

Berlin kompakt

Nr. 7 // 19. Mai 2026

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Tag nach der Verkündung
Inkrafttreten

10.07.2026

2. Durchgang Bundesrat

26.06.2026

2./3. Lesung Bundestag

12.06.2026

1. Durchgang Bundesrat

11.06.2026

1. Lesung Bundestag

29.04.2026

Kabinettsbeschluss

16.04.2026

Referentenentwurf

Kabinettsbeschluss GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Das Bundeskabinett hat am 29.04.2026 den Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beschlossen. Erst wenige Wochen zuvor hatte der Koalitionsausschuss einen inhaltlichen Rahmen für die Reform gebilligt und als Grundlage die Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit vereinbart.

Der Regierungsentwurf weist im Vergleich zum Referentenentwurf wesentliche Änderungen auf und verschiebt die Belastungen auf der Ausgaben- und Einnahmeseite. So wird unter anderem der Bundeszuschuss zur GKV ab dem Jahr 2027 dauerhaft um zwei Milliarden Euro gekürzt. Das Gesamteinsparvolumen des Gesetzesvorhabens liegt laut BMG jetzt bei 16,3 Milliarden Euro für das Jahr 2027, im Vergleich zu 19,6 Milliarden Euro im Referentenentwurf.

Der als besonders eilbedürftig erklärte Gesetzentwurf geht nun in das parlamentarische Verfahren und soll noch vor der Sommerpause verabschiedet werden. Deshalb ist die 1. Lesung im Deutschen Bundestag bereits für den 11.06.2026 geplant, der Bundesrat soll sich abschließend am 10.07.2026 mit dem Gesetz befassen.

Ausnahmen von der Leitlinie einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik

Der Gesetzentwurf verfolgt weiterhin das Ziel einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Damit verbunden ist, dass die jährlichen Vergütungsanstiege in allen Leistungsbereichen auf die tatsächlichen Kostensteigerungen mit der Grundlohnrate als fester Obergrenze beschränkt werden sollen. Zusätzlich ist für die Jahre 2027 bis 2029 ein Abschlag von einem Prozentpunkt auf die Grundlohnrate geplant.

Anders als noch im Referentenentwurf vom 16.04.2026 sind nun jedoch Ausnahmen von dieser Systematik geplant. So wird bei der Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Krankenhausbereich die Grundlohnrate als verbindliche Obergrenze gelockert. Auch beim Pflegebudget sollen Ausnahmetatbestände geschaffen werden, sodass ein Anstieg oberhalb der maßgeblichen Obergrenze möglich bleibt.

B Die grundlegende Ausrichtung des Gesundheitswesens hin zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik ist entscheidend, um die gesetzliche Krankenversicherung als System finanziell zu stabilisieren. Das Ziel muss eine deutliche Dämpfung der Ausgabendynamik sein. Der Gesetzentwurf wird in seiner aktuellen Fassung dem jedoch nicht gerecht, da er Ausnahmen von diesem Grundsatz beinhaltet. Es steht zu befürchten, dass weitere Ausnahmetatbestände das Vorhaben gefährden.

Bundeszuschuss wird um jährlich zwei Milliarden Euro gekürzt

Als weitere Maßgabe gilt, dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen und alle Versorgungsbereiche einen Beitrag zu den Einsparungen leisten müssen. Gesetzlich Versicherte sollen in Zukunft höhere Zuzahlungen leisten. Da die Zuzahlungen seit 2004 im Wesentlichen nicht verändert wurden, sollen sie entsprechend der Steigerung der Grundlohnrate in diesem Zeitraum um 50 Prozent angehoben werden. Zugleich werden im Jahr 2027 die Beitragsbemessungsgrenze für GKV-Mitglieder – und anders als noch im Referentenentwurf – zusätzlich die Versicherungspflichtgrenze um 300 Euro monatlich erhöht. Die geplanten Änderungen bei der Familienmitversicherung wurden in der Kabinettsversion leicht korrigiert: In Zukunft sollen Mitglieder für ihre mitversicherten Partner einen Beitrag von 2,5 Prozent ihres Einkommens zahlen, und nicht wie ursprünglich geplant in Höhe von 3,5 Prozent. Ausgenommen davon sind unter anderem Kinder, Eltern mit Kindern unter sieben Jahren, Eltern von Kindern mit Behinderung, pflegende Angehörige und Rentner.

Zum Download

Gesetzentwurf
GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Berlin kompakt

Nr. 7 // 19. Mai 2026

Es ist zudem vorgesehen, dass der Bund sich in Zukunft an der Finanzierung der Grundsicherungsempfänger stärker beteiligt. Dafür werden im Jahr 2027 zunächst 250 Millionen Euro an Steuermitteln bereitgestellt, bis 2031 gestaffelt eine Summe von zwei Milliarden Euro. Im Gegenzug wird der jährliche Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen der GKV um zwei Milliarden Euro abgesenkt.

- B** Die kostendeckende Finanzierung der GKV-Beiträge von Grundsicherungsempfängern ist Aufgabe des Staates, nicht der GKV. Es ist nicht nachvollziehbar, dass sich der Bund weiterhin seinen Verpflichtungen zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen der GKV entzieht. Doch genau das geschieht, indem die Beitragspauschale für Grundsicherungsempfänger nur minimal erhöht und gleichzeitig der Bundeszuschuss um zwei Milliarden Euro gekürzt wird. Die im Gesetz vorgesehenen finanziellen Belastungen für gesetzlich Versicherte wären nicht notwendig, wenn der Staat seine finanzielle Verantwortung wahrnehmen würde.

Gesetzliche Regelungen im Bereich der stationären Versorgung

- Bei den jährlichen Verhandlungen des Landesbasisfallwerts soll der Preisanstieg in Zukunft durch den Orientierungswert begrenzt werden, jedoch nur dann, wenn er die Grundlohnrate nicht überschreitet. Damit wird die bislang geltende Meistbegünstigungsklausel aufgehoben, nach der der jährliche Anstieg des Landesbasisfallwerts immer durch den höheren Wert (Grundlohnrate oder Orientierungswert) gedeckelt wird.
 - Mit dem Referentenentwurf war vorgesehen, die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen, die über die maßgebliche Obergrenze hinausgehen, zu beenden. Jetzt ist hingegen geplant, die Tarifsteigerungen in einer Höhe von 50 Prozent zu berücksichtigen.
 - Steigerungen des Pflegebudgets im Krankenhaus werden künftig auch durch den Orientierungswert oder die niedrigere Grundlohnrate begrenzt. Ein Anstieg des Pflegebudgets oberhalb der maßgeblichen Obergrenze ist dann möglich, wenn zusätzliches Pflegepersonal zur Einhaltung von Richtlinien und Beschlüssen etwa des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderlich ist. Auch beim Pflegebudget gilt die hälftige Berücksichtigung der Tarifsteigerungen. Die zusätzliche Finanzierung von pflegetlastenden Maßnahmen in Höhe von 2,5 Prozent des Budgets wird komplett gestrichen. Darüber hinaus wurde bereits mit dem KHAG klargestellt, dass im Pflegebudget nur Kosten für die unmittelbare Pflege am Bett finanziert werden.
 - Weiterhin werden bei Krankenhausabrechnungen die Prüfquoten erhöht und die entsprechenden Schwellenwerte angepasst. Die Selbstverwaltung erhält den Auftrag, das etablierte Falldialogverfahren vor Prüfungen durch den Medizinischen Dienst durch geeignete Maßnahmen weiter zu stärken. Sie soll zudem prüfen, inwiefern die Regelungen zu den Fallzusammenführungen bei der Abrechnung von Krankenhausbehandlungen vereinfacht werden können.
- B** Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Ausnahmeregelungen für den Krankenhausbereich weichen die Grundlohnrate als Obergrenze auf, die eigentlich als Instrument einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik gelten soll. Hier bleibt der vom Bundeskabinett verabschiedete Entwurf hinter dem Referentenentwurf und den Empfehlungen der Finanzkommission zurück, die noch eine konsequente Anwendung der neu definierten Obergrenze empfohlen hatten. Dies gilt auch für die Regelungen zum Pflegebudget. Die Rückführung der Pflegebudgets in die DRGs und ein Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung für die in den DRGs enthaltenen Kosten für Pflegepersonal, wie von der Finanzkommission vorgeschlagen, werden

Berlin kompakt

Nr. 7 // 19. Mai 2026

nicht aufgegriffen. Ein weiteres Aufweichen der geplanten Maßnahmen muss vermieden werden, um den Einspareffekt nicht zu gefährden.

Gesetzliche Regelungen im Bereich der Arzneimittelversorgung

- Der Gesetzentwurf hält an der Dynamisierung des Herstellerabschlags für Arzneimittel von derzeit sieben Prozent fest. Die ergänzende dynamische Komponente orientiert sich am Verhältnis der Arzneimittelausgaben zur Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen. Festbetrags-Arzneimittel, Generika und Biosimilars fallen nicht unter die Regelung. Für das erste Halbjahr 2027 wird eine Anhebung des Abschlags in Höhe von 3,5 Prozent festgelegt. Erst ab 2028 erfolgt eine dynamische Ermittlung auf Grundlage der Zahlen des Vorjahres. Neu in den Regierungsentwurf wurde aufgenommen, dass sich Hersteller befreien lassen können, wenn Studien teilweise in Deutschland stattfinden oder die Produktion in Deutschland die Versorgung sichert. Die Prüfung weiterer Ausnahmen wie zum Beispiel Investitionen soll im parlamentarischen Verfahren erfolgen.
- Im Arzneimittelbereich sollen darüber hinaus weitere Maßnahmen implementiert werden, die bereits im Gesetzentwurf formuliert wurden. Dies sind unter anderem die kurzfristige Erhöhung des Apothekenabschlags von 1,77 Euro auf 2,07 Euro, Rabattverträge für therapeutisch gleichwertige Patentarzneimittel sowie die Weiterentwicklung des Preismoratoriums und seine Verlängerung bis zum 31.12.2030. Auch die Abschaffung der sogenannten Leitplanken im AMNOG-Verfahren, die regeln, dass ein neues Arzneimittel mit geringem Zusatznutzen nicht teurer sein darf als eine patentgeschützte Vergleichstherapie, waren bereits im Referentenentwurf vorgesehen.

B Mit den vorgesehenen Maßnahmen im Arzneimittelbereich bleibt der Gesetzentwurf hinter den Empfehlungen der Finanzkommission und den Regelungen im Referentenentwurf zurück. Besonders patentgeschützte Arzneimittel haben sich als Kostentreiber entwickelt. Der dynamische Herstellerabschlag wäre ein hilfreiches Instrument, um kurzfristig Einsparungen für die Versicherten zu erzielen. Doch die jetzt geplanten Ausnahmen und die Ankündigung, weitere Standortkriterien wie Investitionen und Arbeitsplätze zu prüfen, unterminieren das Einsparvorhaben.

Die Streichung von Instrumenten wie die sogenannten Leitplanken im AMNOG-Verfahren werden für die Versichertengemeinschaft zu Mehrausgaben führen. Diese können nicht durch Maßnahmen wie die Einführung der Rabattverträge für therapeutisch vergleichbare Arzneimittel aufgewogen werden. Mittelfristig ist der Gesetzgeber gefordert, grundlegende Strukturreformen im Arzneimittelbereich wie etwa die Weiterentwicklung des AMNOG-Verfahrens auf den Weg zu bringen.

Gesetzliche Regelungen im Bereich der ambulanten Versorgung

Der Gesetzentwurf orientiert sich im ambulanten Bereich weitgehend an den Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit.

- Die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) beschlossene Sondervergütungen für die Ärzteschaft sollen abgeschafft werden, da sie zwar für die GKV zu hohen Ausgaben führen, jedoch den Zugang für GKV-Versicherte zur fachärztlichen Versorgung nicht verbessert und die Wartezeiten nicht reduziert haben.

Berlin kompakt

Nr. 7 // 19. Mai 2026

- Es ist geplant, die extrabudgetären Zuschläge für offene Sprechstunden und für Leistungen zu streichen, die durch die Vermittlung der Terminservicestelle erbracht wurden. Diese Behandlungsfälle sollen zukünftig wieder innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden.
- Weiterhin ist vorgesehen, die Wachstumsdynamik bei der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) dauerhaft zu begrenzen. Um das Wirtschaftlichkeitsgebot zu stärken, sollen die Ausgaben an die Einnahmeentwicklung der GKV angepasst werden.
- Die extrabudgetäre ärztliche Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der elektronischen Patientenakte (ePA) wird abgeschafft. Eine zusätzliche Vergütung sei aufgrund der zunehmenden Automatisierung und dem verringerten Arbeitsaufwand nicht mehr nötig.

B Die mit dem TSVG eingeführten Zuschläge haben das Ziel nicht erreicht, die Wartezeiten für GKV-Versicherte zu verkürzen. Deshalb ist die Regelung des Gesetzentwurfs, die Zuschläge zu streichen, grundsätzlich konsequent.

Die in den letzten Jahren stark ausgeweiteten extrabudgetären Leistungen müssen gesetzlich begrenzt werden. Nur so kann dem Kostenanstieg im Bereich dieser Leistungen begegnet werden, für den keine mengensteuernde Begrenzung greift. Ziel ist es auch, Fehlanreize und Mitnahmeeffekte zu vermeiden.

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.

BMG leitet Gesetzgebungsverfahren für Digitalgesetz ein

Das BMG hat einen Referentenentwurf für ein Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) mit Datum vom 05.05.2026 vorgelegt, damit kann das Gesetzgebungsverfahren beginnen. Bereits Anfang April kursierte ein inoffizieller Gesetzentwurf zum GeDIG (siehe Berlin kompakt Nr. 6/2026). Laut aktuellem Zeitplan ist der Kabinettsbeschluss im Juni 2026 zu erwarten. Der Referentenentwurf enthält Ergänzungen, die sich unter anderem auf eine digitale Bedarfseinschätzung und die Ausgestaltung des einheitlichen Medikationsplans beziehen.

Digitale Bedarfseinschätzung soll Versicherte unterstützen

Ein Ziel des Gesetzes ist der Aufbau eines Instruments zur medizinischen Einschätzung des individuellen Versorgungsbedarfs von Patientinnen und Patienten und ihre Zuordnung zu der geeigneten Versorgungsebene. Dazu gehören zum Beispiel die notdienstliche, ärztliche oder die telemedizinische Versorgung, unter Berücksichtigung der medizinischen Dringlichkeit.

Zur Einführung des digitalen Versorgungseinstiegs werden mit dem GeDIG auch die elektronische Überweisung und die digitale Terminvermittlung etabliert. Diese Instrumente sind notwendig, um die Einführung eines bereits im Koalitionsvertrag vereinbarten Primärversorgungssystems vorzubereiten. Für die digitale Bedarfseinschätzung sollen die Krankenkassen den Versicherten in der ePA-App künftig ein digitales Serviceangebot zur Verfügung stellen.

Die Anforderungen an das Ersteinschätzungsinstrument sollen vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten des

Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen

05.05.2026

Referentenentwurf

Zum Download

Referentenentwurf

GeDIG

Berlin kompakt

Nr. 7 // 19. Mai 2026

Gesetzes vereinbart werden. Als Voraussetzung für die digitale Bedarfseinschätzung gilt, dass sie durch die Versicherten selbst, beauftragte Vertreter oder Familienangehörige durchführbar sein muss. Zudem soll sie digital, telefonisch oder vor Ort (beispielsweise in Arztpraxen) umsetzbar sein. Die Vereinbarung muss auch Regelungen hinsichtlich Qualitätssicherung, Transparenz über die zugrundeliegenden Entscheidungslogiken und Datensicherheit umfassen.

- B** Die digitale Ersteinschätzung des medizinischen Behandlungsbedarfs ist ein wichtiges Instrument, um Patientinnen und Patienten je nach medizinischer Dringlichkeit den Weg in die geeignete Versorgungsebene zu ermöglichen. Die Implementierung in die elektronische Patientenakte (ePA) ist richtig und sorgt dafür, dass diese als Zugang in die Versorgung aufgewertet wird. Dabei muss der schnelle Zugang zur Akut- und Notfallversorgung sichergestellt sein. Bei allen Vorgaben sind realistische Umsetzungsfristen notwendig, um eine tragfähige und ausgereifte Lösung zu erarbeiten.

Elektronischer Medikationsplan wird in die ePA integriert

Anders als noch in der inoffiziellen Fassung des GeDIG soll es künftig einen einheitlich gestalteten elektronischen Medikationsplan (eMP) für die Versicherten geben, der zentral in der ePA gespeichert werden muss. Hat der Versicherte der Nutzung seiner ePA widersprochen, wird der eMP nur im Primärsystem in der Arztpraxis abgelegt. Jede Ärztin und jeder Arzt wird verpflichtet, den eMP zu aktualisieren, sobald eine Änderung der Medikation erfolgt. Diese Verpflichtung soll auch für Apotheken bei Abgabe eines Arzneimittels gelten.

- B** Durch die Regelung zum elektronischen Medikationsplan wird die Sicherheit in der Arzneimitteltherapie für die Versicherten weiter erhöht. Gut ist, dass mit diesem Vorhaben die Rolle der ePA als zentrales Instrument im Versorgungsprozess konsequent weiter ausgebaut werden soll. Auf diese Weise wird auch das Nebeneinander des Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte und in der elektronischen Patientenakte aufgelöst.

Ergänzender Änderungsbedarf zur Willenserklärung gegenüber Krankenkassen

Der Entwurf sieht vor, dass Personen einen Widerspruch gegen die Datenverwendung im Rahmen des Europäischen Gesundheitsdatenraumes (EHDS) einlegen können, wenn sie das 14. Lebensjahr vollendet haben. Die Abgabe dieser Erklärung soll unter anderem über die Ombudsstelle bei den Krankenkassen oder die ePA möglich sein.

- B** Nach geltendem Recht dürfen Personen erst nach Vollendung des 15. Lebensjahres im sozialrechtlichen Kontext eigenständig gegenüber ihrer Krankenkasse handeln. Die hier geplante Festlegung der Altersgrenze auf 14 Jahre stellt dazu einen Widerspruch dar und sollte angepasst werden.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren