inland versteuerten Konsum (insbesondere durch grenzüberschreitende Käufe) als auch illegalen Tabakkonsum mehr als dies für Deutschland der Fall wäre.

Details zu den erwarteten jährlichen Kosteneinsparungen im GKV-System

Für eine Approximation der Kosteneinsparungen im GKV-System wurden folgende Überlegungen herangezogen: Eine aktuelle Analyse der (OECD 2024) und (OECD 2025c) zeigt, dass eine deutliche Reduktion der täglichen Raucherprävalenz (in Deutschland derzeit etwa 14,6 %) mit erheblichen Einsparungen im Gesundheitssystem verbunden ist. Modellrechnungen zufolge könnte ein Rückgang um rund 11 Prozentpunkte die jährlichen Gesundheitsausgaben im Zusammenhang mit Krebs um etwa 1,0 Mrd. € sowie bei anderen nichtübertragbaren Erkrankungen (unter anderem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, Demenz und Depressionen) um etwa 1,6 Mrd. € senken (vereinfachte Annahme: das Verhältnis der Kosteneinsparungen durch die Vermeidung von Krebs und anderen nichtübertragbaren Krankheiten ist über die fünf analysierten Risikofaktoren – Tabak, Alkohol, Ernährung und Luftqualität – annähernd gleich). Gleichzeitig prognostiziert die Analyse, dass damit jährlich in etwa 13,000 Krebsfälle vermieden werden könnten.

Da durch die empfohlene Reformmaßnahme eine Reduktion des Tabakkonsums um etwa 3 Prozentpunkte erwartet wird, ergeben sich daraus mittelfristig potenzielle jährliche Einsparungen im GKV-System von etwa 630 Mio. €, langfristig wären größere Einsparungen zu erwarten. Gleichzeitig könnten jährlich allein in etwa 3500 Krebserkrankungen in Deutschland vermieden werden.

b) Details zu den erwarteten jährlichen Steuereinnahmen der Empfehlung Nummer 65

Die Schätzung der zu erwartenden Steuereinnahmen kann nur näherungsweise erfolgen und beruht auf einem vereinfachten Modell mit mehreren, zum Teil unsicheren, Annahmen. Für die Berechnung wurden folgende Ausgangspunkte und Annahmen verwendet:

- Der Verbrauch von Spirituosen im Jahr 2026 entspricht 191 Millionen Liter Reinalkohol (Statistisches Bundesamt 2025a)
- Die durchschnittliche Besteuerung pro Liter Reinalkohol liegt in 2026 bei 10,34 € und damit bei 79% des Regelsteuersatz von 13,03 € pro Liter Reinalkohol. Es wird davon ausgegangen, dass dieses Verhältnis auch in den Jahren 2027 bis 2029 bestand hat (in 2024 wurden 191 Millionen Liter Reinalkohol besteuert und Steuereinnahmen von 1,98 Mrd. € generiert). In 2026 beträgt der

durchschnittliche Verkaufspreis einer 0,7 Liter-Flasche Spirituosen mit 40% vol im Laden-Einzelhandel etwa 9,50 €; bei einer Durchschnittsbesteuerung von 10,34 € pro Liter Reinalkohol entspricht der Steueranteil ~2,90 €, der Umsatzsteueranteil 1,45 € und der Herstelleranteil 4,80 €. (2024 lag der durchschnittliche Verkaufspreis im Laden Einzelhandel bei 9,15 €; berechnet aus dem Absatz von Spirituosen von 659 Mio. Flaschen und einem Umsatz von 6.029 Mio. € ((Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e. V. 2025)).

- Der Herstelleranteil steigt jährlich um 2% und der Verbrauch von Spirituosen und bleibt ohne Steuererhöhungen in den Jahren 2026 bis 2029 konstant.
- Die Preisweitergabe liegt bei 100% (Loretz & Zwirn 2015).
- Die Preiselastizität der Nachfrage für versteuerte Spirituosen beträgt -0,7% (Wagenaar et al. 2009).

Mit der empfohlenen Steuererhöhung von 5,50 €, 3,5 € und 4,0 € pro Liter Reinalkohol in den Jahren 2027, 2028 und 2029 ist eine durchschnittliche Besteuerung von 14,7 €, 17,5 €, und 20,7 € pro Liter Reinalkohol und einem durchschnittlichen Verkaufspreis von 10,9 €, 12,0 € und 13,2 € pro 0,7 Liter Schnaps zu erwarten. Dies entspricht jährlichen nominalen Preissteigerungen von etwa 17%, 10% und 10% für die Jahre 2027, 2028 und 2029. Gegenüber dem Szenario ohne Steuererhöhung sind in den Jahren 2027, 2028 und 2029 reale Preissteigerungen von 15%, 25%, und 35% pro 0,7 Liter-Spirituose und eine Verringerung der Spirituosenverbräuche auf 173 Mio. Liter, 164 Mio. Liter und 155 Mio. Liter Reinalkohol zu erwarten. Dies entspricht in etwa einer Reduktion von 0,37 Liter Reinalkohol pro Person und Jahr. Dadurch sind in den Jahren 2027, 2028 und 2029 Steuermehreinnahmen von 0,57 Mrd. €, 0,89 Mrd. € und 1,22 Mrd. € zu erwarten. Alle Annahmen sind mit Unsicherheit behaftet. Bei geringerer (höherer) Preisweitergabe an Verbraucher sind geringere (höhere) Preissteigerungen und entsprechend geringere (höhere) Konsumrückgänge zu erwarten; zugleich fallen die Steuermehreinnahmen höher (geringer) aus. Bei stärker (schwächer) preissensitiver Nachfrage sind größere (geringere) Konsumreduktionen und entsprechend geringere (höhere) Steuermehreinnahmen zu erwarten. Bei gleichzeitiger Variation der Annahmen zur Preisweitergabe und zur Nachfrageelastizität um jeweils bis zu ±20 % variiert der berechnete Wert der Steuereinnahmen um bis zu ±21 %.

Details zu den erwarteten jährlichen Kosteneinsparungen im GKV-System

Für eine Approximation der Kosteneinsparungen im GKV-System wurden folgende Überlegungen herangezogen: Eine aktuelle Analyse der OECD zeigt, dass eine Reduktion des Alkoholkonsums (aktuell in Deutschland 10,6 Liter Reinalkohol) mit erheblichen Einsparungen im Gesundheitssystem verbunden ist (OECD 2024, 2025c). Modellrechnungen zufolge könnte ein Rückgang um 40% die jährlichen Gesundheitsausgaben im Zusammenhang mit Krebs um etwa 0,86 Mrd. € sowie bei anderen nichtübertragbaren Erkrankungen (unter anderen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, Demenz und Depressionen) um etwa 1,43 Mrd. € senken (Annahme: das Verhältnis der Kosteneinsparungen durch die Vermeidung von Krebs und anderen nichtübertragbaren Krankheiten ist über die fünf analysierten Risikofaktoren – Tabak,

Alkohol, Ernährung und Luftqualität – annähernd gleich). Gleichzeitig prognostiziert die Analyse, dass damit jährlich in etwa 10,500 Krebsfälle vermieden werden könnten.

Da durch die vorgeschlagene Maßnahme eine Reduktion des Alkoholkonsums von etwa 3,7% (entspricht einer Reduktion von 0,37 Liter Reinalkohol pro Person) erwartet wird, ergeben sich daraus mittelfristig potenzielle jährliche Einsparungen im GKV-System von etwa 190 Mio. €, langfristig wären größere Einsparungen zu erwarten. Gleichzeitig könnten jährlich etwa 1000 Krebserkrankungen vermieden werden.

c) Empfehlung Nummer 66: Übersicht zur Implementierung und zur Internationalen Evidenz zur Wirksamkeit von Abgaben auf zuckergesüßte Getränke

i) Implementierung von Abgaben auf zuckergesüßte Getränke:

Weltweit haben inzwischen über 100 Länder Abgaben auf zuckergesüßte Getränke eingeführt. Die Ausgestaltung dieser Abgaben weist eine große Heterogenität in Bezug auf Design, Steuertyp, Höhe und Besteuerungsgegenstand auf – auch in Europa und den USA. Die meisten Länder in Europa und Kommunen beziehungsweise Städte in den USA erheben spezifische Verbrauchssteuern, die sich am Getränkevolumen (zum Beispiel Belgien und Niederlande in Europa und Albany, Seattle, Philadelphia, Cook County, Boulder, San Francisco, und Berkeley in den USA) und/oder dem Zuckergehalt bemessen (zum Beispiel Frankreich, Irland, Polen, Portugal und Großbritannien). Die Höhe der Steuern und Abgaben variiert substanziell und ausgewählte Kategorien, wie zum Beispiel 100%-Fruchtsäfte, zuckerhaltige Fertiggetränke wie Tee oder Kaffee sowie aromatisierte Milchgetränke, sind meist von der Besteuerung ausgenommen. Manche europäischen Länder erheben auch Steuern auf Getränke, die mit künstlichen Süßstoffen gesüßt sind (zum Beispiel Frankreich und Polen).

ii) Evidenz zur Wirksamkeit von Abgaben auf zuckergesüßte Getränke

Die Wirksamkeit von Abgaben auf zuckergesüßte Getränke lässt sich entlang mehrerer Wirkungsdimensionen beurteilen. Für die gesundheitspolitische Bewertung sind insbesondere die Preisdurchreichung, Produktreformulierung, Effekte auf Nachfrage und Konsum, Substitutionseffekte, wirtschaftliche Effekte in den betroffenen Branchen, sowie Auswirkungen auf gesundheitliche Endpunkte und medizinische Versorgungskosten relevant.

Da randomisierte kontrollierte Studien zu Abgaben auf zuckergesüßter Getränke aus naheliegenden Gründen nicht vorliegen, basiert die Evidenz für kurzfristig erwartbare Effekte – etwa zur Preisweitergabe, Produktreformulierung, zu Veränderungen von Nachfrage und Konsum, zu Substitutionseffekten, Auswirkungen auf das Körpergewicht oder wirtschaftliche Effekte in den betroffenen Branchen – überwiegend auf naturalistischen Experimenten aus Ländern und Regionen, in denen entsprechende Maßnahmen eingeführt wurden.

Effekte auf chronische Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes und Herzkreislauferkrankungen sowie auf assoziierte Behandlungskosten sind erst nach vielen Jahren Verzögerung zu erwarten - die Evidenz hierzu basiert deswegen gegenwärtig auf Modellierungsstudien.

iii) Empirische internationale Evidenz

Eine systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse aus dem Jahr 2022 fasst alle Studien, die bis 2020 publiziert wurden und den Effekt implementierter Abgaben auf zuckergesüßte Getränke empirisch analysierten, zusammen (Andreyeva et al. 2022). Die überwiegende Mehrheit der inkludierten Studien in der Übersichtsarbeit stammt aus den USA und Europa.

Preisweitergabe: Die Übersichtsarbeit von (Andreyeva et al. 2022) zeigt, dass ein Großteil der Abgaben (82%) an Verbraucher weitergegeben wird. Die zu erwartende Preisweitergabe hängt allerdings von vielen Faktoren, wie der Preiselastizität der Nachfrage, der Marktstruktur und der Marktmacht der Hersteller, ab.

Reformulierung: Ein Großteil der bisherigen Studien zu gestaffelten Steuern oder Herstellerabgaben zeigen Reformulierungseffekte (Andreyeva et al. 2022) diese Evidenz stammt größtenteils aus Großbritannien (für Details hierzu siehe Absatz Empirische Evidenz aus Großbritannien). Gleichzeitig gibt es Beispiele aus Ländern mit gestaffelten Abgaben, in denen nur geringe oder keine Reformulierungseffekte beobachtet wurden (Leibinger et al. 2025).

Nachfrage und Konsum: Die internationale Evidenz zeigt, dass mit Einführung von Abgaben die Nachfrage nach Softdrinks sinkt (Andreyeva et al. 2022), (Teng et al. 2019). Basierend auf einem ökonometrischen Nachfragemodel und Daten der deutschen Einkommens- und Verbraucherstichprobe 2018 liegt die Preiselastizität der Nachfrage für zuckergesüßte Getränke in Deutschland bei -0,96, d.h. pro 10% Preissteigerung ist eine 9,6%-ige Nachfragereduktion zu erwarten (Staudigel et al. 2025).

Substitution: Es sind vor allem dann positive gesundheitliche Effekte zu erwarten, wenn Verbraucher nicht auf ähnlich ungesunde und kalorienhaltige nicht-besteuerte Produkte ausweichen. Studien zu Substitutionseffekten betrachten sowohl Ausweichreaktionen innerhalb des Getränkesektors als auch breitere Veränderungen im Lebensmittelkonsum. Die aktuelle Studienlage zeigt insgesamt keine systematische Substitution zu anderen Getränken (Andreyeva et al. 2022). Eine Übersicht zu Studien aus den USA zeigt begrenzte Ausweichreaktionen zu anderen ungesunden Lebensmitteln, die den Rückgang des Zuckerkonsums allerdings nicht kompensieren (Oddo et al. 2021).

Gesundheitliche Effekte: Die Übersichtsarbeit von (Andreyeva et al. 2022) enthält lediglich fünf Studien, die den Effekt auf gesundheitliche Endpunkte analysieren. Diese Studien analysieren den Effekt älterer niedriger Verkaufssteuern aus den USA, die – anders als moderne Verbrauchsteuern – nicht im ausgewiesenen Produktpreis enthalten sind, sondern erst beim Bezahlvorgang hinzugefügt werden und daher für Verbraucherinnen und Verbraucher weniger salient sind. Basierend auf dem Suchalgorithmus dieser Übersichtsarbeit wurden 13 Einzelstudien identifiziert, die seit 2020

publiziert wurden und die den Effekt implementierter spezifischer Verbrauchssteuern oder Abgaben auf Softdrinks auf gesundheitliche Endpunkte in Hocheinkommensländern analysieren. Alle 13 identifizierten Studien verwenden empirische quasi-experimentelle Ansätze und analysieren Steuern beziehungsweise Herstellerabgaben in den USA und in Großbritannien über eine Nachbeobachtungszeit von ein bis sechs Jahren. Die Mehrzahl dieser Studien deutet auf positive gesundheitliche Effekte hin, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Studien, die die Einführung von Softdrinksteuern in verschiedenen Städten und Kommunen bei Kindern in den USA analysieren, finden Rückgänge bei Körpergewicht oder Adipositasprävalenz in der Gesamtpopulation (Flynn 2023), (Jones-Smith et al. 2024), (Young et al. 2024), (Cui et al. 2025)). Eine Studie findet hingegen keine signifikanten Effekte (Gregory et al. 2025). Drei Studien zur Einführung der gestaffelten Herstellerabgabe in Großbritannien zeigen bei Kindern Verbesserungen der Zahngesundheit, einen Rückgang asthmabedingter Hospitalisierungen sowie in bestimmten Gruppen eine Reduktion der Adipositasprävalenz (für Details siehe den Absatz „*Empirische Evidenz aus Großbritannien*). Studien, die die Einführung von Softdrinksteuern in verschiedenen Städten und Kommunen in den USA bei Erwachsenen analysieren, finden teils eine Verringerung des Körpergewichts oder der Adipositasprävalenz (Liu et al. 2025), (Chung & Xu 2025)) und teils keine positiven Effekte auf Körpergewicht oder Adipositas (Liu et al. 2025), (Zhao et al. 2025). Eine Studie zeigt zudem eine Reduktion von Gestationsdiabetes und ein verringertes Risiko für niedriges Geburtsgewicht bei Neugeborenen (Jackson et al. 2023).

Wirtschaftliche Effekte: Studien aus den USA finden keine Hinweise auf negative Beschäftigungseffekte durch Steuern auf zuckergesüßte Getränke (Andreyeva et al. 2022), (Marinello, Leider & Powell 2021), (Marinello, Leider, Pugach & Powell 2021). Studien aus Großbritannien zeigen kurzfristige negative Effekte auf den Inlandsumsatz der Softdrink-Hersteller sowie kurzfristige negative Aktienmarkteffekte zum Zeitpunkt der Ankündigung (für Details siehe hierzu Absatz *Empirische Evidenz aus Großbritannien*).

iv) Empirische Evidenz aus Großbritannien

Die britische Herstellerabgabe auf Softdrinks (Soft Drinks Industry Levy) wurde 2016 angekündigt und im April 2018 eingeführt. Aktuell betragen die Abgaben 19,6 Pence/Liter für Produkte mit >5 g und <8g Zucker/100 ml und 25,9 Pence/Liter für Produkte mit >8 g Zucker/100 ml.

Reformulierung: Nach Ankündigung und Einführung der SDIL kam es zu einer ausgeprägten Reformulierung: Der Anteil der Softdrinks mit einem Zuckergehalt über 5 g/100 ml sank um rund 34 Prozentpunkte (Scarborough et al. 2020). Der absatzgewichtete durchschnittliche Zuckergehalt von Softdrinks reduzierte sich um etwa 31 % (Philipsborn et al. 2023). Parallel dazu stieg nach Einführung der SDIL der Anteil von Produkten mit Süßstoffen um etwa 4 Prozentpunkte (Luick et al. 2024).

Nachfrage und Konsum: Studien zeigen, dass das Absatzvolumen von Softdrinks insgesamt weitgehend stabil blieb, und gleichzeitig die über Softdrinks konsumierte Zuckermenge und die Gesamtmenge freier Zucker sank (Rogers & Pell et al. 2023); (Rogers, Cummins, Jones, Mytton &

Rayner et al. 2024). 84 % der Reduktion der jährlichen Pro-Kopf-Kalorienaufnahme aus Softdrinks sind auf Reformulierungen zurückzuführen, während lediglich 16 % auf preisinduzierte Nachfragerückgänge entfallen (Dickson et al. 2025).

Substitution: Die bisherigen Evaluationen zeigen eine reduzierte Aufnahme von Zucker aus von der Herstellerabgabe betroffenen Getränken, ohne dass es zu einer erhöhten Nachfrage nach Substitutionsprodukten wie Alkohol oder Süßwaren kommt (Jones et al. 2025).

Gesundheitliche Effekte: Die beobachteten Veränderungen im Angebot und Konsum gingen mit messbaren Gesundheitsgewinnen bei Kindern einher. Studien, zeigen eine Reduktion der Adipositasprävelanz bei 10-11 jährigen Mädchen, aber nicht bei 10-11 Jungen oder 4-5 Jährigen Kindern (Rogers & Cummins et al. 2023), Verbesserungen bei der Zahngesundheit (Rogers & Conway et al. 2023) und einen Rückgang asthmabedingter Hospitalisierungen (Rogers, Cummins, Jones, Mytton & Roberts et al. 2024).

Wirtschaftliche Effekte: Die Ankündigung der gestaffelten Softdrinkabgabe führte kurzfristig zu Rückgängen im Inlandsumsatz der Hersteller sowie zu negativen Reaktionen an den Aktienmärkten. Diese Effekte traten vor allem im Zeitraum zwischen Ankündigung und Einführung der Steuer auf und deuten auf Anpassungsreaktionen der Unternehmen hin. Nach Implementierung der Steuer zeigten sich jedoch keine Hinweise auf anhaltende negative Effekte auf Umsätze oder Marktbewertungen der betroffenen Unternehmen (Law, Cornelsen, Adams & Pell et al. 2020); (Law, Cornelsen, Adams & Penney et al. 2020).

Projizierte langfristige Effekte für Deutschland aus Modellierungsstudien

Modellierungsstudien für Deutschland prädizieren, dass langfristig mit weniger Karies, Adipositas, Typ-2-Diabetes, und KHK-Fällen sowie signifikanten Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem zu rechnen ist (Schwendicke et al. 2016); (Schwendicke & Stolpe 2017); (Emmert-Fees et al. 2023).

v) Details zu den erwarteten jährlichen Steuereinnahmen der Empfehlung

Die Schätzung der zu erwartenden Steuereinnahmen kann nur näherungsweise erfolgen und beruht auf mehreren, zum Teil unsicheren, Annahmen. Für die Berechnung wurden folgende Ausgangspunkte verwendet:

Der jährliche Absatz zuckergesüßter Getränke in Deutschland heute (~7,8 Mrd. Liter) und in Großbritannien 2015 im Jahr vor Einführung der Herstellerabgabe (~8,0 Mrd. Liter) ist in etwa vergleichbar (ReportLinker Research 2023).

Auch der durchschnittliche Zuckergehalt von zuckergesüßten Getränken in Deutschland heute und in Großbritannien 2015 vor Einführung der Herstellerabgabe sind in etwa vergleichbar (Philipsborn et al. 2023).

Im ersten vollen Kalenderjahr (2019) nach Einführung der Herstellerabgabe in Großbritannien wurden £337 Mio. an Abgaben, bei einer Abgabenhöhe von 18 Pence für Getränke mit einem Zuckergehalt von 5-8g /100ml und von 23 Pence für Getränke einem Zuckergehalt von >8g/100ml, abgeführt (UK Parliament Treasury 2021).

Bei gleichen Reformulierungseffekten wie in Großbritannien wären in Deutschland demnach bei einer Steuerhöhe von 26 Cent für Getränke mit einem Zuckergehalt von 5-8g/100ml und 32 Cent für Getränke mit einem Zuckergehalt von >8g /100ml Steuereinnahmen von etwa 453 Mio. € im ersten Jahr nach Einführung der Steuer zu erwarten. Bei einer etwas geringeren Zeit zwischen Ankündigung und Einführung der Steuer als in Großbritannien und dementsprechend etwas geringeren Reformulierungseffekten könnten diese Einnahmen auch höher ausfallen. Die Unsicherheit dieser Schätzung ergibt sich vor allem aus dem tatsächlichen Ausmaß möglicher Reformulierungen und die Einnahmen könnten deswegen bis zu 50% höher oder niedriger ausfallen. Falls es zu geringeren Reformulierungen und entsprechenden Preisanpassungen kommt, sind preisinduzierte Konsumreduktionen in den besteuerten Produktsegmenten zu erwarten.

vi) Details zu den erwarteten jährlichen Kosteneinsparungen der Empfehlung

In einer Modellierungsstudie für Deutschland wurden langfristige gesundheitliche Effekte und Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem projiziert. Für ein Besteuerungsszenario, das der gestaffelten Herstellerabgabe in Großbritannien ähnelt und eine Reduktion des Zuckergehalts um 30 % durch Reformulierung annimmt, ergeben sich über einen Zeithorizont von 20 Jahren Kosteneinsparungen in Höhe von 0,5 bis 3,8 Mrd. € sowie 32.000 bis 244.000 vermiedene oder verzögerte Diabetesfälle (Emmert-Fees et al. 2023). Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Einsparpotential von etwa 20 bis 170 Mio. € im GKV-System sowie rund 1.600 bis 12.000 vermiedenen oder verzögerten Diabetesfällen pro Jahr.

Literaturverzeichnis

ABDA (Hg.) (2023) „*Hintergrund: Zu den politischen Forderungen der Apothekerschaft*“, https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/2023_Sprechzettel.pdf [10.03.2026].

ABDA (Hg.) (2024) „*Mehrwertsteuer auf Arzneimittel – Der Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel ist in den 27 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sehr unterschiedlich. Deutschland hat – nach Dänemark und Bulgarien – einen der höchsten Steuersätze. Im Gegensatz dazu haben Malta, Irland und Schweden zumindest bestimmte Arzneimittel komplett von der Mehrwertsteuer befreit.*“, https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Zahlen-Daten-Fakten-24/ZDF_2024_112_Mehrwertsteuer_auf_Arzneimittel.pdf [15.03.2026].

ABDA (Hg.) (2025) „*Pharmazeutische Dienstleistungen: Apothekerschaft warnt vor Sparwahn der Krankenkassen*“, https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/newsroom/detail/pharmazeutische-dienstleistungen-apothekerschaft-warnt-vor-sparwahn-der-krankenkassen/ [05.02.2026].

ADAC (Hg.) (2026) „*Spritpreis-Entwicklung: Benzin- und Dieselpreise seit 1950*“, https://www.adac.de/verkehr/tanken-kraftstoff-antrieb/deutschland/kraftstoffpreisentwicklung/#2011-bis-2020 [06.02.2026].

akzept e.V. (Hg.) (2021) „*8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021*“, https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2021/07/ADSB8-2021web.pdf [23.03.2026].

Albrecht, M. & Ochmann, R. (2025) „*Versicherungsfremde Leistungen in der GKV – Systematische Darstellung und Bewertung vorliegender Ansätze zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*“, IGES, https://www.iges.com/sites/igesgruppe/iges/content/e2622/e2634/e5722/e16776/e16777/e16779/attr_objs16781/Ergebnisbericht_versicherungsfremde_Leistungen_final_ger.pdf [24.03.2026].

Allcott, H., Lockwood, B. B. & Taubinsky, D. (2019) „*Should We Tax Sugar-Sweetened Beverages? An Overview of Theory and Evidence*“, *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 33 (3), S. 202-227. DOI: 10.1257/jep.33.3.202.

Althouse, B. M., Bergstrom, T. C. & Bergstrom, C. T. (2010) „*Evolution in health and medicine Sackler colloquium: a public choice framework for controlling transmissible and evolving diseases*“, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107 Suppl 1 (Suppl 1), S. 1696-1701. DOI: 10.1073/pnas.0906078107.

an Pan & Hu, F. B. (2011) „*Effects of carbohydrates on satiety: differences between liquid and solid food*“, *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, Vol. 14 (4), S. 385-390. DOI: 10.1097/MCO.0b013e328346df36.

Andreyeva, T., Marple, K., Marinello, S., Moore, T. E. & Powell, L. M. (2022) „*Outcomes Following Taxation of Sugar-Sweetened Beverages: A Systematic Review and Meta-analysis*“, *JAMA network open*, Vol. 5 (6), e2215276. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.15276.

Angermaier, A. & Krauskopf, D. (2026) *„Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung – Kommentar“*, 2025. Aufl., München, C.H. Beck, https://beck-online.beck.de/?vpath=bibdata/komm/KrauskopfKoSozKrankenversPflegevers_127/cont/KrauskopfKoSozKrankenversPflegevers.htm.

Angus, C., Holmes, J. & Meier, P. S. (2019) *„Comparing alcohol taxation throughout the European Union“*, *Addiction (Abingdon, England)*, Vol. 114 (8), S. 1489-1494. DOI: 10.1111/add.14631.

AOK Sachsen-Anhalt (Hg.) (2025) *„Kostenvergleich Cannabishaltiger Arzneimittel Unterstützung einer wirtschaftlichen Verordnung“*, https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Wirtschaftliche_Verordnung/Sachsen-Anhalt/san_wv_canabis.pdf [02.03.2026].

AOK-Bundesverband eGbR & Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hg.) (2025) *„Public Health Index 2025 – Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich“*, https://www.aok.de/pp/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=74002&dl=1&token=0deb62367f7f9a00b9439647a4987ac4ef59d1c0&download=1 [23.03.2026].

AOK-Bundesverband (Hg.) (2026) *„AOK-Positionen zur Arzneimittelversorgung“*, https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmenskommunikation/Gesundheitspolitik/Hintergruende/Arzneimittel/2026_01_Positionspapier_Arzneimittel.pdf [22.02.2026].

Atella, V. & Decarolis, F. (2019) *„Procuring Medical Devices: Evidence from Italian Public Tenders“*, *SSRN Electronic Journal*. DOI: 10.2139/ssrn.3744088.

Augurzky, B., Bauer, T. K. & Schaffner, S. (2007) *„Zeigt die Praxisgebühr die gewünschte Wirkung? – RWI Positionen Nr. 16“,* Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, *RWI Positionene* - 16, https://www.econstor.eu/bitstream/10419/52569/1/666540969.pdf [26.03.2026].

Bach, S., Isaak, N. & Banal-Estanol, A. (2018) *„Senkung der Mehrwertsteuer entlastet untere und mittlere Einkommen am stärksten“*,

Bagus, T., Roser, S. A. & Watzl, B. (2016) *„Reformulierung von verarbeiteten Lebensmitteln - Bewertungen und Empfehlungen zur Reduktion des Zuckergehalts“,* Institut für Physiologie und Biochemie der Ernährung, https://www.mri.bund.de/fileadmin/MRI/Themen/Reformulierung/Reformulierung_Thema-Zucker.pdf [20.03.2026].

Baldascino, A., Carlà, M. M., Giannuzzi, F., Boselli, F., Caporossi, T., Gambini, G., Villano, A., Caporossi, A. & Rizzo, S. (2022) *„Femtosecond Laser-Assisted Cataract Surgery: Analysis of Surgical Phases and Comparison with Standard Phacoemulsification in Uncomplicated Cataracts“*, *Vision (Basel, Switzerland)*, Vol. 6 (4). DOI: 10.3390/vision6040072.

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (2025) *„Interaktive Grafiken zum Zahnreport“*, https://www.bifg.de/publikationen/reporte/zahnreport.

Bartels, H. (2023) *„Lena Frerichs, Der Anspruch auf Krankenbehandlung nach §§ 4,6 AsylbLG – zugleich ein verfassungstheoretischer Beitrag zum Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums“*, *GesundheitsRecht*, Vol. 22 (12), S. 816. DOI: 10.9785/gesr-2023-221220.

Becker, U., Kingreen, T., Axer, P. & Wallrabenstein, A. (Hg.) (2024) „*SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung: Kommentar*“, 9. Aufl., C.H. Beck, https://beck-online.beck.de/?vpath=bibdata/komm/BeckerKingKoSGBV_9/cont/BeckerKingKoSGBV.htm.

Bewertungsausschuss (2012a) „*Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2012-10-22_ba288_5.pdf [02.03.2026].

Bewertungsausschuss (2012b) „*Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 22. Oktober 2012*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2012-10-22_ba288_9.pdf.

Bewertungsausschuss (2013) „*Erratum zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 311. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Oktober 2013*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2013-06-28_ba311_2.pdf.

Bewertungsausschuss (2014) „*Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014 zu einem Verfahren zur Aufnahme von neuen Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2014*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-03-25_ba323.pdf [19.03.2026].

Bewertungsausschuss (2023) „*Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 653. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3b SGB V zur auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit Wirkung zum 1. April 2023*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2023-06-01_ba653.pdf [03.03.2026].

Bewertungsausschuss (2024) „*Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 716. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Teil A zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2024*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-05-21_ba716.pdf.

Bewertungsausschuss (2025a) „*Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 797. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2026 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V sowie zur Bereinigung der Kodiereffekte, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Abs. 1 Satz 6 SGB V entstehen mit Wirkung zum 31. Juli 2025*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2025-08-20_ba797.pdf [05.03.2026].

Bewertungsausschuss (2025b) „*Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 804. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3b SGB V zur auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit Wirkung zum 1. Oktober 2025*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2025-09-22_ba804.pdf [03.03.2026].

Bilbao, A. & Spanagel, R. (2022) „*Medical cannabinoids: a pharmacology-based systematic review and meta-analysis for all relevant medical indications*“, *BMC medicine*, Vol. 20 (1), S. 259. DOI: 10.1186/s12916-022-02459-1.

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH (2023) „*Evaluation der Screeninguntersuchungen auf Hautkrebs gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – Abschlussbericht der Jahre 2019 bis 2022*“, https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5655/2023-09-19_BQS-HKS-Abschlussbericht_2019-2022.pdf [03.03.2026].

Braun, B. & Spassov, A. (2024) „*Kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen – Abschlussbericht: Merkmale einer kieferorthopädischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (2018-2023).*“, https://assets.hkk.de/fileadmin/dateien/allgemeines_uebergeordnet/reports/gesundheitsreports/2024_hkk_gesundheitsreport_kieferorthopaedische_behandlung.pdf [07.03.2026].

Breyer, F. (2025) „*Gesetzliche Krankenversicherung: Mitversicherung abschaffen?*“, *Wirtschaftsdienst*, Vol. 105 (11), S. 773. DOI: 10.2478/wd-2025-0199 [27.03.2026].

Breyer, F.; Zweifel, P. & Kifmann, M. (2013) „*Gesundheitsökonomik*“, 6. Aufl., Springer Gabler.

Bundesagentur für Arbeit (2026) „*Beschäftigte (Wirtschaftszweige, hochgerechnet, Monatszahlen) – Deutschland*“, https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/Aktuell/analyse/bericht-wirtschaftszweige/bericht-wirtschaftszweige-d-1-pdf.pdf?__blob=publicationFile [12.03.2026].

Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2025) „*Arbeitsmarktsitation im Pflegebereich*“, *Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt*, statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf [12.02.2026].

Bundesamt für Soziale Sicherung (2015) „*Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. März 1998 – geändert am 9. November 2006 – in der Fassung vom 11. November 2015 (Wettbewerbsgrundsätze 2016)*“, Bundesamt für Soziale Sicherung, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/20220316_Gemeinsame_Wettbewerbsgrundsaetze_GKV_inkl._Ergaenzungsbeschluesse.pdf [22.03.2026].

Bundesamt für Soziale Sicherung (2022a) „*Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Sonderbericht_Hilfsmittelversorgung_digital_barrierefrei.pdf.

Bundesamt für Soziale Sicherung (2022b) „*Tätigkeitsbericht 2021*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Taetigkeitsberichte/20220714_BAS_Taetigkeitsbericht_2021_red.pdf [02.03.2026].

Bundesamt für Soziale Sicherung (2023) „*Tätigkeits-bericht 2022*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Taetigkeitsbericht_2022.pdf [02.03.2026].

Bundesamt für Soziale Sicherung (2024) „*Tätigkeits-bericht 2023*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Taetigkeitsbericht2023_barrierefrei.pdf [02.03.2026].

Bundesamt für Soziale Sicherung (2025a) „*BAS-Report 2024*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Presse/2025/20250821_BAS_Report2024_web_barrierefrei.pdf [02.03.2026].

Bundesamt für Soziale Sicherung (2025b) „*Begleitbericht des Bundesamtes für Soziale Sicherung zur Jahresrechnung des Gesundheitsfonds für das Geschäftsjahr 2024*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/2024/20250730_Begleitbericht_BAS_zur_KJ1_2024.pdf [02.03.2026].

Bundesamt für Soziale Sicherung (2026) „*Risikostrukturausgleich – GKV-Ausgabenprofil nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2024*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen/ [20.03.2026].

Bundesärztekammer (2022) „*Keine Homöopathie mehr in der Musterweiterbildungsordnung - Bundesärztekammer*“, https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/bremen-keine-homoeopathie-mehr-in-der-musterweiterbildungsordnung [24.03.2026].

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2019) „*Cannabis als Medizin Erste Erkenntnisse aus der Begleiterhebung*“, https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis/Vortrag_Cannabis_Begleiterhebung.pdf?__blob=publicationFile&v=3.

Bundesinstitut für Risikobewertung (2023) „*Süßungsmittel: Mehrheit der Studien bestätigt keine Gesundheitsbeeinträchtigung - allerdings ist die Studienlage unzureichend: Stellungnahme Nr. 004/2023 des BfR vom 07. Februar 2023 (Bewertungsstand 23. September 2019)*“, https://www.bfr.bund.de/cm/343/suessungsmittel-mehrheit-der-studien-bestaetigt-keine-gesundheitsbeeintraechtigung-allerdings-ist-die-studienlage-unzureichend.pdf [20.03.2026].

Bundesministerium der Finanzen (1995) „*AfA-Tabelle für den Wirtschaftszweig "Gesundheitswesen"*“, https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/Weitere_Steuerthemen/Betriebspruefung/AfA-Tabellen/AfA-Tabelle_Gesundheitswesen.html [09.03.2026].

Bundesministerium für Gesundheit (2012) „*Neuregelungen im Jahr 2013 im Bereich Gesundheit und Pflege – Nr. 84*“, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2012/2012_4/121221_PM_AEnderungen_Januar_2013.pdf [02.03.2026].

Bundesministerium für Gesundheit (2025a) „*Alkohol (Zahlen, Daten und Fakten)*“, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alkohol [23.03.2026].

Bundesministerium für Gesundheit (2025b) „*Arbeitsauftrag an die FinanzKommission Gesundheit (FKG)*“, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/250908_Kommission_Arbeitsauftrag_FKG.pdf [05.02.2026].

Bundesministerium für Gesundheit (2025c) „*Besetzung der FinanzKommission Gesundheit*“, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/250908_Kommission_Besetzungsliste.pdf [21.03.2026].

Bundesministerium für Gesundheit (2025d) „*Bundesgesundheitsministerin Warken stellt GKV-Kommission vor | BMG*“,

Bundesministerium für Gesundheit (2025e) „*Die elektronische Patientenakte (ePA) für alle*“, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/elektronische-patientenakte/epa-fuer-alle [02.03.2026].

Bundesministerium für Gesundheit (2025f) „*Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung - Referentenentwurf*“, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/RefE_Notfallreform.pdf [14.03.2026].

Bundesministerium für Gesundheit (2025g) „*Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung*“, BMG, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzierung-gkv [24.03.2026].

Bundesministerium für Gesundheit (2025h) „*Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung – Informationsblatt Nr. 223-06*“, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Zuzahlungsregelungen_GKV.pdf [19.03.2026].

Bundesministerium für Gesundheit (2026) „*Start des Dialogprozesses zur Erarbeitung eines Primärversorgungssystems – Pressemitteilung*“, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/start-des-dialogprozesses-zur-erarbeitung-eines-primaerversorgungssystems-pm-27-01-2026 [18.03.2026].

Bundesminsterium der Finanzen (2021) „*Monatsbericht des BMF – Juli 2021*“, BMF, https://www.bundesfinanzministerium.de/Monatsberichte/2021/07/Inhalte/Kapitel-3-Analysen/3-1-modernisierung-tabaksteuerrecht-pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [23.03.2026].

Bundesrechnungshof (2018a) „*Abschließende Mitteilung an das Bundesministerium für Gesundheit und den GKV-Spitzenverband über die Prüfung der Leistungen für Kieferorthopädie*“, https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2018/leistungen-kieferorthopaedie-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [26.02.2026].

Bundesrechnungshof (2018b) „*Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten*“, www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2018/rettungsfahrten-und-flugrettungstransporte-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=1.

Bundesrechnungshof (2019) „*Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung*“, www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2019/krankenhausabrechnungen-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=1.

Bundesrechnungshof (2026) „*Extrabudgetäre Vergütung von Leistungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) in der ambulanten Versorgung – Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages*“, https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2026/tsvg-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [28.03.2026].

Bundesrechnungshof (BRH) (2023) „*Extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung – Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages*“,

Bundessozialgericht (BSG) (1983) „*8 RK 29/82*“, Urteil.

Bundessozialgericht (BSG) (1992) „*1 RR 7/91*“, Urteil.

Bundessozialgericht (BSG) (1998) „*B 1 KR 36/97 B*“, Urteil.

Bundessozialgericht (BSG) (1999) „*B 6 KA 14/98 R*“, Urteil.

Bundessozialgericht (BSG) (2001) „*B 6 KA 58/00 R*“, Urteil.

Bundessozialgericht (BSG) (2014) „*B 6 KA 6/14 R*“, Urteil.

Bundessozialgericht (BSG) (2017) „*B 6 KA 5/16 R*“, Urteil.

Bundessozialgericht (BSG) (2021) „*B 1 A 2/20 R*“, Urteil.

Bundessozialgericht (BSG) (2024) „*B 2 A 1/22 R*“, Urteil.

Bundestagsfraktionen von CDU, CSU und SPD (2025) „*Änderungsanträge zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege*“, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/FH_AEA_GE_Befugniserweiterung_Massnahmen_GKV-Beitraege_2026.pdf [02.03.2026].

Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e. V. (2025) „*Daten aus der Alkoholwirtschaft 2025*“, www.spirituosen-verband.de/fileadmin/Datenablage/downloads/BSI-Datenbroschuere_2025.pdf [23.03.2026].

Bundesverband der pharmazeutischen Industrie e. V. (2023) „*Pharma-Daten 2023*“, www.bpi.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=77439&token=cc627b84d69c38fc2c751b2fa9ecc5b4a174e727 [10.03.2026].

Bundesverband der pharmazeutischen Industrie e.V. (2025) „*OTC-Daten 2025*“, https://www.bpi.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=81958&token=f841b432679f0b1ae117ac8cf31239b50e41dbfb [12.03.2026].

Bünnings, C. & Tauchmann, H. (2015) „*Who Opts out of the Statutory Health Insurance? A Discrete Time Hazard Model for Germany*“, *Health economics*, Vol. 24 (10), S. 1331-1347. DOI: 10.1002/hec.3091.

Burton, R., Sharpe, C., Bhuptani, S., Jecks, M., Henn, C., Pearce-Smith, N., Knight, S., Regan, M. & Sheron, N. (2024) „*The relationship between the price and demand of alcohol, tobacco, unhealthy food, sugar-sweetened beverages, and gambling: an umbrella review of systematic reviews*“, *BMC public health*, Vol. 24 (1), S. 1286. DOI: 10.1186/s12889-024-18599-3.

BVerfG 1. Senat (1957) „*1 BvR 134/56*“, Urteil.

BVerfG 1. Senat (1977) „*1 BvR 108/73, 1 BvR 424/73, 1 BvR 226/74*“, Beschluss.

BVerfG 1. Senat (1997) „*1 BvR 1953/97*“, Kammerbeschluss.

BVerfG 1. Senat (2001) „*1 BvR 491/96*“, Beschluss.

BVerfG 1. Senat (2005) „*1 BvR 347/98*“, Beschluss.

BVerfG 1. Senat (2008) „*1 BvR 2156/02, 1 BvR 2206/02*“, Nichtannahmebeschluss.

BVerfG 1. Senat (2009) „*1 BvR 706/08, 1 BvR 814/08, 1 BvR 819/08, 1 BvR 832/08, 1 BvR 837/08*“, Urteil.

BVerfG 1. Senat (2010) „*1 BvL 1/09, 1 BvL 3/09, 1 BvL 4/09*“, Urteil.

BVerfG 1. Senat (2025a) „*1 BvR 1507/23, 1 BvR 2197/23*“, Beschluss.

BVerfG 1. Senat (2025b) „*1 BvR 1507/23, 1 BvR 2197/23*“, Leitsätze zum Beschluss des Ersten Senats vom 07. Mai 2025.

BVerfG 2. Senat (1975) „*2 BvR 879/73*“, Beschluss.

BVerfG 2. Senat (1982) „*2 BvR 1187/80*“, Beschluss.

BVerfG 2. Senat (2004) „*2 BvR 1248/03, 2 BvR 1249/03*“, Beschluss.

BVerfG 2. Senat (2005a) „*2 BvF 2/01*“, Beschluss.

BVerfG 2. Senat (2005b) „*2 BvF 2/03*“, Beschluss.

BVMed (2026) „*Pressemitteilung: GKV-Finanzen entlasten: Mehrwertsteuer für Medizinprodukte einschließlich Hilfsmittel senken*“, https://www.bvmed.de/verband/presse/pressemeldungen/gkv-finanzen-entlasten-mehrwertsteuer-fuer-medizinprodukte-einschliesslich-hilfsmittel-senken [10.03.2026].

Carstensen, J., Seibert, H. & Wiethoelter, D. (2025) „*Entgelte von Pflegekräften 2024 – Aktuelle Daten und Indikatoren*“, https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2024.pdf [10.02.2026].

Cawley, J. & Frisvold, D. (2023) „*Review: Taxes on sugar-sweetened beverages: Political economy, and effects on prices, purchases, and consumption*“, *Food Policy*, Vol. 117, S. 102441. DOI: 10.1016/j.foodpol.2023.102441.

Centers for Medicare & Medicaid Services „*Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP)*“, https://www.cms.gov/medicare/payment/prospective-payment-systems/acute-inpatient-pps/hospital-readmissions-reduction-program-hrrp [16.02.2025].

CEPS (2025) „*Comité économique des produits de santé, Rapport d'activité 2024*“, sante.gouv.fr/IMG/pdf/ceps_ra2024_version_definitive_decembre_2025.pdf [30.01.2026].

Chaloupka, F.; Levy, M. & White, J. (2019) „*Estimating Biases in Smoking Cessation: Evidence from a Field Experiment*“,

Chandra, A., Flack, E. & Obermeyer, Z. (2024) „*The Health Costs of Cost Sharing*“, *The quarterly journal of economics*, Vol. 139 (4), S. 2037-2082. DOI: 10.1093/qje/qjae015.

Chung, S.-H. & Xu, L. (2025) „*Impact of sugar-sweetened beverages tax on obesity and obesity-related health conditions: evidence from Washington State's soft drink syrup tax*“, *Health economics review*, Vol. 15 (1), S. 92. DOI: 10.1186/s13561-025-00664-1.

Cui, D., Baum, C. F. & Hawkins, S. S. (2025) „*Associations Between Sugar-Sweetened Beverage Taxes and Weight Outcomes Among US Adolescents*“, *Journal of public health management and practice : JPHMP*, Vol. 31 (3), E187-E199. DOI: 10.1097/PHH.0000000000002108.

Cutler, D. M., Glaeser, E. L. & Shapiro, J. M. (2003) „*Why Have Americans Become More Obese?*“, *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 17 (3), S. 93-118. DOI: 10.1257/089533003769204371.

DAK-Gesundheit (2025) „*AMNOG-Report*“, https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/133706/data/bcf5f69e2d06f6dd713b91989d792c5d/amnog-report-2025-ebook.pdf [15.02.2026].

DAK-Gesundheit (2026) „*AMNOG-Kurzreport*“, https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/162376/data/762da0e84874d23a5d899ab05dfae0cd/amnog-kurzreport-2026-ebook.pdf [17.03.2026].

DAV (o. J.) „*Pharmazeutische Dienstleistungen*“, https://www.dav-notdienstfonds.de/pharmazeutische-dienstleistungen [02.02.2026].

Debeka (Hg.) (2025) „*Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Debeka-Chef mahnt Innovation und Zusammenarbeit an*“, https://www.debeka.de/ueberuns/pressemeldungen/2025/kostenentwicklung-im-gesundheitswesen-debeka-chef-mahnt-innovation-an.html [22.02.2026].

Dehl, T., Hildebrandt, S., Zich, K. & Nolting, H.-D. (2024) „*Gesundheitsreport – Analyse der Arbeitsunfähigkeiten Gesundheitsrisiko Hitze. Arbeitswelt im Klimawandel*“, caas.content.dak.de/caas/v1/media/66156/data/b86b891f2075a89b7128c1147d99a130/gesundheitsreport2024-ebook.pdf [10.03.2026].

Deinert, O., Welti, F., Luik, S., Brockmann, J., Banafsche, M., Bechtolf, H. & Beetz, C. (Hg.) (2022) „*Behindertenrecht – Arbeits- und Sozialrecht, Öffentliches Recht, Zivilrecht: alphabetische Gesamtdarstellung*“, 3. Aufl., Nomos; Lebenshilfe, https://beck-online.beck.de/Dokument?vpath=bibdata/lex/DeiWelSWKBR_3/cont/DeiWelSWKBR.htm.

Deutsche Bundesbank (2026) „*Kaufkraftäquivalente historischer Beträge in deutschen Währungen*“, https://www.bundesbank.de/de/statistiken/konjunktur-und-preise/-/kaufkraftaequivalente-historischer-betraege-in-deutschen-waehrungen-615162 [19.03.2026].

Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (2026) „*Landeszahnärztekammern und Weiterbildungsordnungen*“, https://www.dgkfo-vorstand.de/information/weiterbildung/landeszahnaerztekammern-weiterbildung.html [26.02.2026].

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2024) „*Alkohol - Zahlen, Daten, Fakten*“, https://www.dhs.de/suechte/alkohol/zahlen-daten-fakten/ [24.03.2026].

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hg.) (2025) „*DHS Jahrbuch Sucht 2025*“, Pabst, https://www.dhs.de/unsere-arbeit/dhs-jahrbuch-sucht [23.03.2026].

Deutsche Rentenversicherung (Hg.) (2026) „*Rentenlexikon - Teilrente*“, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/T/teilrente.html [05.03.2026].

Deutsche Stiftung Organtransplantation (2025) „*Postmortale Organspende in Deutschland – Januar – Oktober 2025 im Vergleich zu den Vorjahren*“, https://dso.de/DSO-Kongress/Documents/PMs%202025/Grafiken%20zu%20bundesweiten%20Zahlen%20Oktober%202025.pdf [18.03.2026].

Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (2021) „*Evidenz- und konsensbasierte Indikationskriterien zur Hüfttotalendoprothese bei Coxarthrose – S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)*“, https://register.awmf.org/assets/guidelines/187-001k_S3_Indikationskriterien_H%C3%BCfttotalendoprothese_bei_Coxarthrose_2021-04.pdf.

Deutscher Bundesrat (2006) „*Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2006 – Haushaltsbegleitgesetz 2006 - HBeglG 2006*“, Br.-Drs. 142/06, https://dserver.bundestag.de/brd/2006/0142-06.pdf [28.03.2026].

Deutscher Bundesrat (2020) „*Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung – Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz - GKV-IPReG*“, Br.-Drs. 86/20, https://dserver.bundestag.de/brd/2020/0086-20.pdf [13.02.2026].

Deutscher Bundestag (2003) „*Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Modernisierungsgesetz - GMG*“, Bt-Drs. 15/1525, https://dserver.bundestag.de/btd/15/015/1501525.pdf [28.03.2026].

Deutscher Bundestag (2006) „*Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG*“, Bt-Drs. 16/3100, https://dserver.bundestag.de/btd/16/031/1603100.pdf [28.03.2026].

Deutscher Bundestag (2010) „*Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP – Drucksache 17/2413 – Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) b) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 17/3116, 17/3211 – Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG)...*“, Bt-Drs. 17/3698, https://dserver.bundestag.de/btd/17/036/1703698.pdf [28.03.2026].

Deutscher Bundestag (2010) „*Unterrichtung durch den Bundesrechnungshof*“, Bt-Drs. 17/2290.

Deutscher Bundestag (2015) „*Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG*“, Bt-Drs. 18/4095, https://dserver.bundestag.de/btd/18/040/1804095.pdf [20.03.2026].

Deutscher Bundestag (2015) „*Gesundheit - Kleine Anfrage - hib 337/2015 – Ausschreibung von Hilfsmitteln*“, https://www.bundestag.de/webarchiv/presse/hib/2015_06/380766-380766 [28.03.2026].

Deutscher Bundestag (2017) „*Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung - Drucksachen 18/10208, 18/10608, 18/10696 Nr. 1.5 - Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz - AMVSG)*“, Bt-Drs. 18/11449, https://dserver.bundestag.de/btd/18/114/1811449.pdf [06.02.2026].

Deutscher Bundestag (2018) „*Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals – Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG*“, BGBl. I 45, S. 2394, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#/switch/tocPane?_ts=1772189000749 [21.03.2026].

Deutscher Bundestag (2018) „*Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung – Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG*“, Bt-Drs. 19/6337.

Deutscher Bundestag (2019) „*Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)*“, Bt-Drs. 19/13585, https://dserver.bundestag.de/btd/19/135/1913585.pdf [28.03.2026].

Deutscher Bundestag (2019) „*Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)*“, Bt-Drs. 19/8351, https://dserver.bundestag.de/btd/19/083/1908351.pdf [06.02.2026].

Deutscher Bundestag (2019) „*Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung – Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG*“, BGBl. I 18, S. 646-691, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#/switch/tocPane?_ts=1774710966058 [28.03.2026].

Deutscher Bundestag (2020) „*Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung – Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz - GKV-IPReG*“, BGBl. I 48, S. 2220-2228, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#/switch/tocPane?_ts=1774711641803 [28.03.2026].

Deutscher Bundestag (2021) „*Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)*“, Bt-Drs. 19/30550, https://dserver.bundestag.de/btd/19/305/1930550.pdf.

Deutscher Bundestag (2021) „*Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)*“, Bt-Drs. 19/30560, https://dserver.bundestag.de/btd/19/305/1930560.pdf [28.03.2026].

Deutscher Bundestag (2022) „*Abschlussbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung*“, Bt-Drs. 20/1361, https://dserver.bundestag.de/btd/20/013/2001361.pdf [08.03.2026].

Deutscher Bundestag (2022) „*Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Finanzstabilisierungsgesetz*“, Bt-Drs. 20/3448, https://dserver.bundestag.de/btd/20/034/2003448.pdf [28.03.2026].

Deutscher Bundestag (2023) „*Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland - und zur Änderung weiterer Gesetze*“, Bt-Drs. 20/6014, https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/123/VO [28.03.2026].

Deutscher Bundestag (2025) „*Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.10.2025*“, Ausschussdrucksache 21(14)34(14), https://www.bundestag.de/resource/blob/1118498/21-14-0034-14-GKV-BEEP.pdf [28.03.2026].

Deutsches Ärzteblatt (2012) „*Kassenärztliche Vereinigungen fordern extrabudgetäre Vergütung für Psychotherapie*“, www.aerzteblatt.de/themen/psychotherapeutische-versorgung/kassenaerztliche-vereinigungen-fordern-extrabudgetaere-verguetung-fuer-psychotherapie-1f2805b8-713b-477a-ab4b-9e0002d6cc70 [02.03.2026].

Deutsches Ärzteblatt (2014) „*Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung steigt*“, https://www.aerzteblatt.de/news/pauschale-zur-foerderung-der-fachaerztlichen-grundversorgung-steigt-846d0527-4e1c-49e2-aeeb-2def0a5c5de1 [23.02.2026].

Deutsches Ärzteblatt (2026) „*Honorarkürzung für Psychotherapeuten beschlossen*“, https://www.aerzteblatt.de/news/honorarkurzung-fur-psychotherapeuten-beschlossen-6abedcce-557a-4223-9b83-e1ca9b30786d [12.02.2026].

Deutsches Krebsforschungszentrum (2024a) „*Gesundheitsrisiken von E-Zigaretten. Fakten zum Rauchen*“, https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/FzR/FzR_2024_E-Zigaretten.pdf [23.03.2026].

Deutsches Krebsforschungszentrum (2024b) „*Gesundheitsrisiken von Tabakerhitzern. Fakten zum Rauchen*“, www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/FzR/FzR_2024_Tabakerhitzer.pdf [23.03.2026].

Deutsches Krebsforschungszentrum & Deutsche Krebshilfe (2025) „*Tabakatlas Deutschland 2025*“, https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/Download/Tabakatlas-Deutschland-2025.pdf [23.03.2026].

Dickson, A., Gehrsitz, M. & Kemp, J. (2025) „*Does a Spoonful of Sugar Levy Help the Calories Go Down? An Analysis of the UK Soft Drinks Industry Levy*“, *Review of Economics and Statistics*, Vol. 107 (6), S. 1754-1763. DOI: 10.1162/rest_a_01345 [20.03.2026].

Dietzel, N., Zeiler, M. & Kolominsky-Rabas, P. L. (2025) „*Wissenschaftliche Evidenz und Kosten von DiGA*“, https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2025/wido_ggw0125_dietzel_et_al.pdf [10.03.2026].

Dilling, J. & Engel, J. (2025) „*Der Bedarf an Psychotherapie – Was ist notwendig, was ist zu viel?*“, https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/43/autorenbeitrag/43_psychotherapeutische-versorgung/43_psychotherapeutische-versorgung.html [07.03.2026].

Domscheit, A. (2022) „*Neuer Ordnungsrahmen für den Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (FKG)*“ - 2022, 16, http://beck-online.beck.de/Bcid/Y-300-Z-GUP-B-2022-S-16-N-1 [22.03.2026].

Dräther, H. & Rothgang, H. (2004) „*Die Familienversicherung für Ehepaare in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Problemanalyse und Lösungsvorschläge*“, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, https://ideas.repec.org/p/zbw/zeswps/092004.html [24.03.2026].

Drösler, S., Greiner, W., Läer, S., Nuscheler, R., Sundmacher, L., Ulrich, V. & Wuppermann, A. (2025) „*Gutachten zu den Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V – Untersuchung nach § 10 RSAV in Verbindung mit § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V*“, www.bundesamtsoziale sicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20250515_Gutachten_Zuweisungen.pdf [03.02.2026].

Effertz, T., Engel, S., Verheyen, F. & Linder, R. (2016) „*The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective*“, *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, Vol. 17 (9), S. 1141-1158. DOI: 10.1007/s10198-015-0751-4.

Emmert-Fees, K. M. F., Amies-Cull, B., Wawro, N., Linseisen, J., Staudigel, M., Peters, A., Cobiac, L. J., O'Flaherty, M., Scarborough, P., Kypridemos, C. & Laxy, M. (2023) „*Projected health and economic impacts of sugar-sweetened beverage taxation in Germany: A cross-validation modelling study*“, *PLoS medicine*, Vol. 20 (11), e1004311. DOI: 10.1371/journal.pmed.1004311.

Ernst, J. B., Arens-Azevêdo, U., Bitzer, B., Bosy-Westphal, A., de Zwaan, M., Egert, S., Fritsche, A., Gerlach, S., Hauner, H., Heseker, H., Koletzko, B., Müller-Wieland, D., Schulze, M., Virmani, K., Watzl, B. & Buyken, A. E. (2019) „*Quantitative Empfehlung zur Zuckerzufuhr in Deutschland – Kurzfassung des Konsensuspapiers der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e. V. (DAG), der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE)*“, ernaehrungs-umschau.de/wp-content/uploads/2026/free_pdfs/EU02_2019_M78-M86.pdf [20.03.2026].

Erweiterter Bewertungsausschuss (2019) „*Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 64. Sitzung am 11. Dezember 2019 TEIL B zur Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2020*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-12-11_eba64_1.pdf [09.03.2026].

Erweiterter Bewertungsausschuss (2021a) „*Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 74. Sitzung am 17. November 2021 Teil A zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2022*“, institut-ba.de/ba/babeschluesse/2021-11-17_eba74.pdf [16.03.2026].

Erweiterter Bewertungsausschuss (2021b) „*Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 76. Sitzung am 15. Dezember 2021 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. März 2022*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2021-12-15_eba76_1.pdf [03.03.2026].

Erweiterter Bewertungsausschuss (2021c) „*Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 74. Sitzung am 17. November 2021 Teil A zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2022*“, institut-ba.de/ba/babeschluesse/2021-11-17_eba74_eeg.pdf [16.03.2026].

Erweiterter Bewertungsausschuss (2023) „*Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 80. Sitzung am 29. März 2023 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2022*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2023-03-29_eba80_eeg.pdf [16.03.2026].

Erweiterter Bewertungsausschuss (2025a) „*Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 84. Sitzung am 22. Januar 2025 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2025*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2025-01-22_eba84_eeg.pdf [04.03.2026].

Erweiterter Bewertungsausschuss (2025b) „*Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025 Teil A zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3c Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Festsetzung und Fortschreibung der auf den Versorgungsbereich der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie zu Transparenzdatenlieferungen mit Wirkung zum 1. Juni 2025*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2025-05-20_eba85_eeg.pdf [03.03.2026].

Erweiterter Bewertungsausschuss (2026) „*Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 87. Sitzung am 11. März 2026 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2026*“, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-03-11_eba87.pdf [16.03.2026].

Europäische Kommission (1999) „*Beschluß Nr. 1295/1999/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 1999 zur Annahme eines Aktionsprogramms der Gemeinschaft betreffend seltene Krankheiten innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1999-2003)*“, https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:31999D1295 [10.03.2026].

Europäische Kommission (2021) „*Excise Duty Tables – Part I - Alcoholic Beverages*“, Europäische Kommission, https://taxation-customs.ec.europa.eu/system/files/2021-09/excise_duties-part_i_alcohol_en.pdf [23.03.2026].

Europäische Kommission (2025) „*Vorschlag für eine RICHTLINIE DES RATES über die Struktur und die Sätze der Verbrauchsteuern auf Tabak und mit Tabak verwandte Erzeugnisse (Neufassung). COM(2025) 580 final. Eur-Lex*“, https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/ALL/?uri=COM:2025:580:FIN [28.03.2026].

European Medicines Agency (2010) „*Orphan incentives | European Medicines Agency (EMA)*“, https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/research-development/orphan-designation-research-development/orphan-incentives [19.03.2026].

European Medicines Agency (2018) „*Rare diseases, orphan medicines Getting the facts straight*“, https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/rare-diseases-orphan-medicines-getting-facts-straight_en.pdf [16.01.2026].

Eurostat (2024) „*Smoking prevalence by sex*“, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_30/default/table [28,03.2026].

Farbmacher, H., Ihle, P., Schubert, I., Winter, J. & Wuppermann, A. (2017) „*Heterogeneous Effects of a Nonlinear Price Schedule for Outpatient Care*“, *Health economics*, Vol. 26 (10), S. 1234-1248. DOI: 10.1002/hec.3395.

Farbmacher, H. & Winter, J. (2013) „*Per-period co-payments and the demand for health care: evidence from survey and claims data*“, *Health economics*, Vol. 22 (9), S. 1111-1123. DOI: 10.1002/hec.2955.

Felix, D. (2022) „*Untersuchung der Bewertungsverfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf die Grundsatzfrage des Zugangs neuer Methoden und der damit verbundenen Förderung der Innovationsoffenheit*“, Berlin, Münster, LIT.

Felix, D. (2025) „*Leistungen des deutschen Sozialleistungssystems – solidarisch – nachhaltig – gerecht?*“, *SRa*.

Flynn, J. (2023) „*Do sugar-sweetened beverage taxes improve public health for high school aged adolescents?*“, *Health economics*, Vol. 32 (1), S. 47-64. DOI: 10.1002/hec.4609.

Framme, C., Kuiper, T., Lobbes, W., Gottschling, J., Scheinichen, D., Hufendiek, K., Palmaers, T., Tode, J., Volkmann, I. & Lammert, F. (2023) „*Wirtschaftlichkeit der Operationssaalnutzung an einer Universitäts-Augenklinik*“, *Die Ophthalmologie*, Vol. 120 (1), S. 7-19. DOI: 10.1007/s00347-022-01689-1.

Frank, W., Pfaller, K. & Konta, B. (2008) „*Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaten*", Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, *Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland*, portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta205_bericht_de.pdf [26.02.2026].

Fusco, N., Sils, B., Graff, J. S., Kistler, K. & Ruiz, K. (2023) „*Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: A systematic literature review*", *Journal of managed care & specialty pharmacy*, Vol. 29 (1), S. 4-16. DOI: 10.18553/jmcp.2022.21270.

Ganesh, S., Brar, S. & Wadhokar, S. (2024) „*Changes in endothelial cell density after conventional phacoemulsification and FLACS in eyes with dense cataracts*", *Journal of cataract and refractive surgery*, Vol. 50 (6), S. 572-577. DOI: 10.1097/j.jcrs.0000000000001408.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2003) „*Kieferorthopädie-Richtlinien*", www.g-ba.de/richtlinien/28/ [26.02.2026].

Gemeinsamer Bundesausschuss (2007) „*Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien: Hautkrebs-Screening*", https://www.g-ba.de/downloads/40-268-482/2007-11-15-KFU-Hautkrebsscreening_TrG.pdf [03.03.2026].

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021) „*Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie – Richtlinie über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten*", www.g-ba.de/richtlinien/10/ [04.03.2026].

Gemeinsamer Bundesausschuss (2023) „*Richtlinie nach § 22a SGB V – Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen*", https://www.g-ba.de/richtlinien/96/ [14.03.2026].

Gemeinsamer Bundesausschuss (2025a) „*erstes Produkt zur Wundbehandlung positiv bewertet: G-BA beschließt Aufnahme in Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte*", https://www.g-ba.de/service/fachnews/196/.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2025b) „*PAR-Richtlinie – Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen*", https://www.g-ba.de/richtlinien/124/ [14.03.2026].

Gemeinsamer Bundesausschuss (2026a) „*Bewertung und Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – Verfahren nach §§ 135, 137c und 137e SGB V*", www.g-ba.de/bewertungsverfahren/methodenbewertung/?aufgabenbereich=57&therapiegebietsgruppe=&verfahrensstand= [26.03.2026].

Gemeinsamer Bundesausschuss (2026b) „*Hautkrebsscreening: G-BA beauftragt Machbarkeitsstudie zur Verbesserung der Evaluation – Fachnews | Methodenbewertung*", https://www.g-ba.de/service/fachnews/230/ [03.03.2026].

Gemeinsamer Bundesausschuss (2026c) „*Krebsfrüherkennungs-Richtlinie – Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen – KFE-RL*", https://www.g-ba.de/richtlinien/17/ [03.03.2026].

Gemeinsamer Bundesausschuss (2026d) „*Studien zur Erprobung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden*“, Gemeinsamer Bundesausschuss, https://www.g-ba.de/studien/erprobung/ [26.03.2026].

Gemeinsamer Bundesausschuss (2026e) „*Zweitmeinungsverfahren: Zahl der Zweitmeinenden steigt weiter*“, https://www.g-ba.de/service/fachnews/239/.

Gerst, T. (2012) „*Grippeschutz: Rabatte mit Nebenwirkungen*“, *Deutsches Ärzteblatt*, Vol. 109 (43), https://www.aerzteblatt.de/archiv/grippeschutz-rabatte-mit-nebenwirkungen-ab660df1-05ce-43ab-a85b-4ba74db99e1e [21.02.2026].

GKV-Spitzenverband (2020a) „*Statistische Auswertungen zur Abrechnungsprüfung – Statistikdaten nach § 275c Abs. 4 SGB V, Betrachtetes Quartal: 1/2020, Anwendungsquartal: 3/2020*“, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/mdk_pruefstatistiken/1_q_2020/Statistikdaten_nach_275c_Abs_4_SGB_V-2020Q1.xlsx.

GKV-Spitzenverband (2020b) „*Umsetzungsdefizite bei Personalausstattung in der Psychiatrie*“, https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/20/meldungen/20_psych-pv-nachweisdaten/20_psych-pv-nachweisdaten.html [18.03.2025].

GKV-Spitzenverband (2022) „*Pressemitteilung: Reformbedarf im Arzneimittelbereich*“, https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1420928.jsp [23.03.2026].

GKV-Spitzenverband (2023) „*Kosten für Gürtelrose-Impfung steigen überproportional – Gamsi-Telegram*“, https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/32/kurzmeldungen/32_gamsi-telegramm/32_gamsi-telegramm.html [22.02.2026].

GKV-Spitzenverband (2024) „*Anreize für die Krankenhausabrechnung – einfach korrekt abrechnen! – Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Krankenhausabrechnungsprüfung*“, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/20240426_Argumentationspapier_KH-Abrechnung_bf.pdf.

GKV-Spitzenverband (2025a) „*Bericht gemäß § 302 Abs. 5 SGB V - Siebter Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgungen mit Hilfsmitteln*“, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/mehrkostenberichte/20250805_Mehrkostenbericht-Hilfsmittel_barrierefrei.pdf [01.03.2026].

GKV-Spitzenverband (2025b) „*Die Klagewelle rollt an – Krankenkassen verklagen den Bund auf 10 Mrd. Euro – Pressemitteilung - BERLIN, 01.12.2025*“, GKV-Spitzenverband, https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2160877.jsp [24.03.2026].

GKV-Spitzenverband (2025c) „*DiGA-Bericht des GKV-Spitzenverbandes -2024-*“, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/telematik/digitales/2024_DiGA-Bericht_final.pdf [10.03.2026].

GKV-Spitzenverband (2025d) „*Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes an die FinanzKommission Gesundheit*“, www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/2024_2025/2025-11-28_GKV-SV_Stellungnahme_FinanzKommission_Gesundheit_final.pdf [05.02.2026].

GKV-Spitzenverband (2026) „*Statistische Auswertungen zur Abrechnungsprüfung – Statistikdaten nach § 275c Abs. 4 SGB V, Betrachtetes Quartal: 4/2025, Anwendungsquartal: 2/2026*“, www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/mdk_pruefstatistiken/4_q_2025/Statistikdaten_nach_275c_Abs_4_SGB_V_-_2025Q4.xlsx.

GKV-Spitzenverband, AOK-Bundesverband, BKK Dachverband e. V., IKK e. V., Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, KNAPPSCHAFT, Verband der Ersatzkassen e. V. & Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2024) „*Gemeinsames Rundschreiben vom 07.09.2022 in der Fassung vom 11.12.2024 zum Krankengeld nach § 44 SGB V, § 44b SGBV, zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII und zum Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach § 47 SGB XIV*“, www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/arbeitgeber/eel/gem_rs_kg/2024_12_11_NS_FLB_TOP_02_24c24i4444b45SGBV45SGBVII47SGBXIV_Aktualisierung_der_GR_zu_Entgeltersatzleistungen_Anl3.pdf [22.02.2026].

GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (2025e) „*Kurzfristige Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen für Psychiatrie und Psychosomatik – Argumentationspapier der AG Psych-Entgeltsystem des GKV-Spitzenverbandes*“,

GKV-Spitzenverband (o. J.a) „*Festbeträge*“, www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/festbetraege_3/festbetraege.jsp [10.03.2026].

GKV-Spitzenverband (o. J.b) „*Fokus: Apothekenstrukturen und -vergütung*“, www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/apothekenhonorierung/thema_apothekenhonorierung_1.jsp [02.02.2026].

Göranson, E., Sonesson, M., Dimberg, L., Vähäsarja, N. & Naimi-Akbar, A. (2025) „*Equality of specialist orthodontic care for adolescents in the Swedish public dental service: a cohort study*“, *BMC oral health*, Vol. 25 (1), S. 841. DOI: 10.1186/s12903-025-06220-x.

Gracner, T., Boone, C. & Gertler, P. J. (2024) „*Exposure to sugar rationing in the first 1000 days of life protected against chronic disease*“, *Science (New York, N.Y.)*, Vol. 386 (6725), S. 1043-1048. DOI: 10.1126/science.adn5421.

Graf, M., Baumgardner, J. R., Neumann, U., Brewer, I. P., Chou, J. W. & Fendrick, A. M. (2024) *„Economic Evidence on Cost Sharing and Alternative Insurance Designs to Address Moral and Behavioral Hazards in High-Income Health Care Systems: A Systematic Review“*, *Journal of market access & health policy*, Vol. 12 (4), S. 342-368. DOI: 10.3390/jmahp12040027.

Grea, C.; Busl, L.; Dittmann, A.; Ehnle-Lossos, M.; Elflein-Mack, A.; Goos, E.; Kondula, V.; Turke, M.; Werner, R.; Wolff, D.; Roser, S. & Storcksdieck genannt Bonsmann, S. (2025) *„Produktmonitoring 2024: Ergebnisbericht“*,

Gregory, E. F., Roberto, C. A., Mitra, N., Edmondson, E. K., Petimar, J., Block, J. P., Hettinger, G. & Gibson, L. A. (2025) *„The Philadelphia Beverage Tax and Pediatric Weight Outcomes“*, *JAMA pediatrics*, Vol. 179 (1), S. 46-54. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2024.4782.

Grobe, T. G., Steinmann, S. & Szecsenyi, J. (2020) *„BARMER Arztreport 2020 – Psychotherapie - veränderter Zugang, verbesserte Versorgung?“*, www.barmer.de/resource/blob/1026240/4f989562e2da4b0fbc785f15ff011ebe/barmer-arztreport-2020-band-21-bifg-data.pdf [19.03.2026].

Gross, T. & Notowidigdo, M. J. (2024) *„Better health economics – An introduction for everyone“*, Chicago, London, The University of Chicago Press.

Gruber Jonathan & Köszegi Botond (2008) *„A Modern Economic View of Tobacco Taxation“*, International Union Against Tuberculosis and, portal-uat.who.int/fctcapps/sites/default/files/kh-media/e-library-doc/2020/06/A-modern-economic-view-of-tobacco-taxation.pdf [23.03.2026].

Guindon, G. E., Fatima, T., Garasia, S. & Khoee, K. (2022) *„A systematic umbrella review of the association of prescription drug insurance and cost-sharing with drug use, health services use, and health“*, *BMC health services research*, Vol. 22 (1), S. 297. DOI: 10.1186/s12913-022-07554-w.

Guindon, G. E., Zhao, K., Fatima, T., Garasia, S., Quinn, N., Baskerville, N. B. & Paraje, G. (2022) *„Prices, taxes and alcohol use: a systematic umbrella review“*, *Addiction (Abingdon, England)*, Vol. 117 (12), S. 3004-3023. DOI: 10.1111/add.15966.

Gupta, V. & Mathur, M. (2016) *„NHMRC Overview on Homeopathy“*, *Homœopathic Links*, Vol. 29 (03), S. 226-227. DOI: 10.1055/s-0036-1586244.

Hadi, M., Petrie, D. & Khalil, U. (2026) *„Energy poverty consequences of aggressive tobacco tax policies“*, *Social science & medicine (1982)*, Vol. 395, S. 119002. DOI: 10.1016/j.socscimed.2026.119002.

Hanewinkel, R., Radden, C. & Rosenkranz, T. (2008) *„Price increase causes fewer sales of factory-made cigarettes and higher sales of cheaper loose tobacco in Germany“*, *Health economics*, Vol. 17 (6), S. 683-693. DOI: 10.1002/hec.1282.

Hans Böckler Stiftung (Hg.) (2020) *„Branchenmonitor Getränkeindustrie“*, www.wilke-maack.de/wp-content/uploads/2020/11/Branchenmonitor-Getraenkeindustrie.pdf [20.03.2026].

Heidelberg, P. A. (2017) *„Etatisierung der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung? – Zugleich zum Grundsatz der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht nach dem GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“*, https://beck-online.beck.de/Bcid/Y-300-Z-NZS-B-2017-S-601-N-1.

Henrikson, N. B., Ivlev, I., Blasi, P. R., Nguyen, M. B., Senger, C. A., Perdue, L. A. & Lin, J. S. (2023) „*Skin Cancer Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force*“, *JAMA*, Vol. 329 (15), S. 1296-1307. DOI: 10.1001/jama.2023.3262.

Herr, A. & Suppliet, M. (2017) „*Tiered co-payments, pricing, and demand in reference price markets for pharmaceuticals*“, *Journal of health economics*, Vol. 56, S. 19-29. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2017.08.008.

Hickmann, H. & Koneberg, F. (2022) „*Die Berufe mit den aktuell größten Fachkräftelücken*“, Institut der Deutschen Wirtschaft, www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Kurzberichte/PDF/2022/IW-Kurzbericht_2022-Top-Fachkr%C3%A4ftel%C3%BCcken.pdf [10.02.2026].

Hildebrandt, S. & Nguyen, T. H. (2025) „*Krankheitsbedingte Fehlzeiten im europäischen Vergleich – Sonderanalyse zur Datenlage*“, caas.content.dak.de/caas/v1/media/88938/data/e97f6edd56500bf7009e421662f5d401/250127-download-studie-krankenstand-2024.pdf [03.02.2026].

Hildebrandt, S. & Nguyen, T. H. (2026) „*Internationaler Vergleich von Fehlzeiten und Karenztagen*“, *GGW*, Vol. 26 (1), S. 31-39. DOI: 10.4126/FRL01-006526470.

Hoch, E., Volkow, N. D., Friemel, C. M., Lorenzetti, V., Freeman, T. P. & Hall, W. (2025) „*Cannabis, cannabinoids and health: a review of evidence on risks and medical benefits*“, *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, Vol. 275 (2), S. 281-292. DOI: 10.1007/s00406-024-01880-2.

Hoffer, A. & Macumber-Rosin, J. (2025) „*Cigarette Taxes in Europe, 2025*“, Tax Foundation Europe, https://taxfoundation.org/data/all/eu/cigarette-taxes-europe/ [23.03.2026].

Hoffmann, A., Krupka, S., Seidlitz, C., Sussmann, S., Sander, I. & Gothe, H. (2018) „*Kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen – Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit*“,

Hollederer, A. (2025) „*Gesundheitliche Ungleichheit in einem Gesundheitswesen mit 2 Vollversicherungssystemen?: Sekundäranalysen des Mikrozensus bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung und Privaten Krankenversicherung in Deutschland*“, *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, Vol. 68 (11), S. 1291-1303. DOI: 10.1007/s00103-025-04142-1.

Hsu, M., Shah, A., Jordan, A., Gold, M. S. & Hill, K. P. (2026) „*Therapeutic Use of Cannabis and Cannabinoids: A Review*“, *JAMA*, Vol. 335 (4), S. 345-359. DOI: 10.1001/jama.2025.19433.

Hufen, F. (2004) „*Grundrechtsschutz der Leistungserbringer und privaten Versicherer in Zeiten der Gesundheitsreform*“, *Neue Juristische Wochenschrift*, https://beck-online.beck.de/Bcid/Y-300-Z-NJW-B-2004-S-14-N-1 [19.03.2026].

IfD Allensbach (2023) „*Homöopathie: Nutzung und Wertschätzung in der Bevölkerung*“, www.ifd-allensbach.de/fileadmin/IfD/sonstige_pdfs/2023_03_15_Pressemitteilung_Homoeopathie.pdf [10.03.2026].

IGES (Hg.) (2018) „*Teilarbeitsfähigkeit und Teilkrankengeld – Erfahrungen skandinavischer Länder und deren mögliche Übertragbarkeit auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland*“, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Abschlussbericht_Teilkrankengeld.pdf [24.02.2026].

Imamura, F., O'Connor, L., Ye, Z., Mursu, J., Hayashino, Y., Bhupathiraju, S. N. & Forouhi, N. G. (2015) „*Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction*“, *BMJ (Clinical research ed.)*, Vol. 351, h3576. DOI: 10.1136/bmj.h3576.

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (2026) „*Der Innovationsfonds: Stand der Dinge*“, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/2026-01-06_Der-Innovationsfonds_Stand-der-Dinge.pdf [28.02.2026].

Institut des Bewertungsausschusses (2022) „*Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsraten für das Jahr 2023 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V*“, institut-ba.de/berichte/InBA_Bericht_VR2023.pdf [27.02.2026].

Institut des Bewertungsausschusses (2025a) „*Evaluation der offenen Sprechstunde und der Vermittlungszuschläge in TSS- und Hausarztvermittlungsfällen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 10 bis 13 SGB V – Teil 1*“,

Institut des Bewertungsausschusses (2025b) „*Evaluation der offenen Sprechstunde und der Vermittlungszuschläge in TSS- und Hausarztvermittlungsfällen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 10 bis 13 SGB V – Teil 2*“,

Institut des Bewertungsausschusses (2025c) „*Veröffentlichte Berichte des Instituts*“, https://institut-ba.de/service/berichte.html [28.02.2026].

Institut für Gesundheitsmetriken und -bewertung (2023) „*GBD Results*“, Universität von Washington, https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/ [21.03.2026].

IQWiG (2021) „*Evidenz zu Orphan Drugs*“, https://www.iqwig.de/download/ga21-01_evidenz-zu-orphan-drugs_arbeitspapier_v1-0.pdf [16.01.2026].

Jablonka, S., Lindner, T. & Reber, S. (2026) „*Schutz mit Nebenwirkungen*“, https://www.aok.de/pp/gg/versorgung/schutz-mit-nebenwirkungen/ [22.02.2026].

Jackson, K. E., Hamad, R., Karasek, D. & White, J. S. (2023) „*Sugar-Sweetened Beverage Taxes and Perinatal Health: A Quasi-Experimental Study*“, *American journal of preventive medicine*, Vol. 65 (3), S. 366-376. DOI: 10.1016/j.amepre.2023.03.016.

Jacobs, E., Hoyer, A., Brinks, R., Icks, A., Kuß, O. & Rathmann, W. (2017) „*Healthcare costs of Type 2 diabetes in Germany*“, *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, Vol. 34 (6), S. 855-861. DOI: 10.1111/dme.13336.

Janßen, R., Reif, S. & Schubert, S. (2025) „*Market entry of digital health providers after the introduction of a new reimbursement pathway*“, https://www.econstor.eu/bitstream/10419/321863/1/1930383487.pdf [08.03.2026].

Jawad, M., Lee, J. T., Glantz, S. & Millett, C. (2018) „*Price elasticity of demand of non-cigarette tobacco products: a systematic review and meta-analysis*“, *Tobacco control*, Vol. 27 (6), S. 689-695. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2017-054056.

Jones, C. P.; Adams, J.; Alvarado, M.; Forde, H.; Rutter, H.; Phillips, V.; Armstrong-Moore, R.; Demers-Potvin, É.; Briggs, A.; Cummins, S.; Mytton, O.; Penney, T. L.; Rayner, M.; Rogers, N.; Scarborough, P.; Smith, R. & White, M. (2025) „*Impacts of the United Kingdom's Soft Drinks Industry Levy: a systems-thinking informed systematic scoping review*“,

Jones-Smith, J. C., Knox, M. A., Chakrabarti, S., Wallace, J., Walkinshaw, L., Mooney, S. J., Godwin, J., Arterburn, D. E., Eavey, J., Chan, N. & Saelens, B. E. (2024) „*Sweetened Beverage Tax Implementation and Change in Body Mass Index Among Children in Seattle*“, *JAMA network open*, Vol. 7 (5), e2413644. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.13644.

Jugl, S., Okpeku, A., Costales, B., Morris, E. J., Alipour-Haris, G., Hincapie-Castillo, J. M., Stetten, N. E., Sajdeya, R., Keshwani, S., Joseph, V., Zhang, Y., Shen, Y., Adkins, L., Winterstein, A. G. & Goodin, A. (2021) „*A Mapping Literature Review of Medical Cannabis Clinical Outcomes and Quality of Evidence in Approved Conditions in the USA from 2016 to 2019*“, *Medical cannabis and cannabinoids*, Vol. 4 (1), S. 21-42. DOI: 10.1159/000515069.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026a) „*Arztsuche Zweitmeinung*“, www.116117.de/de/zweitmeinung.php [23.03.2026].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026b) „*Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Stand: 1. Quartal 2026*“, https://www.kbv.de/documents/praxis/abrechnung/ebm/2026-1-ebm.pdf [07.03.2026].

Kassenärztliche Bundesvereinigung & GKV-Spitzenverband (2025) „*Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. April 2025 (BMV-Ä)*“, https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/bmv-aerzte.pdf [07.03.2026].

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein & AOK Rheinland (2007) „*Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 c SGB V*“, https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/vertraege/katarakt/katarakt_aok.pdf [10.03.2026].

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2018) „*Leitfaden für den KFO-Gutachter*“, www.kzbv.de/wp-content/uploads/KZBV_KFO-Leitfaden_20180701-redaktionell_angepasst.pdf [26.02.2026].

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2025a) „*Geschäftsbericht 2024|25*“, https://www.kzbv.de/wp-content/uploads/KZBV_GB_2024-2025.pdf [26.02.2026].

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2025b) „*Jahrbuch 2024 – Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung*“, www.kzbv.de/wp-content/uploads/KZBV2024_Jahrbuch_WEB_ohne_GOZ.pdf [25.02.2026].

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2026) „*Jahrbuch 2025 – Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung*“, https://www.kzbv.de/wp-content/uploads/KZBV_Jahrbuch_2025_Web_ohne_GOZ.pdf [14.03.2026].

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (o.J.) „*Festzuschuss und Eigenanteil*“, www.kzbv.de/patienten/patient-und-krankenkasse/zahnersatz/festzuschuesse-zum-zahnersatz/ [25.02.2026].

Kilian, C., Lemp, J. M., Llamosas-Falcón, L., Carr, T., Ye, Y., Kerr, W. C., Mulia, N., Puka, K., Lasserre, A. M., Bright, S., Rehm, J. & Probst, C. (2023) „*Reducing alcohol use through alcohol control policies in the general population and population subgroups: a systematic review and meta-analysis*“, *EClinicalMedicine*, Vol. 59, S. 101996. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.101996.

Kim, J., Kim, S. & Koh, K. (2022) „*Labor market institutions and the incidence of payroll taxation*“, *Journal of Public Economics*, Vol. 209, S. 104646. DOI: 10.1016/j.jpubeco.2022.104646.

Kingreen, T. (2019) „*Der Anwendungsbereich des Rückwirkungsverbots: Eine verfassungsrechtliche Kontroverse mit Bedeutung für das gesamte Sozialrecht – Anmerkungen zum Beitrag „Vertrauensschutz für die gesetzlichen Krankenkassen?“ von Prof. Dr. Stefan Huster und Dr. Jonathan Ströttchen in dieser Zeitschrift*“, *SGb* (10), 449, 450. DOI: 10.37307/j.1864-8029.2019.10.05.

Klosterhalfen, S. & Kotz, D. (2025) „*Proportionate income spent on nicotine and tobacco products and the use of untaxed cigarettes in Germany: findings from a cross-sectional survey*“, *BMJ public health*, Vol. 3 (2), e003340. DOI: 10.1136/bmjph-2025-003340.

Knispel (Hg.) (2025) „*BeckOK Sozialrecht*“, 79. Aufl., C.H. Beck GmbH & Co. KG, https://beck-online.beck.de/?vpath=bibdata%2Fkomm%2FBeckOKSozR_79%2FSGB_V%2Fcont%2FBECKOKSOZR%2eSGB_V%2eP37%2eglF%2eglI%2egl1%2ehtm [20.03.2026].

Kohler, A., Vinci, L. & Mattli, R. (2023) „*Cross-country and panel data estimates of the price elasticity of demand for cigarettes in Europe*“, *BMJ open*, Vol. 13 (6), e069970. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-069970.

Korzilius, H. (2014) „*Arzneimittel und Impfstoffe: Verfügbarkeit wird zum Problem*“, *Deutsches Ärzteblatt*, Vol. 111 (7), https://www.aerzteblatt.de/archiv/arzneimittel-und-impfstoffe-verfuegbarkeit-wird-zum-problem-16412d85-f8b8-42db-9266-77ea5987ae12 [24.02.2026].

KPMG (2025) „*Illegaler Zigarettenkonsum in Europa – Ergebnisse für das Kalenderjahr 2024*“, pmi.berlin/files/european-cigarette-consumption-2024-summary-germany-de.pdf [23.03.2026].

Kranz, P., McGauran, N., Ünal, C. & Kaiser, T. (2024) „*Results of health technology assessments of orphan drugs in Germany-lack of added benefit, evidence gaps, and persisting unmet medical needs*“, *International journal of technology assessment in health care*, Vol. 40 (1), e68. DOI: 10.1017/S026646232400062X.

Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (2025) „*Hautkrebsscreening und Hautkrebs-Früherkennung*“, https://www.krebsinformationsdienst.de/hautkrebs/frueherkennung [03.03.2026].

Landessozialgericht für das Saarland 2. Senat (2014) „*Versicherungsfreiheit von Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden*“, *Juris*, https://www.juris.de/r3/document/NJRE001190556 [19.03.2026].

Law, C., Cornelsen, L., Adams, J., Pell, D., Rutter, H., White, M. & Smith, R. (2020) „*The impact of UK soft drinks industry levy on manufacturers' domestic turnover*“, *Economics and human biology*, Vol. 37, S. 100866. DOI: 10.1016/j.ehb.2020.100866.

Law, C., Cornelsen, L., Adams, J., Penney, T., Rutter, H., White, M. & Smith, R. (2020) „*An analysis of the stock market reaction to the announcements of the UK Soft Drinks Industry Levy*“, *Economics and human biology*, Vol. 38, S. 100834. DOI: 10.1016/j.ehb.2019.100834.

Leibinger, A., Huizinga, O., Emmert-Fees, K., Pedron, S., Laxy, M., Rehfuess, E., Burns, J. & Philipsborn, P. von (2025) „*The impact of tiered soft drink taxes in Europe on mean sales-weighted sugar content of soft drinks: a quasi-experimental study*“, *BMC public health*, Vol. 25 (1), S. 2106. DOI: 10.1186/s12889-025-23331-w.

Linden, J., Widström, E. & Sinkkonen, J. (2019) „*Children and adolescents´ dental treatment in 2001-2013 in the Finnish public dental service*“, *BMC oral health*, Vol. 19 (1), S. 131. DOI: 10.1186/s12903-019-0828-z.

Liu, E. F., Young, D. R., Sidell, M. A., Lee, C., Cohen, D. A., Barton, L. J., Falbe, J., Inzhakova, G., Sridhar, S., Voorhees, A. C., Han, B. & Hedderson, M. M. (2025) „*City-Level Sugar-Sweetened Beverage Taxes and Changes in Adult Body Mass Index*“, *JAMA network open*, Vol. 8 (1), e2456170. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.56170.

London Economics (Hg.) (2012) „*Differential price responsiveness among drinker types – Working Paper*“, https://londoneconomics.co.uk/wp-content/uploads/2013/02/Differential-price-responsiveness-among-drinker-types-LE-Working-paper-Dec-2012.pdf [23.03.2026].

Loretz, S. & Zwirn, G. (2015) „*Taxation of alcoholic beverages – Estimation of tax revenue effects in the Netherlands and Europe*“, Institut für Höhere Studien, https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/3604/1/Taxation_alcoholic_baverages_IHS%20final%20report_22062015.pdf [23.03.2026].

Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A. & Sullivan, R. (2013) „*Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis*“, *The Lancet. Oncology*, Vol. 14 (12), S. 1165-1174. DOI: 10.1016/S1470-2045(13)70442-X.

Luengo-Fernandez, R., Walli-Attaei, M., Gray, A., Torbica, A., Maggioni, A. P., Huculeci, R., Bairami, F., Aboyans, V., Timmis, A. D., Vardas, P. & Leal, J. (2023) „*Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study*“, *European heart journal*, Vol. 44 (45), S. 4752-4767. DOI: 10.1093/eurheartj/ehad583.

Luick, M., Bandy, L. K., Harrington, R., Vijayan, J., Adams, J., Cummins, S., Rayner, M., Rogers, N., Rutter, H., Smith, R., White, M. & Scarborough, P. (2024) „*The impact of the UK soft drink industry levy on the soft drink marketplace, 2017-2020: An interrupted time series analysis with comparator series*“, *PloS one*, Vol. 19 (6), e0301890. DOI: 10.1371/journal.pone.0301890.

Malik, V. S., an Pan, Willett, W. C. & Hu, F. B. (2013) „*Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis*“, *The American journal of clinical nutrition*, Vol. 98 (4), S. 1084-1102. DOI: 10.3945/ajcn.113.058362.

Malik, V. S. & Hu, F. B. (2022) „*The role of sugar-sweetened beverages in the global epidemics of obesity and chronic diseases*“, *Nature reviews. Endocrinology*, Vol. 18 (4), S. 205-218. DOI: 10.1038/s41574-021-00627-6.

Malik, V. S., Li, Y., an Pan, Koning, L. de, Schernhammer, E., Willett, W. C. & Hu, F. B. (2019) „*Long-Term Consumption of Sugar-Sweetened and Artificially Sweetened Beverages and Risk of Mortality in US Adults*“, *Circulation*, Vol. 139 (18), S. 2113-2125. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.037401.

Mangiapane, S.; Kretschmann, J.; Czihal, T. & von Stillfried, D. (2026) „*Zi-Trendreport zur vertragsärztlichen Versorgung – Bundesweiter tabellarischer Report vom 1. Quartal 2021 bis zum 2. Quartal 2025*“, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung.

Mangione, C. M., Barry, M. J., Nicholson, W. K., Chelmow, D., Coker, T. R., Davis, E. M., Donahue, K. E., Jaén, C. R., Kubik, M., Li, L., Ogedegbe, G., Rao, G., Ruiz, J. M., Stevermer, J., Tsevat, J., Underwood, S. M. & Wong, J. B. (2023) „*Screening for Skin Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement*“, *JAMA*, Vol. 329 (15), S. 1290-1295. DOI: 10.1001/jama.2023.4342.

Manthey, J., Lindemann, C., Verthein, U., Frischknecht, U., Kraus, L., Reimer, J., Grün, A., Kiefer, F., Schulte, B. & Rehm, J. (2020) „*Versorgung von Personen mit riskantem Alkoholkonsum und schwerer Alkoholkonsumstörung in Bremen: bedarfsgerecht und leitlinienkonform?*“, *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, Vol. 63 (1), S. 122-130. DOI: 10.1007/s00103-019-03072-z.

Marinello, S., Leider, J. & Powell, L. M. (2021) „*Employment impacts of the San Francisco sugar-sweetened beverage tax 2 years after implementation*“, *PloS one*, Vol. 16 (6), e0252094. DOI: 10.1371/journal.pone.0252094.

Marinello, S., Leider, J., Pugach, O. & Powell, L. M. (2021) „*The impact of the Philadelphia beverage tax on employment: A synthetic control analysis*“, *Economics and human biology*, Vol. 40, S. 100939. DOI: 10.1016/j.ehb.2020.100939.

Marquez, P. V. & Moreno-Dodson, B. (2017) „*Tobacco Tax Reform at the Crossroads of Health and Development*“, World Bank, Washington, DC.

Mecke, C. (Hg.) (2024a) „*SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung – Kommentar*“, C.H. Beck, beck-online.beck.de/?vpath=bibdata%2Fkomm%2FBeckerKingKoSGBV_9%2FSGB_V%2Fcont%2FBeckerKingKoSGBV%2ESGB_V%2Ep221%2EglB%2EglI%2Ehtm [24.03.2026].

Medizinischer Dienst Bund (2024) „*Stationäre Abrechnungsprüfung (DRG und PEPP). Version 2025 – Begutachtungsleitfaden*“, https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGL_DRG_PEPP_2025_241212.pdf.

Medizinischer Dienst Bund (2025) „*Die Arbeit des Medizinischen Dienstes. Zahlen, Daten, Fakten 2024*“, https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/16_Zahlen_Daten_Fakten/2024_Zahlen-Daten-Fakten.pdf.

Mehlis, K., Witte, J., Surmann, B., Kudlich, M., Apostolidis, L., Walther, J., Jäger, D., Greiner, W. & Winkler, E. C. (2020) „*The patient-level effect of the cost of Cancer care - financial burden in German Cancer patients*“, *BMC cancer*, Vol. 20 (1), S. 529. DOI: 10.1186/s12885-020-07028-4.

Meier, A.; Czettritz, P. v.; Gabriel, M. & Kaufmann, M. (2023) „*Pharmarecht – Arzneimittel- und Medizinprodukterecht*“, 3. Aufl., München, C.H. Beck.

Meier, T., Senftleben, K., Deumelandt, P., Christen, O., Riedel, K. & Langer, M. (2015) „*Healthcare Costs Associated with an Adequate Intake of Sugars, Salt and Saturated Fat in Germany: A Health Econometrical Analysis*“, *PloS one*, Vol. 10 (9), e0135990. DOI: 10.1371/journal.pone.0135990.

Meng, Y., Brennan, A., Purshouse, R., Hill-McManus, D., Angus, C., Holmes, J. & Meier, P. S. (2014) „*Estimation of own and cross price elasticities of alcohol demand in the UK--A pseudo-panel approach using the Living Costs and Food Survey 2001-2009*“, *Journal of health economics*, Vol. 34 (100), S. 96-103. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2013.12.006.

Mensink, G. B. M., Schienkiewitz, A., Rabenberg, M., Borrmann, A., Richter, A. & Haftenberger, M. (2018) „*Consumption of sugary soft drinks among children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends*“, *Journal of health monitoring*, Vol. 3 (1), S. 31-37. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-024.

Ministerium für Gesundheit und Soziales Land Brandenburg (Hg.) (2025) „*Landkreise und Kassen einigen sich - Rettungsdienst bleibt gebührenfrei*“, https://mgs.brandenburg.de/mgs/de/themen/gesundheit/rettungsdienst/# [12.03.2026].

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (2025) „*Drei Länder ziehen wegen Krankenhausplanung vor Gericht – Pressemitteilung*“, https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/drei-laender-ziehen-wegen-krankenhausplanung-vor-gericht-1 [28.03.2026].

Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B. & Harvey, S. B. (2016) „*The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review*“, *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, Vol. 24 (4), S. 331-336. DOI: 10.1177/1039856215618523.

Mühlbauer, B. & Ludwig, W.-D. (2025) „*Arzneiverordnungen 2023 im Überblick*“, *in:* Ludwig, W.-D., Mühlbauer, B. & Seifert, R. (Hg.) *Arzneiverordnungs-Report 2024: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*, Springer, S. 3-26.

Münster, E., Rüger, H., Ochsmann, E., Alsmann, C. & Letzel, S. (2010) „*Uberschuldung und Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem - Benachteiligung bei Ausgabenarmut*“, *Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, Vol. 72 (2), S. 67-76. DOI: 10.1055/s-0029-1214397.

Münster, E., Warth, J., Zier, U., Tillmann, J., Puth, M.-T., Porz, J., Beckmann, N., Klassen, O. & Weckbecker, K. (2018) „*Arzneimittelkonsum, insbesondere Selbstmedikation bei überschuldeten Bürgerinnen und Bürgern in Nordrhein-Westfalen (ArSemü-Studie) – Abschlussbericht*“, https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/pharmazie/anwendungssicherheit/abschlussbericht_Arsemue.pdf [19.03.2026].

Newhouse, J. P. (1993) „*Free for all? – Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*“, 2. Aufl., Cambridge, Mass., Harvard Univ. Press.

Nguyen, L.; Rosenqvist, G. & Pekurinen, M. (2012) „*Demand for tobacco in Europe – An econometric analysis of 11 countries for the PPACTE Project*“,

Nübler, L., BUsse, R. & Siegel, M. (2023) „*The role of consumer choice in out-of-pocket spending on health*“, *International journal for equity in health*, Vol. 22 (1), S. 24. DOI: 10.1186/s12939-023-01838-1.

Nyman, J. A. (2004) „*Is 'moral hazard' inefficient? The policy implications of a new theory*“, *Health affairs (Project Hope)*, Vol. 23 (5), S. 194-199. DOI: 10.1377/hlthaff.23.5.194.

o. A. (1984) „*Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Beschäftigung - Referentenentwurf, Stand 12.3.1984 – Artikel 10 Änderung des Lohnfortzahlungsgesetzes*“, *Recht der Arbeit* (3), S. 174.

Oberhofer, E. (2020) „*Urinteststreifen auf Eiweiß oft falsch positiv*“, *Uro-News*, Vol. 24 (11), S. 52. DOI: 10.1007/s00092-020-4249-8.

Oddo, V. M., Leider, J. & Powell, L. M. (2021) „*The Impact of Seattle's Sugar-Sweetened Beverage Tax on Substitution to Sweets and Salty Snacks*“, *The Journal of nutrition*, Vol. 151 (10), S. 3232-3239. DOI: 10.1093/jn/nxab194.

OECD (2021) „*Preventing Harmful Alcohol Use*“, Paris, OECD Publishing.

OECD (2023) „*Healthcare utilisation (Datenbank)*“, https://data-explorer.oecd.org/ [20.03.2025].

OECD (2024) „*Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*“, OECD Publishing.

OECD (2025a) „*Health at a Glance 2025. OECD Indicators – Financial hardship and out-of-pocket expenditure*“, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/financial-hardship-and-out-of-pocket-expenditure_4160e6d2.html [19.03.2026].

OECD (2025b) „*Health at a Glance 2025*“, Paris, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en.

OECD (2025c) „*The impact of the European Code Against Cancer on health, the economy and society – OECD Policy Briefs, No. 40*“,

Olderbak, S., Hollweck, R., Krowartz, E.-M., Möckl, J. & Hoch, E. (2025) „*Psychoactive Substance Use in Germany: Findings From the Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA) in 2024*“, *Deutsches Arzteblatt international*, Vol. 122 (23), S. 625-631. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157.

Österreichische Zahnärztekammer (2015) „*Gesamtvertrag Kieferorthopädie – für Leistungen gemäß § 153a ASVG (§ 94a GSVG, § 95a BSVG, § 69a B-KUVG) und den Richttarif gemäß § 343c ASVG (KFO-GV)*“, https://www.aekooe.at/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=1040&token=3698b05309e067275a64a256e60b273bd3c9009d [26.02.2026].

Pellacani, G., Farnetani, F., Ciardo, S., Chester, J., Kaleci, S., Mazzoni, L., Bassoli, S., Casari, A., Pampena, R., Mirra, M., Lai, M., Magi, S., Mandel, V. D., Di Matteo, S., Colombo, G. L., Stanganelli, I. & Longo, C. (2022) „*Effect of Reflectance Confocal Microscopy for Suspect Lesions on Diagnostic Accuracy in Melanoma: A Randomized Clinical Trial*“, *JAMA Dermatology*, Vol. 158 (7), S. 754-761. DOI: 10.1001/jamadermatol.2022.1570.

Philipsborn, P. von, Huizinga, O., Leibinger, A., Rubin, D., Burns, J., Emmert-Fees, K., Pedron, S., Laxy, M. & Rehfuess, E. (2023) „*Interim Evaluation of Germany's Sugar Reduction Strategy for Soft Drinks: Commitments versus Actual Trends in Sugar Content and Sugar Sales from Soft Drinks*“, *Annals of nutrition & metabolism*, Vol. 79 (3), S. 282-290. DOI: 10.1159/000529592.

Pielke, R. A. (2012) „*The Honest Broker*“, Cambridge University Press.

Primorac, M., Vlah Jerić, S. & Davidović, M. (2025) „*Effects of specific versus ad valorem excise taxes: empirical evidence on cigarette pricing in the EU*“, *Empirica*, Vol. 52 (2), S. 357-376. DOI: 10.1007/s10663-024-09637-9.

Puhani, P. A. & Sonderhof, K. (2010) „*The effects of a sick pay reform on absence and on health-related outcomes*“, *Journal of health economics*, Vol. 29 (2), S. 285-302. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2010.01.003.

PWC (Hg.) (2022) „*Fachkräftemangel im deutschen Gesundheitswesen 2022 – PwC-Studie: Deutschland steuert auf einen Personalnotstand zu, der die Gesundheitsversorgung in Deutschland gefährdet*“, PWC, https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/fachkraeftemangel-im-deutschen-gesundheitswesen-2022.html [10.02.2026].

Rädel, M., Priess, H.-W., Bohm, S. & Walter, M. (2024) „*BARMER Zahnreport 2024 – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 46. Kieferorthopädie*“, BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, https://www.bifg.de/publikationen/reporte/zahnreport-2024 [26.02.2026].

Ramírez Mejía, M., Arroyo Muñoz, L., Medina Perez, A. B., Mendoza Velasquez, C., Ceja Martínez, J., Camacho Ordonez, A. & Guerrero-Berger, O. (2023) „*Magnification and Refocusing Comparison in Cataract Surgery Using a Heads-Up Three-Dimensional Visualization System versus Conventional Binocular Microscopy*“, *Clinical ophthalmology (Auckland, N.Z.)*, Vol. 17, S. 2333-2339. DOI: 10.2147/OPTH.S423372.

Reddinger, J. L., Charness, G. & Levine, D. (2024) „*Vaccination as personal public-good provision*“, *Journal of Economic Behavior & Organization*, Vol. 224, S. 481-499. DOI: 10.1016/j.jebo.2024.06.015.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023) *„Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung – Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“*, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf.

ReportLinker Research (Hg.) (2023) *„European Carbonated Soft Drinks Market Size Volume by Country“*, https://www.reportlinker.com/dataset/4caee988ce67400ee95030c4c0f2750c197d2775 [20.03.2026].

Robert Koch-Institut (2023) *„Themenschwerpunkt: Rauchen“*, Robert Koch-Institut, https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Lebensweise-und-Gesundheit/Rauchen/themenschwerpunkt-rauchen.html [23.03.2026].

Robert Koch-Institut (2025a) *„Neubewertung des Alkoholkonsums in Deutschland – Welche Bevölkerungsgruppen haben ein erhöhtes Krankheitsrisiko?“*. DOI: 10.25646/13396.

Robert Koch-Institut (2025b) *„Psychische Störungen: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre)“*, www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/PsychischeStoerungenInsgesamt/PsychischeStoerungenAdministrativePraevalenz/psychischeStoerungenAdminPraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2024&geschlecht=0&standardisierung=0 [10.03.2026].

Rödiger, H., BUsse, R. & Henschke, C. (2025) *„The introduction of maximum reimbursement prices for digital health applications in Germany in 2022: Current developments“*, *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, Vol. 155, S. 105284. DOI: 10.1016/j.healthpol.2025.105284.

Rogers, N. T., Conway, D. I., Mytton, O., Roberts, C. H., Rutter, H., Sherriff, A., White, M. & Adams, J. (2023) *„Estimated impact of the UK soft drinks industry levy on childhood hospital admissions for carious tooth extractions: interrupted time series analysis“*, *BMJ nutrition, prevention & health*, Vol. 6 (2), S. 243-252. DOI: 10.1136/bmjnph-2023-000714.

Rogers, N. T., Cummins, S., Forde, H., Jones, C. P., Mytton, O., Rutter, H., Sharp, S. J., Theis, D., White, M. & Adams, J. (2023) *„Associations between trajectories of obesity prevalence in English primary school children and the UK soft drinks industry levy: An interrupted time series analysis of surveillance data“*, *PLoS medicine*, Vol. 20 (1), e1004160. DOI: 10.1371/journal.pmed.1004160.

Rogers, N. T., Cummins, S., Jones, C. P., Mytton, O., Rayner, M., Rutter, H., White, M. & Adams, J. (2024) *„Estimated changes in free sugar consumption one year after the UK soft drinks industry levy came into force: controlled interrupted time series analysis of the National Diet and Nutrition Survey (2011-2019)“*, *Journal of epidemiology and community health*, Vol. 78 (9), S. 578-584. DOI: 10.1136/jech-2023-221051.

Rogers, N. T., Cummins, S., Jones, C. P., Mytton, O. T., Roberts, C. H., Shaheen, S. O., Shah, S. A., Sheikh, A., White, M. & Adams, J. (2024) „*The UK Soft Drinks Industry Levy and childhood hospital admissions for asthma in England*“, *Nature communications*, Vol. 15 (1), S. 4934. DOI: 10.1038/s41467-024-49120-4.

Rogers, N. T., Pell, D., Mytton, O. T., Penney, T. L., Briggs, A., Cummins, S., Jones, C., Rayner, M., Rutter, H., Scarborough, P., Sharp, S., Smith, R., White, M. & Adams, J. (2023) „*Changes in soft drinks purchased by British households associated with the UK soft drinks industry levy: a controlled interrupted time series analysis*“, *BMJ open*, Vol. 13 (12), e077059. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-077059.

Rolland, S. L., Treasure, E., Burden, D. J., Fuller, E. & Vernazza, C. R. (2016) „*The orthodontic condition of children in England, Wales and Northern Ireland 2013*“, *British dental journal*, Vol. 221 (7), S. 415-419. DOI: 10.1038/sj.bdj.2016.734.

Rößler, M., Schulte, C., Bobeth, C., Petrautzki, I., Korthauer, L., Dahmen, J., Wende, D. & Karagiannidis, C. (2025) „*Regional differences, repeated use, and costs of emergency medical services in Germany*“, *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Vol. 120 (7), S. 576-584. DOI: 10.1007/s00063-024-01189-x.

Rückert, I.-M., Böcken, J. & Mielck, A. (2008) „*Are German patients burdened by the practice charge for physician visits ('Praxisgebuehr')? A cross sectional analysis of socio-economic and health related factors*“, *BMC health services research*, Vol. 8, S. 232. DOI: 10.1186/1472-6963-8-232.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) „*Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Band III Über- Unter- und Fehlversorgung – Gutachten 2000/2001 Ausführliche Zusammenfassung*“, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2000_2001/Kurzfassung_Band3.pdf [26.02.2026].

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015) „*Krankengeld - Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten – Sondergutachten 2015*“, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2015/Krankengeld_Druckfassung.pdf [03.02.2026].

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) „*Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018*“, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf [26.03.2026].

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2023) „*Resilienz im Gesundheitswesen – Wege zur Bewältigung künftiger Krisen: Gutachten 2023*“, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024) „*Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource*“, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf [26.03.2026].

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2025) „*Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem*“, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2025/SVR_Gutachten_2025.pdf [26.03.2026].

Scarborough, P., Adhikari, V., Harrington, R. A., Elhussein, A., Briggs, A., Rayner, M., Adams, J., Cummins, S., Penney, T. & White, M. (2020) „*Impact of the announcement and implementation of the UK Soft Drinks Industry Levy on sugar content, price, product size and number of available soft drinks in the UK, 2015-19: A controlled interrupted time series analysis*“, *PLoS medicine*, Vol. 17 (2), e1003025. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003025.

Schaller, K.; Kahnert, S.; Garcia-Verdugo, R.; Treede, I.; Graen, L. & Ouédraogo, N. (2022) „*Alkoholatlas Deutschland 2022*“, Lengerich, Pabst Science Publishers.

Scheller-Kreinsen, D.; Mostert-Brenck, C.; Hentschker, C. & Wissenschaftliches Institut der AOK (2026) „*Das Pflegebudget*“,

Schmitt, N. & Wende, D. (2024) „*Heilmittelreport 2024*“, https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Heil-und-Hilfsmittelreporte/2024/barmer-heilmittelreport-2024-neu.pdf.

Scholz, K. (Hg.) (2024b) „*SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung – Kommentar*“, 9. Aufl., C.H. Beck, https://beck-online.beck.de/Bcid/Y-400-W-BeckerKingKoSGBV-G-SGB_V-P-2-GL-D [19.03.2026].

Schreyögg, J. & Grabka, M. M. (2010) „*Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach*“, *The European Journal of Health Economics*, Vol. 11 (3), S. 331-341. DOI: 10.1007/s10198-009-0179-9.

Schröder, H., Thürmann, P. A., Thiede, M., Enners, S. & BUsse, R. (Hg.) (2025) „*Arzneimittel-Kompass – Die Preisfrage: Wege zu fairen Lösungen*“, Springer.

Schwendicke, F. & Stolpe, M. (2017) „*Taxing sugar-sweetened beverages: impact on overweight and obesity in Germany*“, *BMC public health*, Vol. 17 (1), S. 88. DOI: 10.1186/s12889-016-3938-4.

Schwendicke, F., Thomson, W. M., Broadbent, J. M. & Stolpe, M. (2016) „*Effects of Taxing Sugar-Sweetened Beverages on Caries and Treatment Costs*“, *Journal of dental research*, Vol. 95 (12), S. 1327-1332. DOI: 10.1177/0022034516660278.

SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration (2021) „*SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe*“, *European heart journal*, Vol. 42 (25), S. 2439-2454. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab309.

Sippli, K., Deckert, S., Schmitt, J. & Scheibe, M. (2025) „*Healthcare effects and evidence robustness of reimbursable digital health applications in Germany: a systematic review*“, *NPJ digital medicine*, Vol. 8 (1), S. 495. DOI: 10.1038/s41746-025-01879-6.

Sodan, H. (2003) „*Verfassungsrechtsprechung im Wandel - am Beispiel der Berufsfreiheit*“, https://beck-online.beck.de/Bcid/Y-300-Z-NJW-B-2003-S-257-N-1 [19.03.2026].

Sozialpolitik-aktuell (2026) „*Beitragssätze in den Zweigen der Sozialversicherung 1970 – 2026*“, https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Finanzierung/Datensammlung/PDF-Dateien/tabII6.pdf [12.03.2026].

Spadafora, N. D., Felletti, S., Chenet, T., Sirangelo, T. M., Cescon, M., Catani, M., Luca, C. de, Stevanin, C., Cavazzini, A. & Pasti, L. (2024) „*The influence of drying and storage conditions on the volatilome and cannabinoid content of Cannabis sativa L. inflorescences*“, *Analytical and bioanalytical chemistry*, Vol. 416 (16), S. 3797-3809. DOI: 10.1007/s00216-024-05321-w.

Stäbler, P.-G. (Hg.) (2025) „*SGB IV § 69 Rn. 5-7*“, C.H. Beck, https://beck-online.beck.de/Dokument?vpath=bibdata%2Fkomm%2Fkrauskopfkosozkrankenverspflegevers_127%2Fsgb_iv%2Fcont%2Fkrauskopfkosozkrankenverspflegevers.sgb_iv.p69.gl3.htm&pos=1&hlwords=on [22.03.2026].

Starker, A., Schienkiewitz, A., Damerow, S. & Kuhnert, R. (2025) „*Prevalence of obesity and smoking among adults in Germany - trends from 2003 to 2023*“, *Journal of health monitoring*, Vol. 10 (1), e13038. DOI: 10.25646/13038.

Statistisches Bundesamt (2019) „*Fachserie. 12, Gesundheit. 6, Krankenhäuser. 3, Kostennachweis der Krankenhäuser*“, Statistisches Bundesamt, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00146743.

Statistisches Bundesamt (2020a) „*Fachserie. 12, Gesundheit. 6, Krankenhäuser. 1.1, Grunddaten der Krankenhäuser*“, Statistisches Bundesamt, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00144531.

Statistisches Bundesamt (2020b) „*Fachserie. 12, Gesundheit. 6, Krankenhäuser. 3, Kostennachweis der Krankenhäuser*“, Statistisches Bundesamt, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00146744.

Statistisches Bundesamt (2023a) „*Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten – 2011*“, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00023951 [09.03.2026].

Statistisches Bundesamt (2023b) „*Verbraucherpreisindizes für Deutschland Lange Reihen ab 1948 – Dezember 2022*“, www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Preise/Verbraucherpreisindex/Publikationen/Downloads-Verbraucherpreise/verbraucherpreisindex-lange-reihen-pdf-5611103.pdf?__blob=publicationFile&v=107 [19.03.2026].

Statistisches Bundesamt (2024a) „*Fachserie. 12, Gesundheit. 6, Krankenhäuser. 1.1, Grunddaten der Krankenhäuser*“, Statistisches Bundesamt, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html.

Statistisches Bundesamt (2024b) „*Fachserie. 12, Gesundheit. 6, Krankenhäuser. 3, Kostennachweis der Krankenhäuser*“, Statistisches Bundesamt, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630247005.html?templateQueryString=erschienen+erschienen+erschienen+erschienen.

Statistisches Bundesamt (2024c) „*Zahl der Woche – 93 Liter zuckerhaltige Erfrischungsgetränke pro Kopf wurden 2023 produziert*“, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2024/PD24_28_p002.html [20.03.2026].

Statistisches Bundesamt (2025a) „*Brennereien, Verbrauch von Alkohol: Deutschland, Jahre*“, Statistisches Bundesamt, https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/73441/table/73441-0001 [23.03.2026].

Statistisches Bundesamt (2025b) „*Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste, Zeitreihe*“, https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Branche-Berufe/Tabellen/liste-bruttomonatsverdienste.html#134694 [19.03.2026].

Statistisches Bundesamt (2025c) „*Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich – 2023*“, https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/_inhalt.html#_n25956ie9 [09.03.2026].

Statistisches Bundesamt (2025d) „*Versteuerung von Tabakwaren (Zigaretten, Zigarren/Zigarillos): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen*“, www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/73411-0001/table-toolbar [23.03.2026].

Statistisches Bundesamt (2026a) „*Tabaksteuerstatistik*“, https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/73411/details [23.03.2026].

Statistisches Bundesamt (2026b) „*Verbraucherpreisindex und Inflationsrate*“, https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Preise/Verbraucherpreisindex/_inhalt.html [19.03.2026].

Statistisches Bundesamt (o. J.a) „*Langfristige Wirtschaftsentwicklung in Deutschland*“, https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Volkswirtschaftliche-Gesamtrechnungen-Inlandsprodukt/BIP-Langfristig.html [10.03.2026].

Statistisches Bundesamt (o. J.b) „*Verbrauchsteuern – Tabak*“, https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Steuern/Verbrauchsteuern/Tabellen/_tabellen-innen-tabak.html [23.03.2026].

Staudigel, M., Emmert-Fees, K. M. F., Laxy, M. & Roosen, J. (2025) „*The demand for non-alcoholic beverages across income groups and implications for sugar-sweetened beverage taxation in Germany*“, *Q Open*, Vol. 5 (2). DOI: 10.1093/qopen/qoaf020.

Steidl, F. & Wigger, B. U. (2015) „*Die externen Kosten des Rauchens in Deutschland*“, *Wirtschaftsdienst*, Vol. 95 (8), S. 563-568. DOI: 10.1007/s10273-015-1867-y.

Suerbaum, J. (2025) „*BeckOK Grundgesetz*“, beck-online.beck.de/?vpath=bibdata%2Fkomm%2FBeckOKGG_64%2FGG%2Fcont%2FBECKOKGG%2eGG%2eA87%2eglC%2eglI%2ehtm [25.02.2026].

SVR (2025) „*Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem*“, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2025/SVR_Gutachten_2025.pdf.

Techniker Krankenkasse (2025) „*85 Prozent der Kniegelenkersatz-OPs erfolgen zu früh: TK bietet neue Online-Zweitmeinung – Kooperation mit dem Start-Up DocRobin | Die Techniker - Presse & Politik*“,

Teng, A. M., Jones, A. C., Mizdrak, A., Signal, L., Genç, M. & Wilson, N. (2019) „*Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: Systematic review and meta-analysis*“, *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, Vol. 20 (9), S. 1187-1204. DOI: 10.1111/obr.12868.

Thomson, S., Cylus, J., Al Tayara, L., Martínez, M. G., García-Ramírez, J. A., Gregori, M. S., Cerezo-Cerezo, J., Karanikolos, M. & Evetovits, T. (2024) „*Monitoring progress towards universal health coverage in Europe: a descriptive analysis of financial protection in 40 countries*“, *The Lancet Regional Health – Europe*, Vol. 37, S. 100826. DOI: 10.1016/j.lanepe.2023.100826.

Tönnies, T., Baumert, J., Heidemann, C., Lippe, E. von der, Brinks, R. & Hoyer, A. (2021) „*Diabetes free life expectancy and years of life lost associated with type 2 diabetes: projected trends in Germany between 2015 and 2040*“, *Population health metrics*, Vol. 19 (1), S. 38. DOI: 10.1186/s12963-021-00266-z.

Tönnies, T., Pohlabeln, H., Eichler, M., Zeeb, H. & Brand, T. (2021) „*Relative and absolute socioeconomic inequality in smoking: time trends in Germany from 1995 to 2013*“, *Annals of epidemiology*, Vol. 53, 89-94.e2. DOI: 10.1016/j.annepidem.2020.09.001.

Ueberall, M. A., Essner, U., Vila Silván, C. & Mueller-Schwefe, G. H. H. (2022) „*Comparison of the Effectiveness and Tolerability of Nabiximols (THC:CBD) Oromucosal Spray versus Oral Dronabinol (THC) as Add-on Treatment for Severe Neuropathic Pain in Real-World Clinical Practice: Retrospective Analysis of the German Pain e-Registry*“, *Journal of pain research*, Vol. 15, S. 267-286. DOI: 10.2147/JPR.S340968.

UK Parliament Treasury (2021) „*Soft Drinks: Taxation Question for Treasury on Soft Drinks: Taxation*“, https://questions-statements.parliament.uk/written-questions/detail/2021-01-29/145846# [20.03.2026].

van Amsterdam, J. & van den Brink, W. (2024) „*Cannabis Use Variations and Myocardial Infarction: A Systematic Review*“, *Journal of clinical medicine*, Vol. 13 (18). DOI: 10.3390/jcm13185620.

vdek (2024) „*340 Millionen Euro Versichertengelder geparkt: vdek fordert Änderungen bei Finanzierung pharmazeutischer Dienstleistungen*“, https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2024/pharmazeutische-dienstleistungen-pdl-finanzierung.html [05.02.2026].

vdek (2025) „*Pressemitteilung: vdek fordert abgesenkten Steuersatz auch für Arzneimittel – Arzneimittel sind kein Luxusgut*“, https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2025/mehrwertsteuer-arzneimittel-steueraenderungsgesetz.html [17.03.2026].

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (2023) „*Starker Zuwachs: 17,8 Millionen Deutsche haben eine Zahnzusatzversicherung*“, https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/starker-zuwachs-178-millionen-deutsche-haben-eine-zahnzusatzversicherung/.

Viscusi, W. K. & Hersch, J. (2008) „*The mortality cost to smokers*“, *Journal of health economics*, Vol. 27 (4), S. 943-958. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2008.01.001.

von Mach, S. (2018) „*Hautkrebsscreening: 10 Minuten, die sich lohnen*“, www.hausaerztlichepraxis.digital/medizin/hautkrebsscreening-10-minuten-die-sich-lohnen-21877.html [03.03.2026].

WAFG (2024) „*Entwicklung des Pro-Kopf-Verbrauchs von Alkoholfreien Getränken nach Getränkearten 2012 - 2024*“, Wirtschaftvereinigung Alkoholfreie Getränke, https://www.wafg.de/fileadmin/dokumente/pro-kopf-verbrauch.pdf [20.03.2026].

Wagenaar, A. C., Salois, M. J. & Komro, K. A. (2009) „*Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies*“, *Addiction*, Vol. 104 (2), S. 179-190. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x.

Warth, J., Puth, M.-T., Tillmann, J., Beckmann, N., Porz, J., Zier, U., Weckbecker, K., Weltermann, B. & Münster, E. (2019) „*Cost-related medication nonadherence among over-indebted individuals enrolled in statutory health insurance in Germany: a cross-sectional population study*“, *BMC health services research*, Vol. 19 (1), S. 887. DOI: 10.1186/s12913-019-4710-0.

Weber, B. & Rieder, J. (2026) „*Das kostet die private Krankenversicherung – Private Krankenversicherung Kosten*“, https://www.finanztip.de/pkv/pkv-kosten/ [27.03.2026].

WHO (2015) „*Guideline – Sugars intake for adults and children*“, *Nonserial Publications*, iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4be74f01-de93-4596-bbd1-02a97afb1221/content [20.03.2026].

WHO (2023) „*Technical Manual on Alcohol Tax Policy and Administration*“, Geneva, World Health Organization, https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/267764ea-19a0-4dc3-b0dc-9ebf4aecdd41/content [27.03.2026].

WHO (2024) „*Tackling NCDs – Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*“, World Health Organization, https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f6f90d96-8688-42e9-87ba-5c86e7f8e0e1/content [21.03.2026].

WHO (2026) „*Promoting taxation on tobacco products*“, https://www.who.int/europe/activities/promoting-taxation-on-tobacco-products [23.03.2026].

Winkelmann, R. (2004) „*Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits--evidence from a natural experiment*“, *Health economics*, Vol. 13 (11), S. 1081-1089. DOI: 10.1002/hec.868.

Winkler, J. K., Blum, A., Kommoss, K., Enk, A., Toberer, F., Rosenberger, A. & Haenssle, H. A. (2023) „*Assessment of Diagnostic Performance of Dermatologists Cooperating With a Convolutional Neural Network in a Prospective Clinical Study: Human With Machine*“, *JAMA Dermatology*, Vol. 159 (6), S. 621-627. DOI: 10.1001/jamadermatol.2023.0905.

Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV (2019) „*Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung – Bericht der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV*“, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV__-_Dezember_2019.pdf [17.03.2026].

Witte, J., Naumann, L. & Surmann, B. (2026) „*Budgetimpact-Simulation eines Fokuslisten-Selektivvertragsmodells im Markt patentgeschützter Arzneimittel*“, https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/163650/data/9c93daaeebbef8f3091a49c0a125e00b/amnog-kurzreport-2026-budgetwirkung-fokuslisten.pdf.

World Bank Group (2023) „*Global SSB Tax Database – Open source of data on sugar-sweetened beverage (SSB) tax designs worldwide*“, Washington D.C., https://ssbtax.worldbank.org/ [20.03.2026].

WSI (2024) „*WSI GenderDatenPortal: Zeit – Teilzeit und Vollzeit nach Alter 2024*“, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut der Hans-Böckler-Stiftung, https://www.wsi.de/de/zeit-14621-erwerbsumfang-nach-alter-14745.htm [24.03.2026].

Young, D. R., Hedderson, M. M., Sidell, M. A., Lee, C., Cohen, D. A., Liu, E. F., Barton, L. J., Falbe, J., Inzhakova, G., Sridhar, S., Voorhees, A. C. & Han, B. (2024) „*City-Level Sugar-Sweetened Beverage Taxes and Youth Body Mass Index Percentile*“, *JAMA network open*, Vol. 7 (7), e2424822. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.24822.

Zentrale Ethikkommission (2025) „*Finanzielle Anreize in der Patientenversorgung: eine ethische Orientierung für ärztliches Handeln – Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten*“. DOI: 10.3238/arztebl.zeko_sn_finanzAnreize2025.

Zentrum für Krebsregisterdaten (2024) „*Malignes Melanom der Haut – ICD-10 C43*“, https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Melanom/melanom_node.html [03.03.2026].

Zhao, F., Gidwani, R., Wang, M. C., Chen, L. & Nianogo, R. A. (2025) „*An application of the augmented synthetic control method within a target trial framework: the case of the soda tax policy in California*“, *BMC public health*, Vol. 25 (1), S. 1368. DOI: 10.1186/s12889-025-22526-5.

Zheng, J., Zhou, Z., Huang, J., Tu, Q., Wu, H., Yang, Q., Qiu, P., Huang, W., Shen, J., Yang, C. & Lip, G. Y. H. (2025) „*Exposure to sugar rationing in first 1000 days after conception and long term cardiovascular outcomes: natural experiment study*“, *BMJ (Clinical research ed.)*, Vol. 391, e083890. DOI: 10.1136/bmj-2024-083890.

Ziebarth, N. R. (2013) „*Long-term absenteeism and moral hazard—Evidence from a natural experiment*“, *Labour Economics*, Vol. 24, S. 277-292. DOI: 10.1016/j.labeco.2013.09.004.