

# Berlin kompakt

Nr. 5 // 9. April 2026

## FinanzKommission Gesundheit legt ersten Bericht vor

Vor dem Hintergrund der angespannten Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung und stetig steigender Beitragssätze hat Gesundheitsministerin Nina Warken eine wissenschaftliche Kommission damit beauftragt, Vorschläge zur finanziellen Stabilisierung des Gesundheitssystems zu erarbeiten. Damit kommt sie einer Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag nach. Am 30.03.2026 hat die FinanzKommission Gesundheit ihren ersten Bericht mit 66 Empfehlungen für kurzfristige Sparmaßnahmen mit einer Gesamtfinanzwirkung in Höhe von 42,3 Mrd. Euro für das Jahr 2027 vorgelegt.

Die Ministerin kündigte an, aufbauend auf den Empfehlungen der Kommission ein gesetzgeberisches Gesamtpaket mit Maßnahmen zu erstellen, das ausgewogen und sozial verträglich sein werde. Es müssten zunächst schnell umsetzbare Maßnahmen in Angriff genommen werden, um die Beitragsspirale nach oben zu stoppen. Damit das geplante Reformgesetz zum 01.01.2027 in Kraft treten und bei den Berechnungen des Schätzerkreises berücksichtigt werden könnte, werde es bis spätestens Juli dem Bundeskabinett zum Beschluss vorgelegt, so Warken. Zur Vorbereitung langfristiger struktureller Maßnahmen wird die FinanzKommission Gesundheit bis Ende 2026 einen zweiten Bericht erarbeiten.

### „Verteilung der Belastung auf viele Schultern“

Laut einer Prognose der FinanzKommission Gesundheit wird die Deckungslücke zwischen Einnahmen und Ausgaben der GKV im Jahr 2027 bei 15,3 Mrd. Euro liegen, hochgerechnet auf das Jahr 2030 sogar bei 40,4 Mrd. Euro. Um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz stabil bei 2,9 Prozent zu halten, empfiehlt die Kommission umfangreiche Sparmaßnahmen mit einer Finanzwirkung in Höhe von bis zu 42,3 Mrd. Euro für das Jahr 2027, für 2030 in Höhe von bis zu 60,9 Mrd. Euro. Alle Bereiche des Gesundheitswesens müssten in die Reformüberlegungen einbezogen werden, von den Leistungserbringern über Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller sowie den Krankenkassen bis zu den Versicherten.

Zur finanziellen Entlastung der GKV soll auch der Bund beitragen, indem er deutlich höhere, ausgabendeckende Pauschalen für die Beiträge von Bürgergeldbeziehenden zur Krankenversicherung zahlt als bisher. Die Kommission beziffert die notwendige monatliche Pauschale für 2027 auf monatlich 400 Euro, um die Deckungslücke der GKV in diesem Bereich von ca. 12 Mrd. Euro zu füllen. Zugleich müsse der jährliche Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung von versicherungsfremden Leistungen der GKV dynamisiert werden, der seit 2017 unverändert bei 14,5 Mrd. Euro liegt.

- B** Die FinanzKommission liefert mit ihrem ersten Bericht eine fundierte Analyse der Finanzsituation der GKV und macht damit erneut den hohen Handlungsdruck für eine Stabilisierung des Systems deutlich. Die Bundesregierung ist jetzt gefordert, schnellstens ein Reformgesetz auf den Weg zu bringen, das kurzfristig für finanzielle Planungssicherheit bei den Krankenkassen sorgt und sicherstellt, dass die Beiträge für die GKV-Versicherten stabil bleiben.

Es ist richtig, den Schwerpunkt der Konsolidierungsmaßnahmen auf die stark gestiegenen Ausgaben zu legen. Doch muss auch der Bund bei der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen stärker in die Pflicht genommen werden. Dies gilt für die Übernahme kostendeckender Beiträge von Bürgergeldbeziehenden sowie für die Dynamisierung des Bundeszuschusses.

### Zum Download

Erster Bericht der  
FinanzKommission  
Gesundheit

# Berlin kompakt

Nr. 5 // 9. April 2026

## Übergreifende Reformempfehlungen zur Stabilisierung der GKV-Finzen

Den Empfehlungen für die verschiedenen Versorgungsbereiche stellt die FinanzKommission zwei grundlegende, übergreifende Reformempfehlungen voran.

### Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik – Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege

Um die Ausgabendynamik in der GKV deutlich zu begrenzen und den gesetzlich verankerten Grundsatz der Beitragssatzstabilität wieder zu stärken, müsse zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zurückgekehrt werden. Dazu sollten der jährliche Anstieg der Vergütungen in allen Leistungsbereichen der Versorgung, in der Verwaltung sowie für alle Produktmärkte wie Arznei- und Hilfsmittel begrenzt werden – mit der Grundlohnrate als verbindlicher Obergrenze. Darüber hinaus wird für den Zeitraum von 2027 bis 2029 zusätzlich ein Abschlag von einem Prozentpunkt empfohlen, für alle Vergütungsbereiche innerhalb der jeweiligen Leistungssektoren. Gleichzeitig soll die Refinanzierung von Tariferhöhungen für alle Leistungsbereiche beendet werden. Die Maßnahme würde Einsparungen von ca. 5,5 Mrd. Euro bringen.

Aufgrund der Entkoppelung von der Grundlohnrate sind die Preise im Bereich der Heilmittelversorgung in den letzten zehn Jahren um durchschnittlich neun Prozent gestiegen. Deshalb sieht die Kommission für Heilmittel zusätzlich ein einjähriges Preismoratorium für das Jahr 2027 vor.

### Erhöhung der Zuzahlungsbegrenzungen auf ein realwertiges Niveau

Für Patientinnen und Patienten ist in bestimmten Leistungsbereichen eine finanzielle Eigenbeteiligung vorgesehen, um die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen maßvoll zu steuern, so die Kommission. Da die Zuzahlungsregelungen seit 2004 im Wesentlichen nicht verändert wurden, sollten diese entsprechend der Steigerung der Grundlohnrate in diesem Zeitraum um 50 Prozent angehoben werden. Für die Zukunft wird empfohlen, die Zuzahlungen in Anlehnung an die Steigerung der Grundlohnrate zu dynamisieren. Hier rechnet die Kommission mit Einsparungen von ca. 1,9 Mrd. Euro.

**B** Die übergreifenden Reformempfehlungen der FinanzKommission Gesundheit zur globalen Begrenzung der Vergütungsanstiege müssen bei der gesetzgeberischen Umsetzung handlungsleitend sein. Die Leistungsausgaben steigen seit Jahren schneller als die Einnahmen. Um die Leistungsfähigkeit des beitragsfinanzierten Gesundheitssystems nicht weiter zu gefährden und die Versicherten nicht noch stärker zu belasten, ist die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik, also die globale Begrenzung der Vergütungsanstiege in allen Leistungsbereichen, der einzig richtige Weg. Das Sozialgesetzbuch beinhaltet den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, dieser muss für alle Leistungsbereiche wieder gelten.

### Weitere grundlegende Reformempfehlung: Stärkung der Evidenzbasierung

Die Kommission empfiehlt, den Grundsatz der evidenzbasierten Medizin zu stärken. So dürften Leistungen nicht aus Mitteln der GKV erstattet werden, wenn sie keinen nachgewiesenen Nutzen für Patientinnen und Patienten haben. Dies gelte für alle Leistungen, auch für Satzungs- und Ermessensleistungen.

So wird zum Beispiel angeregt, das Einholen einer Zweitmeinung schrittweise zu einem verbindlichen Verfahren weiterzuentwickeln, besonders bei planbaren Eingriffen, bei denen die Gefahr besteht, dass sie zuweilen nicht medizinisch angezeigt sind. Auch sollen Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) ausschließlich in Innovationszentren im Rahmen klinischer

# Berlin kompakt

Nr. 5 // 9. April 2026

Studien angewendet werden. Die Studien- und Erprobungskosten müssten dabei durch die Hersteller getragen werden.

Für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) soll nach Ansicht der Kommission analog zum AMNOG-Verfahren bei Arzneimitteln eine Nutzenbewertung eingeführt werden, das die Grundlage für den zu vereinbarenden Erstattungsbetrag bildet. Damit würde das bestehende Erprobungsverfahren abgelöst, bei dem die GKV auch DiGA ohne festgestellten Nutzen vergütet.

**B** Die Empfehlung der Kommission, die von der GKV zu erstattenden Leistungen stärker auf Nutzen und Wirksamkeit auszurichten, ist richtig. Dabei geht es vor allem um die Patientensicherheit, aber auch um die Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

So wäre etwa die Zweitmeinung als obligatorisches Verfahren geeignet, medizinisch nicht erforderliche oder sogar gesundheitsschädigende Eingriffe zu vermeiden, die Entscheidungsgrundlage der Patientinnen und Patienten zu verbessern und unnötige Risiken zu reduzieren. Auch die Empfehlung zu den Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist richtig. Noch nicht hinreichend erprobte und nicht evidenzgesicherte Leistungen sollten möglichst in spezialisierten Zentren durchgeführt werden, die über die hierfür erforderliche Expertise, Fallzahl und Infrastruktur verfügen. Dabei muss verhindert werden, dass Krankenhäuser, die nicht zu den Innovationszentren gehören, die Regelung über Einzelfallanträge umgehen. Richtig ist auch der Vorschlag, für DiGA eine Nutzenbewertung einzuführen. Digitale Gesundheitsanwendungen bleiben einen klaren Nutznachweis häufig schuldig. Trotzdem sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für DiGA in den letzten Jahren enorm gestiegen.

## Ausgewählte Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit

### Empfehlungen zur stationären Versorgung

- Um die Personalausstattung in der Krankenpflege zu verbessern, sind seit 2020 die Ausgaben für Pflegepersonal im Krankenhaus aus den Fallpauschalen (DRG) ausgegliedert. Sie werden seither über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Zwischen 2020 und 2024 sind die Kosten um 55 Prozent gestiegen. Aufgrund des starken Ausgabenanstiegs empfiehlt die Kommission, die Pflegepersonalkosten wieder in das DRG-System einzugliedern. Zugleich soll verpflichtend nachgewiesen werden, dass die in der DRG enthaltenen Anteile für die Pflege auch vollständig dafür aufgewendet werden.
- Die Kommission befürwortet eine Streichung der Quoten bei den Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen im stationären Bereich. Das Prüfquotensystem habe aufgrund der eingeschränkten Kontrollmöglichkeiten zu deutlich geringeren Rückforderungsbeträgen der Kassen geführt. Zudem hat sich die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser nicht substantiell verbessert, so der Bericht.
- Eine weitere Empfehlung sieht die Streichung der vollständigen Tariffinanzierung im Krankenhausbereich vor. Die 2015 eingeführte Refinanzierung tarifbedingter Personalkostenanstiege verursache den Kassen zusätzliche Kosten, obwohl die Tarifentwicklung schon im Rahmen der jährlichen Verhandlungen über die Basisentgeltwerte berücksichtigt würden. Gleiches empfiehlt die Kommission auch für die medizinische Behandlungspflege sowie für Vorsorge und Rehabilitation.

# Berlin kompakt

Nr. 5 // 9. April 2026

- Weiterhin hält die Kommission eine pauschale Fallzusammenführung für notwendig, bei der alle Fälle einer Patientin oder eines Patienten zusammengefasst werden, die innerhalb von 30 Tagen wegen derselben Erkrankung durch Wiederaufnahme oder Zurückverlegung in dasselbe Krankenhaus anfallen.

**B** Die vorgeschlagene Rückführung der Pflegepersonalkosten in die DRG und die damit verbundene Abschaffung der Selbstkostendeckung würde Anreize für einen effizienteren, wirtschaftlicheren und verteilungsgerechteren Personaleinsatz schaffen. Wichtig wäre dabei ein bedarfsgerechter Personaleinsatz, dessen Nachweis bürokratiearm ausgestaltet werden muss. Die Abschaffung der Quoten im Rahmen der Abrechnungsprüfungen ist notwendig, um zu einer zielgerichteten Prüfung aller auffälligen Krankenhausabrechnungen zurückkehren zu können. Es geht hier auch um den korrekten Umgang mit finanziellen Mitteln aus Mitgliedsbeiträgen der gesetzlich Versicherten.

Die Empfehlung zur Streichung der Tariffinanzierung greift eine jahrelange Forderung der gesetzlichen Krankenkassen auf. Die Refinanzierung der Tarifsteigerungen sollte in jedem Fall abgeschafft werden, da sie bereits über den Veränderungswert erfolgt und zu Doppelfinanzierung und wirtschaftlichen Fehlanreizen führt.

Die vorgeschlagenen Fallzusammenführungen sind sinnvoll, da sie nicht nur zu Einsparungen führen werden, sondern damit auch eine Reduzierung des bürokratischen Aufwands zu erwarten ist.

## Empfehlungen zur Arzneimittelversorgung

- Zu den Empfehlungen im Bereich der Arzneimittelversorgung gehören eine Anhebung des Herstellerabschlags im Jahr 2027 um sieben Prozent auf 14 Prozent sowie die dauerhafte Dynamisierung des Abschlags ab dem Jahr 2028.
- Zudem soll das Apothekenfixum, das eine Apotheke bei der Abgabe eines Arzneimittels erhält, stufenweise angehoben werden, anders als es der Koalitionsvertrag von Union und SPD vorsieht. Die Koalitionspartner hatten sich auf eine einmalige Erhöhung auf 9,50 Euro geeinigt. Stattdessen empfiehlt die Finanzkommission für die Jahre 2027 bis 2029 lediglich eine stufenweise Anhebung entsprechend der Grundlohnrate abzüglich einem Prozent, sowie ab 2030 in Höhe der Grundlohnrate, bis die vereinbarte Summe von 9,50 Euro erreicht ist.
- Eine weitere Maßnahme ist die Abschaffung des Orphan-Drug-Privilegs, um auch für patentgeschützte Arzneimittel zur Behandlung seltener Krankheiten eine verpflichtende Nutzenbewertung zu etablieren.

**B** Die Anhebung und Dynamisierung des Herstellerabschlags wäre eine Maßnahme mit hoher, kurzfristiger Finanzwirkung für die GKV und deshalb für das geplante Finanzgesetz sehr geeignet. Im Rahmen der anstehenden Strukturreformen sollte eine differenzierte Anpassung des AMNOG-Verfahrens, so wie vom Sachverständigenrat entwickelt, erfolgen. Die Evidenz und der Preis eines neuen Arzneimittels sollten künftig Kriterien dafür sein, wie dessen Einführung begleitet und gesteuert wird. Eine Anhebung des Apothekenfixums, wenn auch in Stufen, würde hingegen erneut zu Mehrausgaben für die Krankenkassen führen.

Für Orphan Drugs müssen grundsätzlich spätestens ab Markteintritt verpflichtend valide Daten zum Zusatznutzen erhoben werden und schnellstmöglich Eingang in die Preisverhandlungen finden. Der Gesetzgeber sollte der Finanzkommission folgen und die Sonderstellung der Orphan Drugs beenden.

# Berlin kompakt

Nr. 5 // 9. April 2026

## Empfehlungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung

- Die Finanzkommission stellt fest, dass die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG, 2019) eingeführten Vergütungszuschläge für Ärztinnen und Ärzte nachweislich nicht zu einem besseren Zugang und zu kürzeren Wartezeiten für GKV-Versicherte in der ärztlichen Versorgung geführt haben. Aus diesem Grund schlägt sie die Streichung der Zuschläge für Leistungen vor, die durch die Vermittlung der Terminservicestelle erbracht wurden.
- Um die Doppelfinanzierung ärztlicher Leistungen zu verhindern, soll zudem die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) vollständig um die extrabudgetär vergüteten Leistungen aus dem TSVG bereinigt werden.
- Der Anstieg der extrabudgetären Ausgaben müsse grundsätzlich begrenzt werden, so die Kommission, da sich bei extrabudgetär vergüteten Leistungen eine starke Mengen- und Ausgabensteigerung beobachten lasse und geeignete Kriterien zur Überführung der Leistungen in die MGV fehlten.
- Die ärztliche Vergütung für die Aktualisierung und die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) soll abgeschafft werden, da diese technisch weitgehend automatisiert erfolgen und keiner dauerhaften zusätzlichen Vergütung bedürften.

**B** Die mit dem TSVG eingeführten Zuschläge haben das Ziel nicht erreicht, die Wartezeiten für GKV-Versicherte zu verkürzen. Deshalb ist die Empfehlung der Finanzkommission, die Zuschläge zu streichen, grundsätzlich konsequent.

Die in den letzten Jahren stark ausgeweiteten extrabudgetären Leistungen sollten gesetzlich begrenzt werden, wie es die Kommission vorschlägt. Nur so kann dem Kostenanstieg im Bereich dieser Leistungen begegnet werden, für den keine mengensteuernde Begrenzung greift. Es ist nur folgerichtig, die bisherige (Anschub-)Vergütung für die Aktualisierung und Erstbefüllung der ePA einzustellen. Die ePA ist in der Versorgung angekommen und benötigt keine zusätzliche Honorierung mehr.

[Zum Download](#)  
Tabelle Gesetzgebung

## Termine laufender Gesetzgebungsverfahren