

Übersicht

zu den wesentlichen Änderungen eines

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

Stand: Referentenentwurf v. 16.04.2026
Inkrafttreten: Überwiegend 2027

SGB V

Überproportionale Vergütungs- und Preissteigerungen gefährden die langfristige Finanzierbarkeit der GKV und belasten damit Beitragszahlerinnen und Beitragszahler unverhältnismäßig. Durch die dauerhafte Begrenzung der Ausgabedynamik auf die Grundlohnrate als feste Obergrenze (einnahmenorientierte Ausgabenpolitik) wird das System der GKV langfristig stabilisiert. Mit der Begrenzung soll eine Anpassung der Lohn- und Vergütungswachse im Gesundheitswesen an die Lohnwachse in der Gesamtwirtschaft erreicht werden. *»Der vorliegende Gesetzentwurf übernimmt einen wesentlichen Teil der empfohlenen Maß nahmen aus dem am 30. März 2026 veröffentlichten Bericht der Finanzkommission Gesundheit (FKG) zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV, teilweise mit inhaltlichen Anpassungen. Insgesamt stammen über 80 Prozent des finanziellen Entlastungsvolumens im Jahr 2027 und über 90 Prozent des Entlastungsvolumens im Jahr 2030 aus Maßnahmen, die von der FKG vorgeschlagen wurden.«* (Begründungstext)

- Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen sind künftig aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz der Wirksamkeit nicht mehr erstattungsfähig. Die Möglichkeit, diese als zusätzliche Satzungsleistungen anzubieten, wird gestrichen.
- Erhebung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner ab 2028 in Höhe von 3,5 Prozent. Der Beitragszuschlag ist allein von dem Mitglied zu tragen, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird. Der Beitragszuschlag wird nicht fällig, wenn
 - das Mitglied oder der familienversicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind hat, das das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und im Haushalt des familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt,
 - das Mitglied oder der familienversicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind hat, das als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten und im Haushalt des familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt,
 - der familienversicherte Ehegatte oder Lebenspartner nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegt oder
 - der familienversicherte Ehegatte oder Lebenspartner die Regelaltersgrenze erreicht hat.

Die KK berücksichtigen die Ausnahmen auch ohne Nachweis des Mitglieds, wenn ihnen deren Vorliegen bekannt ist. – Ansonsten müssen Mitglieder mit Ehegatten oder Lebenspartnern, für die kein Beitragszuschlag

zu zahlen ist, grundsätzlich selbst das Vorliegen der Voraussetzungen an ihre KK melden und Änderungen der Verhältnisse unverzüglich anzeigen.

- Die Verwaltungsausgaben der KK dürfen sich ab dem Jahr 2027 nur entsprechend der Entwicklung der Grundlohnrate je Versicherten (§ 71 Absatz 3) erhöhen. Die Begrenzung gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik.
- Die Ausgaben einer KK für Werbemaßnahmen dürfen im Haushaltsjahr 0,075 Prozent (bisher: 0,15 Prozent) der monatlichen Bezugsgröße je Mitglied nicht überschreiten.
- Abrechnungsverbot für bestimmte sog. mengenanfällige Eingriffe (bspw. Knie- und Hüft-Endoprothesen, Wirbelsäuleneingriffe und Schultereingriffe), wenn Versicherte sich nicht vor dem Eingriff nachweislich eine zweite Meinung eingeholt haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird verpflichtet, diese Eingriffe zu bestimmen. Damit wird in diesen Fällen die Einholung einer Zweitmeinung zur Abrechnungsvoraussetzung. Ist das zwingend notwendige Zweitmeinungsverfahren durchgeführt worden, darf der Eingriff – unabhängig vom Ergebnis der Zweitmeinung – durchgeführt werden und ist zu vergüten.
- Für das Erbringen kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der GKV wird künftig eine Weiterbildung zur Fachzahnärztin oder zum Fachzahnarzt (für) Kieferorthopädie vorausgesetzt.
- Freiwillig gesetzlich Versicherten, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, können per Wahlerklärung einen Anspruch auf Krankengeld ab der siebten Woche (43. Tag) der Arbeitsunfähigkeit erwerben. Die Abgabe einer Wahlerklärung bindet das Mitglied für die Dauer von drei Jahren an diese Entscheidung und wirkt ab dem Zeitpunkt des Eingangs bei der KK, sofern das Mitglied zu dieser Zeit arbeitsfähig ist. Künftig entsteht der Anspruch auf Krankengeld erst nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten nach Zugang der Wahlerklärung bei der KK.
- Einführung von Teilarbeitsunfähigkeit (in Höhe von 25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit des Versicherten) und Teilkrankengeld.
 - Voraussetzung für eine *Teilarbeitsunfähigkeit* ist eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit für eine nicht nur geringfügige Erkrankung, deren Dauer eine Länge von mehr als vier Wochen erwarten lässt. Die Inanspruchnahme einer Teilarbeitsunfähigkeit setzt sowohl die Freiwilligkeit des ArbN als auch seines ArbGeb voraus; weder besteht ein Anspruch auf Einrichtung noch auf Anpassung eines Arbeitsplatzes zur teilweisen Ausübung der bisherigen Tätigkeit. – Im Umkehrschluss sollen geringfügige Erkrankungen weiterhin ausschließlich über die bestehenden Regelungen zur

Arbeitsunfähigkeit abgewickelt werden. – Versicherte, die sich für eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit während einer Arbeitsunfähigkeit entscheiden, behalten während dieser Zeit, unabhängig von dem Umfang ihrer Arbeitsleistung, ihren Anspruch auf volle Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (§ 3 EFZG).

- Versicherte haben Anspruch auf *Teilkrankengeld*, soweit sie aufgrund von Krankheit teilweise arbeitsunfähig sind und sie ihre Arbeitsleistung krankheitsbedingt nicht vollständig erbringen können. Die Höhe des Teilkrankengeldes wird entsprechend dem Umfang der krankheitsbedingt nicht erbrachten Arbeitszeit geleistet. Die Inanspruchnahme von Teilkrankengeld bewirkt keine Verlängerung der Anspruchsdauer des Krankengeldes (78 Wochen innerhalb von drei Jahren).
- Das *Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes* wird auf 85 (bisher: 90) Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten gekürzt – bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt in den der Freistellung von der Arbeitsleistung vorangegangenen zwölf Kalendermonaten auf 95 (bisher: 100) Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 65 (bisher: 70) Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreiten.
- Auch die *Höhe des Krankengeldes* wird um fünf Prozentpunkte – von 70 auf 65 Prozent des Regelentgelts – gekürzt und darf 85 (bisher: 90) Prozent des Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen. – Endet während des Bezugs von Krankengeld das der Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegende Beschäftigungsverhältnis, wird das Krankengeld vom Tage nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses an höchstens in Höhe des Betrages geleistet, der sich bei Anspruch auf Arbeitslosengeld nach SGB III ergeben würde.
- Künftig haben Versicherte wegen Krankheit durchweg (und nicht mehr nur wegen »derselben« Krankheit) nur noch für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren einen Anspruch auf Krankengeld.
- Derzeit sind u.a. Beziehende einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder einer Vollrente wegen Alters aus der GRV vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen. Dies gilt künftig auch für Beziehende einer *Teilrente wegen Alters* von mehr als zwei Dritteln der Vollrente. – Hintergrund: Das Flexirentengesetz (2017) eröffnete die Möglichkeit, eine Altersteilrente in Höhe von mindestens 10 Prozent der Vollrente zu wählen. Da gesetzlich keine ausdrückliche Prozentregelung für den Höchstsatz der Teilrente normiert ist, kann eine Teilrente bis zu einer Höhe von 99,99 Prozent der Vollrente in Anspruch genommen werden. Zusammen mit der durch das 8. SGB IV-Änderungsgesetz (2023) vorgenommenen Aufhebung der Hinzuverdienstgrenzen, wonach die vorgezogene Altersrente unabhängig von der Höhe des aus einem gleichzeitigen Beschäftigungsverhältnis erzielten Arbeitsentgelts ungekürzt gezahlt wird, erhöht sich der Anreiz, durch Verzicht auf einen sehr kleinen Teil der Rente einen Anspruch auf die zusätzliche Entgeltersatzleistung Krankengeld und damit eine »de facto doppelte Zahlung von Entgeltersatzleistungen« zu generieren – so der Begründungstext.
- Die Frist zur Beantragung einer Leistung der medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben wird von zehn auf vier Wochen gekürzt. – Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente, kann ihnen die KK eine Frist von vier (bisher:

zehn) Wochen setzen, innerhalb derer sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.

- Die befundbezogenen Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz werden von 60 auf 50 Prozent der Beträge für die jeweilige Regelversorgung gekürzt. Parallel dazu verringern sich die Boni, auf die Versicherte einen Anspruch haben, wenn ihr Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie während der letzten fünf Jahre beziehungsweise während der letzten zehn Jahre vor der Behandlung ununterbrochen die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, auf 60 (bisher: 70) Prozent beziehungsweise 65 (bisher: 75) Prozent. – In sog. Härtefällen bleibt die vollständige Kostenübernahme für die Regelversorgung mit Zahnersatz erhalten. Die betroffenen Versicherten erhalten zusätzlich zum Festzuschuss in Höhe von 50 Prozent einen zusätzlichen Betrag in identischer Höhe.
- Die Zuzahlungsbeträge werden 2027 erhöht und danach jährlich entsprechend der Grundlohnrate dynamisiert.

Zuzahlungsbereich	2026 (€)	2027 (€)
Medikamente - Mindestbetrag	5,00	7,50
Medikamente - Höchstbetrag	10,00	15,00
Stationäre Maßnahmen/Tag	10,00	15,00
Je Verordnung (Heilmittel, häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege)	10,00	15,00

- Eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV kann nur erreicht werden, wenn die hohe Ausgabendynamik deutlich reduziert und an die Einnahmementwicklung angepasst wird. Die *Grundlohnrate* gilt dabei als *feste Obergrenze*. Da diese in den Jahren 2027 bis 2029 mit schätzungsweise durchschnittlich rund 4 Prozent voraussichtlich noch deutlich höher liegen wird als im langfristigen Schnitt und damit wesentlich oberhalb der geschätzten Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen in diesem Zeitraum (rund 2,5 Prozent), erfolgt für die Jahre 2027 bis 2029 ein Abschlag in Höhe von einem Prozentpunkt. – So werden u.a.
 - das jährliche Wachstum des krankenhausesindividuellen Pflegebudgets grundsätzlich auf die maßgebliche Obergrenze (Grundlohnrate) beschränkt, die zukünftig auch für andere Teilbereiche des Krankenhausbereichs gilt. Den Selbstverwaltungspartnern vor Ort wird jedoch ermöglicht, zu vereinbaren, das krankenhausesindividuelle Pflegebudget über die maßgebliche Obergrenze hinaus auszuweiten, wenn zusätzliches Pflegepersonal auf Grund von Bundesgesetzen, Verordnungen, die auf Grundlage des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses benötigt wird. Ein darüberhinausgehender Aufbau von weiterem Pflegepersonal seitens der Krankenhäuser, der zu einer Erhöhung des Pflegebudgets führt, ist somit nicht mehr möglich;
 - im Bereich der Vertragsärzte die Höhe der Anpassung sowohl des Orientierungswertes als auch des Punktwertes zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit durch die Grundlohnrate als feste Obergrenze begrenzt;
 - die Preis- und Vergütungssteigerungen aller Leistungserbringer im Gesundheitswesen, darunter insbesondere Vertragszahnärzte, Heilmittelerbringer, Hebammen, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Rettungsdienste und Krankentransportunternehmen sowie Hersteller von Hilfsmitteln und Unternehmen der medizinischen Behandlungspflege auf die Grund-

lohnrate und damit die jährlichen Einnahmenezuwächse der GKV als feste Obergrenze begrenzt;

- der Anstieg der Verwaltungsausgaben der KKn je Versicherten ab dem Jahr 2027 jährlich auf die Höhe der Grundlohnrate begrenzt und
- die derzeit geltende, volle Refinanzierung aller Tariflohnsteigerungen für das Personal im Krankenhaus und im Bereich der medizinischen Behandlungspflege sowie in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen auch über die Grundlohnrate als Obergrenze zurückgenommen.
- Vorrangig gegenüber der stufenweisen Wiedereingliederung ist zu prüfen, ob für Versicherte eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit trotz einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit während des Entgeltfortzahlungszeitraums oder während des Krankengeldbezugszeitraums in Frage kommt.
- Erhöhung des Apothekenrabatts für die GKV von 1,77 Euro auf 2,07 Euro je Arzneimittel.
- Ergänzend zum allgemeinen Herstellerabschlag wird ab 2027 ein dynamischer Herstellerabschlag der pharmazeutischen Unternehmer eingeführt, dessen Höhe sich nach der Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) richtet – für die Zeit vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2027 einmalig übergangsweise 3,5 Prozent. Der ergänzende Abschlag betrifft insbesondere hochpreisige patentgeschützte Arzneimittel. – Zusätzlich zum Referenzabschlag für zu Lasten der GKV abgegebene Impfstoffe für Schutzimpfungen, die einen Patent- oder Unterlagenschutz haben, fällt künftig ein Abschlag in Höhe von sieben Prozent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers an. – Das sog. Preismoratorium wird um weitere vier Jahre bis zum 31. Dezember 2030 verlängert. Die bisherigen Regelungen knüpfen die Anwendbarkeit des Preismoratoriums daran, dass derselbe pharmazeutische Unternehmer bereits ein wirkstoffgleiches Arzneimittel mit vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat oder ein Fall des Mitvertriebs vorliegt. Künftig soll allein maßgeblich sein, ob bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform im Verkehr ist. Dadurch sollen Umgehungsmöglichkeiten durch Anbieterwechsel oder konzerninterne Umstrukturierungen ausgeschlossen werden. – Auch für zu Lasten der GKV abgegebenen Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundbehandlung gilt ab 2027 bis Ende 2030 ein Preismoratorium.
- Verschiebung der Rückzahlung der in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds von insgesamt 5,6 Milliarden Euro. Diese sind nun in den Jahren 2035 bis 2039 zurückzahlen.
- Die jährliche Beitragsbemessungsgrenze (BBG) wird 2027 außerordentlich um 3.600 Euro angehoben. Da die BBG dadurch künftig von der Jahresarbeitsentgeltgrenze abweicht, wird sie eigenständig in § 223 Absatz 4 SGB V geregelt.
- Derzeit entrichten ArbGeb für im gewerblichen Minijob Beschäftigte, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, einen GKV-Pauschalbeitrag von 13 Prozent. Künftig werden die KV-Beiträge auf Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung nach dem allgemeinen Beitragssatz zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes bemessen.

SGB IV

Der für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen im sog. Übergangsbereich (§ 20 SGB IV) heranzuziehende Faktor »F« wird bisher berechnet, indem der Wert 28 Prozent (= ArbGeb-Pauschalbeitrag zur RV (15%) plus KV (13%)) durch den Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz des Kalenderjahres, in dem der Anspruch auf das Arbeitsentgelt entstanden ist, geteilt wird. An die Stelle des Wertes »28« tritt ab 2027 die Summe aus ArbGeb-Pauschalbeitragssatz zur RV (15%), allgemeinem Beitragssatz zur KV (14,6%) und durchschnittlichem Zusatzbeitragssatz (2026: 2,9%).

