

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Sozialverband VdK Deutschland
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 17.06.2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über 2,3 Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit mehr als 75 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht vor erheblichen finanziellen Herausforderungen. Seit Ende 2023 hat sich die Lage massiv verschlechtert, sodass Krankenkassen und Gesundheitsfonds im Jahr 2024 ein Defizit von knapp 10 Milliarden Euro auswiesen. Trotz deutlicher Erhöhungen der Zusatzbeiträge zu Beginn des Jahres 2025, durch die sich der durchschnittliche Satz gegenüber 2022 auf 2,9 Prozent mehr als verdoppelt hat, liegen die Rücklagen weiterhin unter der gesetzlichen Mindestreserve. Da die Beitragseinnahmen im Jahr 2025 nur um rund 5 Prozent gestiegen sind und aufgrund des demografischen Wandels sowie einer stagnierenden Beschäftigungsentwicklung künftig nur noch mit Zuwächsen in Höhe der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung von etwa 3 Prozent zu rechnen ist, droht eine Ausweitung der Finanzlücke. Prognosen gingen bis vor wenigen Wochen davon aus, dass 2027 ein Defizit von mindestens 15 Milliarden Euro erwartet werden muss, dass bis 2030 auf 40 Milliarden Euro anwachsen könnte, was einen GKV-Gesamtbeitragssatz von bis zu 19,3 Prozent zur Folge hätte.

Um die Beitragssätze zu stabilisieren, verfolgt der vorliegende Gesetzentwurf das Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Der Fokus liegt dabei auf der Reduktion der Ausgabendynamik und einem effizienteren Mitteleinsatz. Kernstück ist die dauerhafte Begrenzung der Vergütungs- und Preisanstiege für alle Leistungserbringer, wie etwa Krankenhäuser sowie Vertragsärztinnen und -ärzte, auf die jeweilige Kostenentwicklung, wobei die Grundlohnrate, also die jährliche Veränderungsrate der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied, als feste Obergrenze dient. In diesem Zuge werden Sondervergütungen und Doppelfinanzierungen ohne nachweislichen Patientennutzen abgeschafft und die bisherige vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen über die Grundlohnrate hinaus beendet. Ausgabenanstiege werden auf die jährlichen Einnahmenezuwächse der GKV begrenzt. Auch die pharmazeutische Industrie wird durch einen ergänzenden dynamischen Herstellerabschlag für Arzneimittel an der Stabilisierung der Finanzen beteiligt.

Bei den gesetzlichen Krankenkassen werden die Verwaltungskosten je Versicherten ebenfalls an die Einnahmeentwicklung der GKV angebunden und die Werbeausgaben je Mitglied auf 0,075 Prozent der monatlichen Bezugsgröße je Mitglied gemäß § 18 des Vierten Buches

Sozialgesetzbuch (SGB IV) halbiert. Begrenzende Regelungen für Vorstandsvergütungen werden auf weitere Körperschaften des öffentlichen Rechts der Selbstverwaltung ausgeweitet. Ergänzend werden die Vergütungen für außertariflich beschäftigte Führungskräfte unterhalb der Ebene des Vorstands dieser Körperschaften begrenzt.

Auf der Einnahmenseite sieht der Entwurf vor, den pauschalen Arbeitgeberbeitrag für geringfügig Beschäftigte auf das Niveau des allgemeinen Beitragssatzes anzuheben und die Beitragsbemessungsgrenze sowie die Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2027 einmalig um rund 300 Euro monatlich zusätzlich zu erhöhen. Außerdem erhöht der Bund seine Beitragspauschale schrittweise bis 2031 um dann 2 Milliarden Euro jährlich, um so perspektivisch in die Refinanzierung die Kosten der Gesundheitsversorgung für Bürgergeldempfangende einzusteigen. Gleichzeitig reduziert der Bund den Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds ab 2027 um 2 Mrd. Euro im Jahr.

Strukturreformen betreffen zudem die beitragsfreie Familienversicherung für Ehe- und Lebenspartner. Diese wird begrenzt auf Ehepartner und eingetragene Lebenspartner mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, mit zu pflegenden Angehörigen sowie nach Erreichen der Regelaltersgrenze. In anderen Fällen wird für das Mitglied ein Beitragszuschlag in Höhe von 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben. Zudem werden die Zuzahlungsgrenzen und -beträge für Arznei- und Hilfsmittel erhöht und künftig entsprechend der Grundlohnrate fortgeschrieben.

Im Bereich der Leistungen sieht das Gesetz eine Reduktion der Festzuschüsse für Zahnersatz auf das Niveau von 2020 sowie eine Absenkung des Krankengeldes bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses im Krankengeldbezug auf das ALG-1-Niveau vor. Neu eingeführt wird das Instrument der Teilkrankschreibung: Arbeitnehmende können auf eigenen Wunsch stundenweise arbeiten, wobei der Arbeitgeber die geleistete Zeit vergütet und die Krankenkasse für die restliche Zeit ein neu geschaffenes Teilkrankengeld leistet.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK bewertet die Maßnahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs als zu hohe Belastung für die Versicherten, die die strukturellen Ursachen der Finanzkrise der gesetzlichen Krankenkassen unberührt lässt. Besonders kritisch wird die geplante Einschränkung der beitragsfreien Familienversicherung gesehen. Die Einführung eines Beitragszuschlags von 2,5 Prozent für Ehepartner ab 2028 stellt einen massiven Bruch mit dem solidarischen Prinzip dar, das sich aus der gelebten, von der Gesellschaft akzeptierten Rollenverteilung in Familien, ergibt. Dies trifft insbesondere die von Seiten der Politik über Jahrzehnte forcierten Einverdiener-Haushalte sowie Familien in prekären Lebenslagen hart.

Zudem lehnt der VdK die geplante Absenkung des Krankengeldes bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses im Krankengeldbezug ab. Diese Maßnahme führt zu einer unmittelbaren Leistungskürzung, gerade Betroffene in vulnerablen Situationen mit besonderer Härte trifft. Auch die Reduktion der Festzuschüsse beim Zahnersatz weist der VdK entschieden zurück. Die Einführung einer Teilkrankschreibung betrachtet der Verband mit großer Sorge. Es

besteht die Gefahr, dass auf erkrankte Arbeitnehmer Druck ausgeübt wird, ihre Genesung zugunsten betrieblicher Belange zu unterbrechen.

Ein zentrales Versäumnis des Entwurfs bleibt für den VdK die weiterhin fehlende kostendeckende Finanzierung der Gesundheitskosten für Bürgergeld-Empfänger. Solange der Bund hierfür nur unzureichende Pauschalen zahlt, zweckentfremdet er Beitragsmittel der gesetzlich Versicherten für staatliche Aufgaben. Die geplante Anhebung der Bundesmittel für die GKV-Beiträge von Bürgergeldempfangenden bei gleichzeitiger Absenkung des Bundeszuschusses insgesamt, kann der VdK nur entschieden ablehnen. Die tatsächlichen Kosten für gesamtgesellschaftliche, familienpolitische Aufgaben in der GKV werden auf die gesetzlich Versicherten verschoben und der finanzielle Druck auf die GKV wird durch die Kürzung des Bundeszuschusses um weitere 2 Milliarden Euro sogar noch zusätzlich erhöht. Die jährliche Deckungslücke wird ordnungswidrig aus den Beiträgen der gesetzlich Versicherten und Rentner finanziert, anstatt sie wie verfassungsrechtlich geboten komplett über Steuern auszugleichen.

Die vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 begrüßt der VdK als Schritt zu mehr Beitragsgerechtigkeit. Statt diese aber zeitlich begrenzt nur einmalig anzuheben, fordert der VdK eine dauerhafte und deutlich stärkere Einbeziehung hoher Einkommen sowie eine Erhöhung des regulären Bundeszuschusses, um die Lasten fair zwischen Beitrags- und Steuerzahlern zu verteilen. Ohne diese Korrekturen zementiert das Gesetz die soziale Schieflage im Gesundheitswesen.

Der Sozialverband VdK Deutschland kritisiert den Gesetzentwurf in der aktuellen Fassung, da er die finanzielle Stabilisierung der GKV primär durch Leistungskürzungen und zusätzliche Belastungen der Versicherten erzwingt. Anstatt die strukturelle Unterfinanzierung staatlicher Aufgaben – insbesondere bei den Beiträgen für Bürgergeld-Empfänger – zu beheben, werden bewährte Solidarprinzipien wie die beitragsfreie Familienversicherung preisgegeben. Eine nachhaltige Reform muss die Einnahmehasis durch faire Steuerzuschüsse und eine stärkere Beteiligung hoher Einkommen sichern, anstatt den Genesungsprozess Kranker durch Teilkrankschreibungen und Krankengeldkürzungen ökonomischem Druck auszusetzen. Die jüngst bekannt gewordenen Zahlen für das erste Quartal 2026 zeigen außerdem, dass das reale Defizit der Krankenkassen im kommenden Jahr um weitere 3,5 Milliarden Euro höher ausfallen wird als bisher kalkuliert. Angesichts dieser massiven Finanzlücke erweist sich der aktuelle Gesetzentwurf als völlig unzureichendes Stückwerk, das die systemische Unterfinanzierung der GKV keineswegs stoppen kann. Während der Bund seine Pflicht zur kostendeckenden Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen weiterhin verschleppt und Leistungserbringer mit Blick auf die umfangreichen Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit vergleichsweise geschont werden, bürdet diese Reform die finanzielle Hauptlast in Form von massiven Zuzahlungswellen und Leistungskürzungen einseitig den Versicherten auf.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen: Änderungen fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten Stellung.

2.1 Änderung der Regelungen zur Familienversicherung unter §§ 3, 242b SGB V

Die beitragsfreie Familienversicherung wird künftig begrenzt auf in § 10 SGB V festgelegte Personengruppen. Für alle weiteren versicherten Ehegatten und Lebenspartner werden künftig Beiträge nach einem neuen § 242b SGB V erhoben. Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Lebenspartnern wird begrenzt auf Ehegatten/Lebenspartner mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr (Schulpflicht), mit Kindern mit Behinderungen, die außerstande sind, sich selber zu unterhalten und im Haushalt wohnen (ohne Alterseinschränkungen), bei Pflege von Angehörigen und Rentner (Personen oberhalb der Regelaltersgrenze). Die Familienversicherung von Kindern bleibt weiterhin vollständig beitragsfrei.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK lehnt die geplante Einführung eines Beitragszuschlags in Höhe von 2,5 Prozent für derzeit beitragsfrei mitversicherte Ehe- und Lebenspartner entschieden ab. Diese Maßnahme stellt einen gravierenden systemischen Bruch mit dem Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Die beitragsfreie Familienversicherung ist Ausdruck der solidarischen Absicherung von Familienmodellen, in denen Care-Arbeit, Kindererziehung oder die Pflege von Angehörigen oft zu Lasten einer eigenen Erwerbsbiografie gehen. Den betroffenen Mitgliedern nun eine zusätzliche finanzielle Last aufzubürden, bestraft einseitig Lebensentwürfe, die für das Funktionieren unserer Gesellschaft essenziell sind. Dies trifft insbesondere Haushalte mit geringem Gesamteinkommen, bei denen ein Partner aufgrund der Arbeitsmarktsituation oder familiärer Verpflichtungen keiner Erwerbsarbeit nachgehen kann. Besonders prekär gestaltet sich die Situation für Ehepartner, die lediglich einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen: Die geplante Neuregelung führt dazu, dass der Beitragszuschlag von 2,5 Prozent in vielen Fällen das geringe Einkommen aus einem Minijob faktisch entwertet, wodurch die finanzielle Motivation zur Aufnahme selbst kleinerer Beschäftigungsverhältnisse konterkariert und die Altersarmut durch fehlende Anreize zur Erwerbsarbeit weiter verschärft wird.

Sollte der Gesetzgeber an dieser Maßnahme festhalten, fordert der VdK zwingend einen lückenlosen Bestandsschutz für bestehende Einverdiener-Ehen. Es ist rechtlich und sozial höchst bedenklich, Menschen, die ihre Lebensplanung im Vertrauen auf die geltende Rechtslage und das solidarische Sicherungssystem ausgerichtet haben, nachträglich mit signifikanten Mehrkosten zu belasten.

Besonders kritisch bewerten wir die fehlende Differenzierung bei Ehepartnern mit gesundheitlichen Einschränkungen. Wir fordern, dass schwerbehinderte Ehepartner, die aufgrund ihrer Behinderung nicht oder nur sehr eingeschränkt am Erwerbsleben teilnehmen können, explizit von diesem Beitragszuschlag ausgenommen werden. Eine zusätzliche finanzielle Belastung dieser Personengruppe wäre diskriminierend und widerspricht dem Gedanken der Inklusion sowie dem staatlichen Schutzauftrag für Menschen mit Behinderungen.

2.2 § 4 SGB V – Krankenkassen

Dauerhafte Deckelung der Netto-Verwaltungskosten der Krankenkassen durch Anbindung an die Grundlohnsumme (2027-2029 abzüglich 1 Prozentpunkt).

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt ausdrücklich die Deckelung der Verwaltungskosten bei den gesetzlichen Krankenkassen, weil die Beiträge der gesetzlich Versicherten nicht zur Finanzierung von Verwaltungsapparaten in 93 Krankenkassen dienen sollten. Gleichzeitig weist der VdK daraufhin, dass eine einheitliche solidarische Krankenversicherung in die alle Bürgerinnen und Bürger einzahlen, der effektivste Weg zur Reduktion der Verwaltungskosten im Gesundheitswesen ist. Weitere Möglichkeiten zu einer deutlichen Verschlinkung des Systems der gesetzlichen Kassen sind zu prüfen mit dem Ziel einer gesetzlichen Krankenkasse mit regionalen Untergliederungen.

2.3 § 4a SGB V – Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

Die Werbeausgaben der gesetzlichen Krankenkassen werden künftig gesetzlich auf 0,075 Prozent je Mitglied begrenzt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK unterstützt die Halbierung und Deckelung der Werbeausgaben der Krankenkassen. Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wurde in den 1990er Jahren in der Erwartung eingeführt, um die gesundheitliche Versorgung der Versicherten zu verbessern. Es gibt jedoch keinen Beleg dafür, dass sich diese Erwartung erfüllt hat. Grundsätzlich sollte der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen abgeschafft werden. Sie müssen sich allein auf die medizinische Versorgung konzentrieren und die Beiträge der Versicherten ausschließlich zu diesem Zwecke einsetzen.

2.4 § 27b SGB V – Zweitmeinung

Schrittweise Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens bei mengensensiblen Eingriffen. Schon heute existiert eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu Zweitmeinungsverfahren bei planbaren, mengenanfälligen Leistungen. Ab 2027 soll der G-BA jährlich für mindestens einen der planbaren und mengenanfälligen Eingriffe ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren regeln. In der Begründung zum Gesetz werden bestimmte Maßnahmen als besonders geeignet für die Aufnahme in die entsprechende Richtlinie des G-BA vorgeschlagen

(unter anderem Knie- und Hüft-Endoprothesen, Wirbelsäuleneingriffe). Die Patientenautonomie soll dabei voll erhalten bleiben.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt ausdrücklich, die Stärkung der Patientenrechte durch ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren für bestimmte planbare Maßnahmen um unnötige Eingriffe zu verhindern. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass die Zweitmeinung tatsächlich unabhängig abgegeben wird und kein finanzieller Profit des Zweitgutachters erzielt wird.

Es muss ausgeschlossen sein, dass den Patientinnen und Patienten durch die Verpflichtung zur Zweitmeinung ein zusätzlicher bürokratischer Aufwand entsteht. Patientinnen und Patienten müssen zeitnah und ohne erheblichen Aufwand durch lange Anfahrtswege Zugang zu einem Zweitgutachter bekommen. Es muss sichergestellt werden, dass die besonderen Bedarfe von chronisch Kranken und Menschen mit Behinderung bei der Verpflichtung zur Einholung einer Zweitmeinung berücksichtigt werden und entsprechende Maßnahmen vom Gesetzgeber vorgeschlagen werden.

2.5 § 44c SGB V – Teilarbeitsunfähigkeit

Der Entwurf sieht die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit vor, die den Versicherten das Recht auf eine teilweise Arbeitsaufnahme einräumt, wenn eine nicht nur geringfügigen Erkrankung (Art, Schwere oder voraussichtlichen Dauer der Erkrankung lassen eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als vier Wochen erwarten) vorliegt. Die Teilarbeitsunfähigkeit wird ermöglicht, wenn Patienten sich dazu in der Lage sehen, der behandelnde Arzt eine entsprechende Teilarbeitsunfähigkeit in Höhe von 25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit des Versicherten feststellt und der Arbeitgeber der teilweisen Arbeitsaufnahme zustimmt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK lehnt die geplante Einführung einer Teilkrankschreibung ab und warnt vor einer schleichenden Entwertung des Patientenschutzes. Während die Flexibilisierung des Übergangs zurück in den Beruf vordergründig attraktiv erscheinen mag, birgt das Modell in der Praxis erhebliche Risiken für die Gesundheit und die Rechte der Arbeitnehmer. Der VdK weist eindringlich darauf hin, dass die Maßgabe der Freiwilligkeit bei abhängig Beschäftigten in der Realität hierarchischer Arbeitsverhältnisse oft eine Illusion ist. Es steht zu befürchten, dass auf erkrankte Beschäftigte, insbesondere in Branchen mit hohem Fachkräftemangel oder prekären Arbeitsbedingungen, massiver psychischer Druck ausgeübt wird, trotz gesundheitlicher Einschränkungen stundenweise zur Verfügung zu stehen. Die Möglichkeit einer halben Krankschreibung darf nicht zur unterschweligen Verpflichtung werden, krank zur Arbeit zu gehen (Präsenz-Zwang), was die Genesung verzögert und das Risiko für Rückfälle oder Chronifizierungen massiv erhöht, die dann für die GKV wiederum erhöhte Kosten bedeuten und auch eine erneute Arbeitsunfähigkeit begünstigen können.

Der Genesungsprozess darf kein Verhandlungsgegenstand zwischen Arbeitgeberinteressen und Krankenkassenfinanzen sein.

Der Sozialverband VdK weist mit Nachdruck darauf hin, dass mit der stufenweisen Wiedereingliederung (sogenanntes 'Hamburger Modell') bereits ein bewährtes und medizinisch evaluiertes Instrument existiert, um Versicherte nach langer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen. Ein entscheidender Unterschied zur geplanten Teilarbeitsunfähigkeit und ein zentraler Schutzfaktor im Hamburger Modell ist, dass der Betroffene voll unter dem Schutz der Sozialversicherung, weil er formal weiterhin als zu 100 Prozent arbeitsunfähig gilt. Entsprechende arbeitsrechtliche Schutzmechanismen sieht der Entwurf für die neue Teilarbeitsunfähigkeit hingegen nicht vor.

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c SGB V hingegen schafft eine gefährliche Grauzone. Während das Hamburger Modell die Rehabilitation in den Vordergrund stellt, zielt die Teilkrankenschreibung primär auf die Aufrechterhaltung der betrieblichen Produktivität ab. Es ist nicht ersichtlich, welchen medizinischen Mehrwert § 44c SGB V gegenüber dem bewährten Hamburger Modell bieten soll, außer die Hemmschwelle zu senken, Kranke früher und unter schlechteren Schutzbedingungen wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Der VdK fordert daher die Stärkung des Hamburger Modells anstelle der Einführung eines rechtlich unsicheren Teilarbeitsunfähigkeit-Status.

2.6 § 44d SGB V – Teilkrankengeld

Das Teilkrankengeld wird genau für den Prozentsatz gezahlt, den der Arzt als „krank“ bescheinigt hat (25, 50 oder 75 Prozent). Die Berechnung orientiert sich am normalen Krankengeld (§ 47 SGB V). Der Arbeitgeber zahlt bei einer Teilarbeitsunfähigkeit ein anteiliges Arbeitsentgelt in Höhe der geleisteten Arbeitsstunden, die Krankenkasse gleicht die krankheitsbedingten Fehlstunden bis zur vereinbarten Arbeitszeit durch das Teilkrankengeld aus.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK kritisiert den offensichtlichen Versuch, durch das Instrument der Teilkrankenschreibung und des damit verbundenen Teilkrankengeldes die Kosten der Lohnfortzahlung einseitig von den Arbeitgebern auf die Versichertengemeinschaft und die Betroffenen zu verlagern. Die in §§ 44c und 44d SGB V vorgeschlagenen Maßnahmen entlasten Arbeitgebende, die künftig Lohnkosten bei teilkranken Arbeitnehmenden einsparen können. Die gesetzlichen Krankenkassen werden so zum Lohnzuschussgeber. Für die Versicherten entsteht außerdem ein zusätzlicher bürokratischer Aufwand bei der Prüfung ob Lohn und Teilkrankengeld korrekt berechnet wurden.

2.7 § 47 SGB V – Höhe und Berechnung des Krankengeldes

Bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses während des Bezugs von Krankengeld wird künftig das Krankengeld auf Arbeitslosengeld 1-Niveau abgesenkt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK lehnt die geplante Absenkung des Krankengeldes auf ALG 1-Niveau bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses während des Krankengeldbezugs entschieden ab. Diese Maßnahme greift einseitig in die Existenzsicherung von Menschen ein, die ohnehin doppelt belastet sind: Sie kämpfen nicht nur mit schweren oder langwierigen Erkrankungen, sondern erleiden gleichzeitig den Verlust ihres Arbeitsplatzes.

Bereits heute bedeutet der Bezug von Krankengeld für die meisten Betroffenen erhebliche finanzielle Einbußen. Wenn nach dem Jobverlust das Krankengeld noch weiter abgesenkt wird, führt dies in Zeiten hoher Lebenshaltungskosten und steigender Mieten dazu, dass arbeitsunfähig Entlassene unmittelbar in die Armut oder in die Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen gedrängt werden. Krankheit und der unverschuldete Verlust des Arbeitsplatzes dürfen niemals zu einem existenziellen Armutsrisiko werden. Gerade Patientinnen und Patienten mit langfristigen Krankheitsbildern (zum Beispiel Krebserkrankungen) oder schweren psychischen Erkrankungen werden durch diese gezielte Kürzung nach dem Jobverlust finanziell massiv benachteiligt und psychisch unter Druck gesetzt, was dem Genesungsprozess entgegensteht.

Die Absenkung des Krankengeldes bei gekündigten Arbeitnehmern ist dazu geeignet, den finanziellen Druck auf kranke Menschen so zu verstärken, dass sie sich gesundheitlich instabil dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stellen müssen, bevor sie medizinisch dazu in der Lage sind. Dieser ökonomische Zwang führt nachweislich zu einer Verschleppung von Krankheiten, einem erhöhten Risiko für chronische Verläufe und langfristig zu einer höheren Belastung der Sozialsysteme, etwa durch Erwerbsminderungsrenten oder dauerhafte Erwerbslosigkeit.

Das Krankengeld ist eine zentrale Lohnersatzleistung, für die Versicherte durch ihre Beiträge den Schutz der Solidargemeinschaft erworben haben. Eine Kürzung genau in dem Moment, in dem das Arbeitsverhältnis endet, entwertet das Versicherungsversprechen der GKV und straft Betroffene für den Verlust ihres Arbeitsplatzes ab. Der VdK fordert stattdessen, Langzeitkranke gerade in der vulnerablen Phase des Jobverlusts wirksam zu schützen, anstatt sie im Genesungsprozess zusätzlich zu belasten, und von jeglichen Sonderkürzungen beim Krankengeld entlassener Arbeitnehmer abzusehen.

2.8 § 50 SGB V – Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Durch die Neuregelung wird der Krankengeldbezug für Beziehende einer Teilrente von mehr als Zweidrittel der Vollrente abgeschafft.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK lehnt diese Neuregelung ab, da sie die Erwerbstätigkeit von Rentnerinnen und Rentnern, die die Bundesregierung durch den Wegfall der Hinzuverdienstgrenze bei vorgezogenen Altersrenten oder die sogenannte Aktivrente explizit fördern will, gegenüber sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ohne parallelen Rentenbezug diskriminiert. Der VdK fordert auch aus Gründen der Bürokratievereinfachung, dass bei sozialversicherungspflichtiger

Beschäftigung unabhängig vom Rentenbezug der volle Krankengeldanspruch besteht. Der geplante Ausschluss des Krankengeldanspruchs für Erwerbstätige, die eine Teilrente von mehr als zwei Dritteln der Vollrente beziehen, steht darüber hinaus im eklatanten Widerspruch zur arbeitsmarktpolitischen Zielsetzung der Bundesregierung. Während die Politik ältere Menschen dazu auffordert, freiwillig länger im Beruf zu verbleiben, bei vorgezogenen Altersrenten die Hinzuverdienstgrenzen abgeschafft hat und bei regulären Altersrenten die Erwerbstätigkeit steuerlich fördert, entzieht sie ihnen im Krankheitsfall die finanzielle Absicherung, obwohl diese reguläre Krankenversicherungsbeiträge auf ihr Erwerbseinkommen leisten. Die gesetzliche Begründung, diese Maßnahme diene der Vermeidung von Missbrauch, weisen wir entschieden zurück. Das Weiterarbeiten im Alter ist für viele Teilrentner angesichts steigender Lebenshaltungskosten und Mieten eine bittere finanzielle Notwendigkeit zur Vermeidung von Altersarmut und kein rechtlicher Missbrauch. Bereits die Ankündigung der Streichung des Krankengeldes für Teilrentner*innen hat in unserer Mitgliedschaft zu großer Besorgnis geführt. Wer Beiträge einzahlt, muss auch Anspruch auf die Gegenleistung des Krankengeldes haben.

2.9 § 51 SGB V – Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Die Neuregelung verkürzt die Frist, die Krankenkassen setzen können, in der ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet ist, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe oder für eine Regelaltersrente zu stellen hat, von zehn auf vier Wochen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband kritisiert die Verkürzung der beiden Fristen. Zwar ist es ein sinnvolles Anliegen, Erkrankte möglichst schnell den Zugang zur medizinischen oder beruflichen Reha zu ermöglichen. Dieses Ziel scheitert aber weniger an der Frist bis zur ersten Antragsstellung durch den Versicherten, sondern an der Bewilligung der Anträge bzw. der Wartezeit für einen Rehaplatz, die aktuell mehrere Monate betragen. Durch die Neuregelung wird also einseitig der Druck auf erkrankte Versicherte erhöht anstatt die Ursachen für lange Wartezeiten auf Rehamassnahmen zu adressieren. Der erhöhte Druck auf die Versicherten ergibt sich außerdem in Wechselwirkung mit der Rentenantragsfiktion aus § 116 SGB VI, wenn ein Erfolg der Rehamassnahme nicht zu erwarten oder nicht eingetreten ist. Der präventive Charakter des Grundsatzes Reha vor Rente wird damit unterhöhlt zugunsten eines beschleunigten „Abschiebens“ vom Krankengeldbezug in den Erwerbsminderungsrenten- oder Altersrentenbezug.

2.10 § 55 SGB V – Leistungsanspruch

Vorgesehen ist, die Festzuschüsse für Zahnersatz, die mit Wirkung zum 1.10.2020 um jeweils 10 Prozent erhöht wurden auf das Niveau vor dieser Änderung zu reduzieren. Gleichzeitig soll die Härtefallregelung angepasst werden, so dass für Härtefälle weiterhin ein Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent gilt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK lehnt die geplante Absenkung der Festzuschüsse für Zahnersatz auf das Niveau des Jahres 2020 entschieden ab. Diese Maßnahme stellt eine erhebliche Leistungskürzung dar, die die Versicherten unmittelbar finanziell belastet und die Gefahr einer sozialen Spaltung in der zahnmedizinischen Versorgung massiv verschärft.

Die Erhöhung der Festzuschüsse im Jahr 2020 war ein wichtiger Schritt, um die hohen Eigenanteile der Patienten vor allem bei notwendigen Regelversorgungen abzufedern. Eine Rückkehr zum alten Niveau bedeutet faktisch, dass Versicherte künftig wieder hunderte oder gar tausende Euro mehr aus eigener Tasche zu zahlen müssen. Für Bezieher kleiner Renten, Geringverdiener und Menschen in der Grundsicherung ist dieser finanzielle Mehraufwand oft unmöglich zu stemmen. Wir warnen davor, dass Zahngesundheit wieder zu einem Luxusgut wird, das vom sozialen Status abhängt. Wenn Zuzahlungen steigen, schieben viele Patienten notwendige Behandlungen aus finanzieller Not hinaus. Dies führt langfristig nicht nur zu Schmerzen und einem Verlust an Lebensqualität, sondern verursacht im Gesundheitssystem durch Folgeerkrankungen (zum Beispiel Entzündungen oder Fehlernährung) weitaus höhere Kosten, als durch die aktuelle Kürzung eingespart werden können. Die Maßnahme ist somit nicht nur unsozial, sondern auch gesundheitsökonomisch kurzsichtig.

Die Ausweitung der existierender Härtefallregelungen wird vom VdK begrüßt, zusätzliche bürokratischen Hürden für die Betroffenen müssen allerdings vermieden werden. Der VdK fordert entgegen dem , dass medizinisch notwendiger Zahnersatz komplett von der GKV übernommen werden muss.

2.11 § 61 SGB V – Zuzahlungen

Vorgesehen ist die Erhöhung Zuzahlungsbeträge und -grenzen um 50 Prozent ab 2027 und anschließende Dynamisierung mit Grundlohnrate. Die bestehenden Belastungsgrenzen von 2 Prozent bzw. 1 Prozent (für chronisch kranke Menschen) des Haushaltseinkommens bleiben unverändert bestehen.

Bewertung des VdK

Der Sozialverband VdK lehnt die geplante Erhöhung sowie die künftige Dynamisierung der Zuzahlungen zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln entschieden ab. Zuzahlungen stellen eine unsoziale Zusatzsteuer auf Krankheit dar, die das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) untergräbt. Grundsätzlich spricht sich der VdK für die vollständige Abschaffung von Zuzahlungen aus. Die geplante Anbindung der Zuzahlungsbeträge an die Grundlohnrate führt zu einer schleichenden, aber stetigen Kostensteigerung für die Versicherten. Besonders für Menschen mit kleinen Renten, Geringverdiener, Bezieher von Sozialleistungen und chronisch Kranke bedeuten Beträge zwischen fünf und zehn Euro pro Medikament schon heute eine enorme Belastung. Wenn Versicherte am Ende des Monats entscheiden müssen, ob sie Geld für Lebensmittel ausgeben oder ihr Rezept in der Apotheke einlösen, hat das Gesundheitssystem seinen Schutzauftrag verfehlt.

Auch wenn die bestehenden Belastungsgrenzen beibehalten bleiben (1 Prozent- bzw. 2 Prozent-Regelung), sind vor allem chronisch kranke Menschen und Personen mit hohem Behandlungsbedarf massiv betroffen. Eine Erhöhung der Zuzahlungen vergrößert den bürokratischen und finanziellen Druck für die Betroffenen. Gleichzeitig machen viele Anspruchsberechtigte häufig aus Unkenntnis keinen Gebrauch von der Härtefallregelung, für diese Gruppe entsteht durch die Erhöhung der Zuzahlungen erhebliche Mehrkosten für notwendige Arzneimittel. Der VdK warnt davor, dass ein steigender Eigenanteil dazu führt, dass notwendige Therapien aus Kostengründen abgebrochen oder Medikamente nicht vorschriftsmäßig eingenommen werden. Dies führt unweigerlich zu gesundheitlichen Verschlechterungen und in der Folge zu vermeidbaren, teuren Krankenhausaufenthalten.

2.12 § 74 SGB V – Stufenweise Wiedereingliederung

Durch die Änderung von Satz 1 wird der neugeschaffene Teilarbeitsunfähigkeit gegenüber der stufenweisen Wiedereingliederung im sogenannten Hamburger Modell Vorrang gegeben.

Bewertung des VdK

Der VdK sieht in dieser Änderung eine Aushöhlung der stufenweisen Wiedereingliederung im bekannten und über Jahrzehnte erprobten Hamburger Modell. Es besteht die Gefahr, dass das Hamburger Modell künftig zugunsten der Teilarbeitsunfähigkeit seltener genutzt wird wodurch die Idee der sanften Wiedereingliederung in den Arbeitsplatz untergraben wird.

2.13 § 221 SGB V – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Die Rückzahlung der vom Bund gewährten Darlehen an die GKV werden verschoben, so dass sie erst ab 2035 zu leisten sind.

Bewertung des VdK

Der VdK begrüßt, dass der Bund durch die Verschiebung der Rückzahlung der Darlehen ebenfalls einen Beitrag zur Stabilisierung der Krankenkassenbeiträge leisten möchte. Gleichzeitig weist der VdK darauf hin, dass die gewährten Darlehen nicht die Höhe der entnommenen Mittel aus den Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen aus dem Jahr 2021 erreichen und somit weiterhin ein erhebliches, durch den Bund verursachtes Defizit bei den GKV-Finanzreserven besteht.

Zusätzlich fordert der Sozialverband VdK den Bund auf, den Bundeszuschuss zu erhöhen und so auskömmlich zu gestalten, dass auch die versicherungsfremden und familienpolitischen Leistungen in der tatsächlichen Höhe abgedeckt werden. Die Kosten für die Übernahme versicherungsfremder Leistungen dürfen nicht auf die gesetzlich Versicherten abgewälzt werden. Eine vollständige Übernahme der Kosten für die Beiträge von Grundsicherungsempfängenden durch den Bund ist sachgerecht und würde den Großteil der Finanzierungslücke bei den GKV mit einem Schlag abdecken. Der VdK fordert nachdrücklich, den gesetzlich verankerten Bundeszuschuss zur GKV umgehend und dynamisch anzuheben sowie die versicherungsfremden

Leistungen vollständig aus Steuermitteln zu refinanzieren, anstatt die Beitragszahler als Reparaturbetrieb für den Bundeshaushalt zu missbrauchen.

2.14 § 223 SGB V – Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze wird für das Jahr 2027 einmalig um monatlich 300 Euro angehoben.

Bewertung des VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt ausdrücklich die geplante Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze als einen Schritt in die richtige Richtung, kritisiert jedoch die im Entwurf vorgesehene Begrenzung der Maßnahme auf das Jahr 2027 als unzureichend da sie lediglich eine kurzfristige Bekämpfung der Symptome darstellt. Um die Einnahmenbasis der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig und krisenfest zu stabilisieren, fordert der VdK eine dauerhafte Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

Die Beitragsbemessungsgrenze in ihrer jetzigen Form führt zu einer Schieflage in der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung: Während Geringverdiener und Bezieher kleiner Renten auf jeden Euro ihres Einkommens den vollen Beitragssatz leisten, sinkt die prozentuale Belastung für hohe Einkommen oberhalb der Grenze immer weiter ab. Eine dauerhafte Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde damit der Herstellung von Beitragsgerechtigkeit dienen. Wer über ein hohes Einkommen verfügt, muss im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit einen proportionalen Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitssystems leisten.

Perspektivisch sollte eine schrittweise Angleichung Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung an die deutlich höhere Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung erfolgen. Dadurch würde die Einnahmenbasis der GKV dauerhaft und verlässlich verbreitert und höhere Zusatzbeiträge für Versicherte mit niedrigen oder mittleren Einkommen dauerhaft vermieden werden.

Der VdK fordert den Gesetzgeber auf, die Beitragsbemessungsgrenze als systematisches Instrument zur Entlastung kleiner und mittlere Einkommen zu nutzen und dauerhaft anzuheben.

Darüber hinaus sollten auch Einkommen aus Vermietungen und Vermögen bei der Erhebung der Beiträge mitberücksichtigt werden.

3. Fehlende Regelungen

Der vorliegende Gesetzentwurf lässt aus Sicht des VdK Chancen für eine dauerhafte Stabilisierung der GKV-Finzen ungenutzt und geht stark zulasten der Versicherten vor allem mit chronischen Erkrankungen, geringen Einkommen und Familien. Der VdK fordert daher die Aufnahme folgender Punkte:

Dynamisierung und Erhöhung des Bundeszuschusses

Statt auf kurzfristige, rückzahlbare Darlehen zu setzen, die die Finanzprobleme lediglich in die Zukunft verschieben, fordert der VdK eine dauerhafte Erhöhung und gesetzliche Dynamisierung des Bundeszuschusses, der seit 2017 nicht mehr angepasst wurde. Dieser muss sich automatisch an der tatsächlichen Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen orientieren. Nur ein verlässlicher, steuerfinanzierter Zuschuss kann sicherstellen, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben nicht allein von den Beitragszahlern geschultert werden.

Vollständige Gegenfinanzierung versicherungsfremder Leistungen

Das größte strukturelle Defizit der GKV-Finzen resultiert aus der massiven Unterfinanzierung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund. Insbesondere die Krankenkassenbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld werden durch den Bund aktuell nicht kostendeckend ausgeglichen. Jährlich werden so mindestens 10 Milliarden Euro an Beitragsmitteln zu Lasten der Beitragszahlenden zweckentfremdet. Der VdK fordert eine unverzügliche Anhebung des Bundeszuschusses auf ein kostendeckendes Niveau für versicherungsfremde Leistungen. Es ist nicht akzeptabel, dass die Beitragszahlenden der GKV die entstandenen Defizite ausgleichen müssen.

Dauerhafte und konsequente Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Wie oben ausgeführt, ist die im Entwurf vorgesehene einmalige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2027 völlig unzureichend. Der VdK fordert eine systematische und dauerhafte Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze mit dem Ziel einer Angleichung an die Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung. Dies würde nicht nur die Einnahmen der GKV massiv stärken, sondern auch ein Grundprinzip der sozialen Gerechtigkeit wiederherstellen: Starke Schultern müssen künftig wieder einen prozentual gleichen Beitrag leisten wie Versicherte mit kleinen und mittleren Einkommen.