

Berlin kompakt

Nr. 6 // 23. April 2026

„Die Grundausrichtung des Gesetzes stimmt“

Aufbauend auf den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) am 16.04.2026 den Entwurf für ein GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz vorgelegt. Der Entwurf soll schon am 29.04.2026 vom Bundeskabinett beschlossen werden. Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, hofft auf eine schnelle Umsetzung der geplanten Sparmaßnahmen.

Herr Prof. Straub, wie beurteilen Sie das Maßnahmenpaket, welches das BMG für eine kurzfristige Stabilisierung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung geschnürt hat?

Zunächst einmal teile ich die Analyse der FinanzKommission Gesundheit und des BMG. Die Leistungsausgaben steigen seit Jahren schneller als die Einnahmen. Wenn die Ausgabendynamik nicht kurzfristig gestoppt wird, gerät das Gesundheitssystem aus den Fugen. Leidtragende sind vor allem die Versicherten, die immer höhere Beitragssätze schultern müssen.

Der grundlegende Lösungsansatz des geplanten Reformgesetzes ist deshalb konsequent und beweist die Entschlossenheit des BMG, jetzt zu handeln. Das wichtigste Ziel, das Ministerin Warken durchsetzen möchte, ist die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Richtig ist auch, dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen ihren Beitrag zu dem Sparpaket leisten müssen. Allerdings wird der Entwurf dem teilweise nicht gerecht.

Was meinen Sie damit?

Das Sparpaket richtet sich in erster Linie auf die Begrenzung der Ausgaben in allen Leistungsbe-
reichen, das ist notwendig und sinnvoll. Doch für eine solide Reform der GKV-Finzen wäre
jetzt der Zeitpunkt gekommen, die Verlagerung von Kosten für versicherungsfremde Leistungen
auf die Sozialversicherungsträger zu beenden. Die kostendeckende Finanzierung der Beiträge
von Bürgergeldbeziehenden etwa ist nicht Aufgabe der GKV, sondern des Bundes.

Gleichzeitig sieht der Gesetzentwurf eine stärkere finanzielle Belastung der Versicherten sowie
Patientinnen und Patienten vor. Eine Erhöhung der Zuzahlungen und der Beitragsbemessungs-
grenze beispielsweise wären nicht notwendig, wenn der Bund zu seinen finanziellen Verpflich-
tungen stehen würde.

Das BMG hat sich bei den geplanten Maßnahmen im Großen und Ganzen an den Empfehlungen der FinanzKommission orientiert. Was halten Sie von der Vorgabe, den Anstieg von Preisen und Vergütungen in allen Leistungsbereichen global an der Grundlohnrate zu orientieren?

Auch diese Entscheidung ist notwendig. Ich bin überzeugt, dass eine solche Deckelung der Aus-
gaben der richtige Weg ist, auch im Krankenhausbereich. Die geplanten Sparmaßnahmen wie
die Abschaffung der Refinanzierung aller Tarifsteigerungen oder die Abschaffung der Meistbe-
günstigungsklausel sind sinnvoll. Die Begrenzung des Anstiegs beim Pflegebudget reicht aber
nicht aus. Meiner Meinung nach sollten die Kosten für die Pflege wieder in die DRGs integriert
werden.

Auch für den Arzneimittelbereich sollen die Sparvorgaben grundsätzlich gelten. Dennoch will die Ministerin an der Erhöhung des Apothekenfixums festhalten. Was halten Sie davon?

In Anbetracht der schwierigen Finanzsituation der GKV ist eine Erhöhung des Fixums nicht nach-
vollziehbar. Es finden sich aber einige sehr wirksame Regelungen im Gesetzentwurf. Zum Bei-

GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz

Tag nach der Verkündung
Inkrafttreten

16.04.2026

Referentenentwurf

Zum Download

Referentenentwurf

GKV-Beitragsstabilisie-
rungsgesetz

Berlin kompakt

Nr. 6 // 23. April 2026

spiel werden die Dynamisierung des Herstellerabschlags und die Verlängerung des Preismoratoriums zu Einsparungen führen. Ich vermissе aber die von der Finanzkommission Gesundheit empfohlene Abschaffung des Orphan-Drug-Privilegs. Für Orphan Drugs muss gelten, was für andere Arzneimittel auch gilt. Spätestens ab Markteintritt müssen valide Daten zum Zusatznutzen erhoben werden und schnellstmöglich Eingang in die Preisverhandlungen finden. Mittelfristig setze ich auf weitere grundlegende Strukturreformen im Arzneimittelbereich wie die Weiterentwicklung des AMNOG-Verfahrens.

Eine Leitlinie des BMG für das Gesetz gibt vor, dass nur noch Leistungen vergütet werden dürfen, die von Nutzen für Patientinnen und Patienten sind. Wie ordnen Sie diesen Grundsatz ein?

Die Finanzkommission Gesundheit hat ausdrücklich empfohlen, den Grundsatz der evidenzbasierten Medizin zu stärken, daran orientiert sich auch das BMG. Dem kann ich mich nur anschließen, weil damit die Patientensicherheit und natürlich auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung angesprochen werden. In diesem Kontext ist es gut, dass der Gesetzentwurf unter anderem eine Ausweitung des Zweitmeinungsverfahrens vorsieht.

In diesem Zusammenhang sind auch die im Entwurf vorgesehenen Änderungen im ambulanten Bereich zu sehen, besonders die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeführten Vergütungszuschläge für Ärztinnen und Ärzte. Da diese Zuschläge nicht wie angekündigt die Wartezeiten für GKV-Versicherte verkürzt haben, ist es richtig, sie zu streichen.

Kann Ihrer Meinung nach mit dem Gesetz tatsächlich eine Stabilisierung der Beitragssätze bewirkt werden?

Ich hoffe doch sehr. Die Finanzkommission Gesundheit hat mit ihren Empfehlungen eine breite Palette von Instrumenten für die anstehende Gesetzgebung angeboten. Das BMG hat jetzt Maßnahmen mit einem Einsparvolumen von ungefähr 20 Milliarden Euro für das Jahr 2027 ausgewählt. Nun liegt es an den Beteiligten im Gesundheitswesen, das Gesetz nicht zu zerreden und es schnell umzusetzen. Schließlich stehen noch weitere, tiefgreifende Strukturreformen an, um das System der gesetzlichen Krankenversicherung auch mittel- und langfristig zu stabilisieren und eine hohe Qualität der Versorgung sicherzustellen.

Entwurf für Digitalgesetz wird öffentlich

Am 02.04.2026 wurde der Referentenentwurf für ein Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) bekannt. Darin werden einzelne Vorschläge aus der Digitalisierungsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit (siehe Berlin kompakt 3/2026) aufgegriffen. Die Ressortabstimmung zwischen den beteiligten Bundesministerien dauert noch an. Ein weiterer Zeitplan ist noch unklar.

Digitaler Einstieg in die Versorgung

Ein Ziel des neuen Gesetzes ist es, einen digitalen Zugang für Versicherte in die ambulante Versorgung zu schaffen. Damit werden auch die technischen Vorbereitungen für das vom BMG geplanten Primärversorgungssystem getroffen. Über die App der elektronischen Patientenakte (ePA) sollen die Versicherten künftig zu der bundeseinheitlichen und standardisierten Erstein-

GeDIG

Tag nach der Verkündung
Inkrafttreten

02.04.2026

Referentenentwurf

Berlin kompakt

Nr. 6 // 23. April 2026

Zum Download

Referentenentwurf GeDIG

schätzung der Kassenärztlichen Vereinigungen weitergeleitet werden. Bei akutem Behandlungsbedarf kann für die Patientinnen und Patienten ein Termin über die Terminservicestelle vermittelt werden.

GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen Vorgaben für Terminvermittlungsplattformen vereinbaren, mit denen der Datenschutz und die IT-Sicherheit gewährleistet und eine „Vergütungsoptimierung“ ausgeschlossen werden. Zudem wird ab September 2029 die Nutzung der elektronischen Überweisung verpflichtend.

Auch im Bereich der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind Änderungen vorgesehen. So soll künftig der GKV-Spitzenverband nur noch Rohdaten über das Versorgungsgeschehen mit DiGA veröffentlichen, der jährliche DiGA-Report wird abgeschafft. Ebenso können Medikationsdaten aus der ePA in die DiGA eingespeist werden.

- B** Bei der Einführung eines Primärversorgungssystems kommt es darauf an, Patientinnen und Patienten durch digitalgestützte Prozesse in die medizinisch notwendige Versorgungsebene zu führen. Hier leistet das GeDIG wichtige Vorarbeiten. Zur Umsetzung sind klare Spezifikationen der gematik und realistische Zeitpläne notwendig.

Die Weiterentwicklung von DiGA ist richtig, da sie einen echten Mehrwert für die Versorgung der Versicherten bieten können. Der Wegfall des DiGA-Berichts des GKV-Spitzenverbandes hingegen ist nicht nachvollziehbar, hier geht ein etabliertes Format verloren, das auf mögliche Missstände im dynamischen Markt der DiGA-Versorgung hinweist und eine wichtige Grundlage für politische Entscheidungen ist.

Elektronische Patientenakte wird weiterentwickelt

Auf der Basis von Abrechnungsdaten sollen Schutzimpfungen künftig in der digitalen Impfdokumentation der ePA sichtbar sein. Krankenkassen wird ermöglicht, ihre Versicherten automatisch auf anstehende Impftermine hinzuweisen und ihnen weitere Services anzubieten.

Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden die Zugriffsrechte der Apotheken auf die ePA ausgeweitet. Bisher hatten sie nur Zugriff, wenn ihnen ein E-Rezept über die elektronische Gesundheitskarte oder per App zugegangen ist. Dies soll nun auch bei Vorliegen eines Papierausdrucks (Token) möglich sein. Aufgrund von technischen Verzögerungen werden zudem die Fristen zur Einführung weiterer E-Rezepte – etwa für Heilmittel oder häusliche Krankenpflege – um mehrere Jahre verschoben.

- B** Dass die ePA mit nutzerfreundlichen Anwendungen weiterentwickelt werden soll, ist der richtige Weg. Das steigert den Nutzen der ePA für die Versicherten und ihre Akzeptanz als wesentliches Instrument im Versorgungsprozess. Die Impfdokumentation in der ePA ist ein wichtiger Baustein für den digitalen Impfprozess.

Kompetenzausweitung der gematik

Der Entwurf des GeDIG sieht vor, die Kompetenzen der gematik stark auszuweiten. Über ihre Kernaufgaben zur Sicherstellung der Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur (TI) hinaus soll sie künftig auch zentrale Ausschreibungen für TI-Komponenten und Dienste verwalten. Sie soll zunehmend als Provider für alle Dienstleister fungieren und selbst entscheiden können, für welche Dienste Ausschreibungen durchgeführt werden. Zusätzlich soll sie mehr Durchgriffsrechte zur Abwehr von Gefahren für die TI erhalten.

- B** Bei der E-Rezept-App tritt die gematik als Marktteilnehmerin und als Zulassungsinstitution auf. Diese Doppelrolle ist kritisch. Es muss den Krankenkassen vorbehalten sein, versicherten-

Berlin kompakt

Nr. 6 // 23. April 2026

nahe Digitalservices im Marktwettbewerb zu entwickeln. Zusätzlich muss die Finanzierungssystematik der gematik umgebaut werden. Das BMG hält 51 Prozent der Gesellschafteranteile der gematik, obwohl die GKV sie zu 93 Prozent aus Beitragsmitteln finanziert.

Datennutzung für Versorgungsangebote und Forschung

Das GeDIG hat auch zum Ziel, Gesundheitsdaten für Versorgung und Forschung besser nutzbar zu machen. In sogenannten „Reallaboren“ können die Krankenkassen künftig, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden, neue Versorgungsansätze erproben. Mit einer Forschungskennziffer auf Grundlage der individuellen Krankenversicherungsnummer wird ein Pseudonym geschaffen, um übergreifende Forschung zu ermöglichen. So könnten zum Beispiel Abrechnungsdaten mit ePA-Daten und Daten aus den Medizinregister oder den Universitätskliniken zusammengeführt werden.

Zudem werden die bereits bestehenden Möglichkeiten der Kassen zur datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken ihrer Versicherten ausgeweitet. Hierzu wird § 25b SGB V angepasst: Künftig können die Kassen ihre Versicherten präventiv bereits bei einer „drohenden“, nicht mehr nur bei einer „noch nicht festgestellten“ Pflegebedürftigkeit kontaktieren. Ebenso wird die Erkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen explizit als Ziel in das Gesetz aufgenommen. Wesentlich ist auch, dass die Kassen mit Zustimmung des Versicherten die Daten, die in der ePA gespeichert sind, nutzen können. Bislang stehen lediglich die Abrechnungsdaten zur Verfügung.

Mit einer umfangreichen Anpassung des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes soll sichergestellt werden, dass das deutsche Gesundheitswesen mit den Regelungen des Europäischen Gesundheitsdatenraums (EHDS, European Health Data Space) kompatibel wird. Der EHDS soll den EU-weiten Austausch von Gesundheitsdaten für Versorgung und Forschung ermöglichen.

- B** Die erweiterten Möglichkeiten der Krankenkassen zur Datenauswertung sind ein echter Fortschritt. Die Forschungskennziffer, die Reallabore und der ausgeweitete § 25b SGB V können dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern.

Die Verbreiterung der Datengrundlage für die „§ 25b-Projekte“ um die ePA-Daten ist der richtige Ansatz. Kritisch hingegen ist, einzelne Indikationen als Auswertungszwecke ins Gesetz aufzunehmen. Eine „Positivliste“ würde zu unnötigen Diskussionen über weitere Krankheitsbilder führen.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren