

Wie die GKV-Reform die Kostenbremse erzwingt

Ute Pappelbaum

Das Bundeskabinett hat den Gesetzentwurf zur Stabilisierung der Krankenkassenbeiträge beschlossen – und damit eine der zentralen finanzpolitischen Baustellen der Sozialversicherung adressiert. Nach Jahren steigender Zusatzbeiträge und wachsender Defizite soll nun eine Trendwende gelingen. Der politische Anspruch ist hoch: Beitragssätze stabilisieren, ohne die Versorgung sichtbar zu verschlechtern. Doch bereits die Konstruktion des Pakets zeigt, worum es tatsächlich geht: nicht um einen Umbau der Finanzierungslogik, sondern um ein breites Bündel von Eingriffen in Preise, Leistungen und Beteiligungen. Die wachsende Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben wird nicht strukturell geschlossen, sondern administrativ eingegrenzt.

„Der Aufwand hat sich gelohnt! Dieses umfassende Paket kann die Finanzlücke der GKV im kommenden Jahr decken.“

Mit diesem Satz setzt Gesundheitsministerin Nina Warken den Ton. Der Gesetzentwurf dahinter ist weniger ein Reformwerk als ein breit angelegtes Dämpfungsprogramm für Kosten.

Preisdeckel für Kliniken: Kostendruck wird internalisiert

Im Krankenhausbereich greift der Staat direkt in die Vergütungsmechanik ein. Künftig gilt nicht mehr der günstigere, sondern der strengere Maßstab: Kostenentwicklung oder Grundlohnrate – der niedrigere Wert entscheidet. Damit entfällt die bisherige Logik, steigende Kosten zumindest teilweise abzusichern. Tarifsteigerungen oberhalb dieser Grenze werden nur

noch zur Hälfte refinanziert. Auch Pflegebudgets werden gedeckelt, zusätzlich mit Abschlägen bis 2029. Nur regulatorisch erzwungener Personalaufbau bleibt vollständig finanziert. Flankiert wird dies durch Eingriffe in die Leistungsmenge: Für planbare Eingriffe sollen verpflichtende Zweitmeinungsverfahren etabliert werden. Das ist keine Preis-, sondern eine Mengensteuerung – mit unmittelbarer Wirkung auf Erlösmodelle der Häuser.

Vertragsärzte: Rückbau von Zusatzhonoraren

In der ambulanten Versorgung wird das gleiche Prinzip durchgezogen: Honorare dürfen nur noch im Rahmen der Einnahmeentwicklung wachsen. Entscheidend ist jedoch der strukturelle Eingriff in die Vergütungssystematik. Extradudgetäre Zahlungen – etwa für offene Sprechstunden oder Terminvermittlung – werden gestrichen und zurück in die pauschale Gesamtvergütung überführt. Damit verschwindet

ein zentraler Anreiz zur kurzfristigen Ausweitung von Behandlungskapazitäten. Auch die Vergütung rund um die elektronische Patientenakte entfällt. Gleichzeitig wird das Hautkrebscreening auf den Prüfstand gestellt – mit der Perspektive eines Übergangs zu risikobasierten Untersuchungen. Das ist klassische Leistungsbereinigung unter Budgetdruck.

Arzneimittel: Automatischer Rabattmechanismus

Im Pharmabereich wird ein selbststeuernder Kostendämpfer installiert. Der Herstellerabschlag wird dynamisch: Überschreiten die Ausgaben das politisch definierte Soll, steigen automatisch die Rabatte. Parallel wird Wettbewerb administrativ organisiert. Krankenkassen können bestimmte patentgeschützte Medikamente zur bevorzugten Verordnung festlegen, Ärzte sind daran gebunden. Preisbildung erfolgt damit nicht mehr allein über Marktprozesse. Einzelne Leistungen werden gestrichen – etwa Cannabis-Blüten. Apotheken werden über höhere Abschläge zusätzlich belastet.

Versicherte: Stabilität über höhere Eigenanteile

Die Stabilität der Beitragssätze wird teilweise direkt über die Versicherten finanziert. Die beitragsfreie Familienversicherung wird eingeschränkt, für viele Partner entsteht ein Zusatzbeitrag. Gleichzeitig steigt die Beitragsbemessungsgrenze. Deutlich spürbar ist der Eingriff bei den Eigenanteilen: Zuzahlungen steigen um rund 50 Prozent und werden künftig dynamisiert. Zuschüsse beim Zahnersatz werden reduziert. Hinzu kommt ein struktureller Eingriff in die Absicherungssystematik: Mit der Teil-Krankschreibung wird das Krankengeld faktisch flexibilisiert. Das System verschiebt sich von vollständiger Kompensation hin zu teilweiser Weiterarbeit.

Krankenkassen: Regulierung ersetzt Wettbewerb

Auch die Kassen selbst werden enger geführt. Verwaltungskosten werden an die Einnahmen gekoppelt, Werbeausgaben halbiert, Managementvergütungen begrenzt. Effizienz entsteht damit nicht mehr primär aus Wettbewerb, sondern aus regulatorischer Begrenzung.

Systemlogik: Einnahmen definieren die Ausgaben

Der rote Faden des Gesetzes ist klar: Die Ausgaben werden an die Einnahmen gebunden. Die Grundlohnrate wird zur zentralen Steuerungsgröße für Preise, Honorare und Budgets. Das ist eine Abkehr von der bisherigen Logik, in der sich Preise und Leistungen zumindest teilweise aus Verhandlungen und Bedarf ableiten.

Stabilität durch Eingriff – nicht durch Reform

Das Gesetz stabilisiert kurzfristig die Finanzierung. Es verändert aber nicht die strukturelle Schieflage eines Systems, dessen Ausgaben schneller wachsen als seine Einnahmen. Die Anpassung erfolgt über Preisdeckel, Leistungskorrekturen und höhere Eigenbeteiligung. Damit verschiebt sich die GKV schrittweise von einem verhandlungsbasierten Versicherungssystem hin zu einer politisch gesteuerten Budgetordnung. Stabilität wird so nicht erwirtschaftet, sondern verordnet – und genau das macht sie auf Dauer angreifbar.

Versicherungs- und Finanznachrichten

expertenReport



<https://www.experten.de/id/4949601/Wie-die-GKV-Reform-die-Kostenbremse-erzwingt/>