

Übersicht

zu den wesentlichen Änderungen eines

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

Stand: Kabinettsbeschluss v. 29.04.2026
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 Ausgabendynamik 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 rund 90 Prozent des finanziellen Entlastungsvolumens 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 (auf Renten der GRV sowie Renten und Landabgaberenten nach dem ALG: ab Juli 2028) in Höhe von 2,5 Prozent. Der Beitragszuschlag ist allein von dem Mitglied zu tragen, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird. Der Zuschlag wird in Form von zusätzlichen Beitragssatzpunkten auf den Beitragssatz aufgeschlagen, der für das Mitglied individuell einschlägig ist. – 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,
 - als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten und im Haushalt des familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt, oder
 - 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 eine Freistellung von der Arbeitsleistung nach § 3 PflegeZG in Anspruch nimmt,
 - die Regelaltersgrenze erreicht hat oder
 - voll erwerbsgemindert ist.

Die KKn 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 KKn 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 sowie für Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl entstehen.
- Die Ausgaben einer KK für Werbemaßnahmen dürfen im Haushaltsjahr 0,075 Prozent (bisher: 0,15 Prozent) der monatlichen Bezugsgröße je Mitglied nicht überschreiten.
- Für das Jahr 2027 wird die (allgemeine) Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) nach § 6 Abs. 6 (wie bisher) entsprechend der Lohnentwicklung des Jahres 2025 angepasst und anschließend zusätzlich und dauerhaft um 3.600 Euro erhöht. Die erhöhte JAEG wird ab 2028 (wie bisher) entsprechend der gesamtdeutschen Lohnänderungsrate des vorvergangenen Jahres fortgeschrieben. – Abweichend hiervon beläuft sich die JAEG für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2026 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden JAEG versicherungsfrei und substitutiv bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichert waren, auf die im Jahr 2027 ermittelte JAEG *ohne* die zusätzliche Erhöhung (»Vertrauensschutz-Fälle«); sie wird ab 2028 ebenfalls entsprechend der gesamtdeutschen Lohnänderungsrate des vorvergangenen Jahres fortgeschrieben. Solange das Arbeitsentgelt der betroffenen Personen die »Vertrauensschutz«-JAEG übersteigt, bleiben sie daher versicherungsfrei. Entsprechend tritt Versicherungspflicht für diesen Personenkreis nur ein, wenn das Arbeitsentgelt die »Vertrauensschutz«-JAEG unterschreitet.
- 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 Fachärztin oder zum Facharzt (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. Geht der KK die Wahlerklärung zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu oder tritt eine Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit ein, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt. – Abweichend davon entsteht der Anspruch auf Krankengeld ab dem ersten Tag der Krankheit, wenn diese Krankheit innerhalb der Wartezeit durch einen Unfall herbeigeführt worden ist. – Die dreimonatige Wartezeit kann dazu führen, dass Versicherte in bestimmten Übergangssituationen vorübergehend ohne Absicherung gegen krankheitsbedingten Einkommensausfall sind. Dies betrifft insbesondere Personen, die aus einer Beschäftigung mit Krankengeldanspruch in eine selbstständige Tätigkeit wechseln oder erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft begründen. Für diesen Personenkreis entsteht der Anspruch auf Krankengeld mit Zugang der Wahlerklärung, wenn diese der KK innerhalb von 14 Tagen nach Begründung der Mitgliedschaft oder nach Eintritt des Statuswechsels zugeht.
- 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).
- Endet ein Beschäftigungsverhältnis während Arbeitsunfähigkeit, beträgt das Krankengeld vom Tage nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses an 60 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes. Der Betrag erhöht sich auf 67 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes, sofern der Versicherte oder der Ehe- oder Lebenspartner mindestens ein Kind hat.
- 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 Arbeitsentgeltes 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 (grundsätzlich 10 Prozent des Abgabepreises) 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 Einnahmendynamik 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 krankenhausindividuellen 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 krankenhausindividuelle 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 Grundlohnrate und damit die jährlichen Einnahmewachse 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 begrenzt auf eine hälftige Tarifrefinanzierung oberhalb des Veränderungswertes und im Bereich der medizinischen Behandlungspflege sowie in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen durch die Grundlohnrate als Obergrenze begrenzt.
- 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 bis-

herigen 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.

- Ab 2027 sinkt der Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der KKn für versicherungsfremde Leistungen von jährlich 14,5 Mrd. Euro auf 12,5 Mrd. Euro.
- 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 zurückzuzahlen.
- Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) wird 2027 außerordentlich und dauerhaft angehoben; ihr jährlicher Betrag entspricht von da an der um 3.600 Euro erhöhten (besonderen) JAEG nach § 6 Abs. 7.
- Die KV-Beiträge des Bundes für erwerbsfähige Beziehende von Grundsicherungsgeld bemessen sich bislang auf Basis des 0,2155fachen der monatlichen Bezugsgröße (= beitragspflichtige Einnahme). Dieser Faktor wird bis zum Jahr 2031 jährlich wie folgt erhöht:

Jahr	Faktor	Beitragspflichtige Einnahme*	Beitrags-satz*	KV-Beitrag pro Monat*
2026	0,2155	852,30	16,90	144,04
2027	0,2234	883,55	16,90	149,32
2028	0,2312	914,40	16,90	154,53
2029	0,2464	974,51	16,90	164,69
2030	0,2618	1.035,42	16,90	174,99
ab 2031	0,2766	1.093,95	16,90	184,88

* Wertebasis 2026: Bezugsgröße 3.955 Euro, ermäßigter Beitragssatz 14,0%, durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz 2,9%

»In den Jahren 2027 und 2028 wird auf diese Weise das vom Bund getragene Beitragsaufkommen für die Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung jeweils um rund 250 Millionen gesteigert. In den Jahren 2029, 2030 und 2031 entspricht der jährliche Anstieg jeweils 500 Millionen Euro, so dass ab 2031 jährlich zusätzlich 2 Milliarden Euro gegenüber dem Jahr 2026 durch den Bund gezahlt werden.« (Begründungstext)

- 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%).

