

Politischer Rund-um-Blick: 2026 könnte ein Jahr der Reformen werden

Während die Gesundheitspolitik im letzten Jahr eher verhalten in die neue Legislaturperiode gestartet ist, zeichnet sich langsam ab, in welche Richtung die gesundheitspolitische Reise gehen soll – und gerade für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind die Entwicklungen hochrelevant. Doch zunächst ein Blick zurück.

Bisher lag der Fokus des BMG darauf, Gesetzesvorhaben umzusetzen, die bereits in der vergangenen Legislaturperiode angestoßen wurden. Das bedeutendste Projekt, das aus der vorherigen Legislatur herüberraagt, ist das **Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)**, mit dem die Krankenhausreform der Ampelregierung nachjustiert werden soll und welches inzwischen abgeschlossen ist. Nach intensiven Verhandlungen zwischen der Bundesregierung und den Landesregierungen wurde das Reformprojekt an entscheidenden Stellen abgeschwächt, aber nicht dergestalt, dass dieses so zentrale Reformprojekt vollends an die Wand gefahren wurde. Positiv fällt auf, dass Leistungsgruppen und Qualitätsvorgaben als zentrale Steuerungsinstrumente bestehen bleiben. Für die GKV ist das ein wichtiger Erfolg, denn diese Elemente gelten als Hebel für eine bedarfsgerechte, qualitätsorientierte Versorgung. Darüber hinaus sind zumindest keine zusätzlichen Kosten für die Kassen zu erwarten. Angesichts der angespannten Finanzlage ist das ein nicht zu unterschätzender Punkt. Kritisch zu sehen ist jedoch, dass durch weitere Ausnahmeregelungen bei den Leistungsgruppenzuweisungen – zunächst für drei Jahre mit Option auf weitere drei Jahre Verlängerung – der Konzentrations- und Spezialisierungsprozess zu stocken droht. Immerhin hat die Regierungskoalition bei den Pflegepersonaluntergrenzen nicht nachgegeben, diese bleiben als Qualitätskriterium bestehen. Eine schriftlich fixierte Zusage des Bundes mittels Protokollnotiz zur abschließenden Beratungsunterlage im Bundesrat erwägt außerdem die Möglichkeit, Mittel aus dem Transformationsfonds auch für substanzerhaltende Maßnahmen zu verwenden. Das könnte die eigentliche Zielsetzung – Transformation statt Sanierung – weiter verwässern. Insgesamt bleibt die Krankenhausreform ein Balanceakt zwischen föderalen Interessen und dem Anspruch, die Versorgung effizienter und qualitativ besser zu gestalten.

Neben dem KHAG wurden bis dato **mehrere kleinere Gesetzesvorhaben umgesetzt**: Die Online-Sozialversicherungswahlen wurden als reguläre Option eingeführt. Ein explizites Lachgasverbot soll Missbrauch eindämmen. Mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEG) erhalten Pflegefachpersonen erweiterte Befugnisse, Bürokratie in der Pflege soll abgebaut werden. Ergänzt wurde dies durch ein „kleines Sparpaket“ über 2 Mrd. Euro für die GKV, welches vor allem im laufenden Jahr Wirksamkeit entfaltet. Mit dem Gesetz zur Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegeassistentenausbildung wird ein eigenständiges Berufsprofil umgesetzt, das die Pflege stärken und bundesweit vereinheitlichen soll. Diese Maßnahmen sind wichtig, aber sie lösen nicht die strukturellen Herausforderungen des Systems. Genau deshalb richtet die Gesundheitspolitik den Blick nun auf das zentrale Thema des Jahres eher sogar dieser gesamten Legislaturperiode: die Stabilisierung der GKV- und SPV-Finzen.

Die vom BMG eingesetzte **Finanzkommission Gesundheit** hat am 30. März fristgerecht ihre ersten Vorschläge zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze vorgelegt. Während die langfristigen Strukturvorschläge erst zum Jahresende erwartet werden, zeigt bereits das jetzt vorliegende Maßnahmenpaket eine bemerkenswerte Nähe zu den Positionen der gesetzlichen Krankenversicherung. Aus über 1.700 (!) im schriftlichen Beteiligungsverfahren eingereichten Vorschlägen wurden 66 Empfehlungen ausgewählt, die nach Einschätzung der Kommission ein Einsparpotenzial von rund 42 Mrd. Euro im Jahr 2027 und bis zu 63,9 Mrd. Euro im Jahr 2030 entfalten könnten. Damit ließe sich die prognostizierte Deckungslücke von etwa 15 Mrd. Euro (2027) bzw. bis zu 40 Mrd. Euro (2030) theoretisch vollständig schließen – und der Beitragssatz über mehrere Jahre stabil halten.

Kern des Ansatzes ist eine deutlich konsequentere Kopplung der Ausgabenentwicklung an die Einnahmen sowie eine Begrenzung der Vergütungssteigerungen im Gesundheitswesen oder anders gesagt: die Einführung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Für die GKV wäre dies ein echter Paradigmenwechsel: weg von einer historisch gewachsenen, oft politisch getriebenen Ausgabedynamik hin zu einem stärker regelgebundenen, finanzierungsorientierten System. Besonders im Fokus stehen dabei Einschnitte bei der ärztlichen Vergütung. Honoraranstiege sollen gedämpft, Zuschläge reduziert und medizinisch nicht wirksame oder unnötige Behandlungen in ambulanten wie stationären Bereichen verringert werden. Vergütungssteigerungen sollen künftig nur noch im Rahmen der Kosten- und Grundlohnsummenentwicklung erfolgen; Zuschüsse im Krankenhausbereich sollen wieder in die Fallpauschalen zurückgeführt werden. Mengenbegrenzte Zuschläge im vertragsärztlichen Bereich sollen entfallen.

Auch im Arzneimittelbereich setzt die Kommission an: Der Herstellerabschlag soll von sieben auf 14 Prozent steigen. Zudem sollen evidenzbasierte Strukturen gestärkt werden – etwa durch eine verpflichtende Zweitmeinung in bestimmten Bereichen oder den Ausschluss der Homöopathie als Satzungsleistung. Überversorgung soll reduziert werden, beispielsweise bei kieferorthopädischen Leistungen oder dem Hautkrebscreening als Ganzkörperuntersuchung. Allein diese Maßnahmen sollen bis 2030 rund 16,6 Mrd. Euro einsparen.

Auf Patientenseite sind ebenfalls Belastungen vorgesehen: Zuzahlungen für Arznei- und Hilfsmittel sollen an die Inflation angepasst und von fünf auf zehn bzw. von 7,50 auf 15 Euro angehoben werden. Auch der missbräuchliche Bezug von Krankengeld soll stärker begrenzt werden – ein sensibles, aber ausgabenseitig durchaus relevantes Thema. Darüber hinaus empfiehlt die Kommission, die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern zu überprüfen und die Krankenkassen durch eine stärkere steuerliche Finanzierung versicherungsfremder Leistungen zu entlasten. Ergänzend werden präventive Maßnahmen vorgeschlagen, darunter eine Erhöhung der Tabak- und Alkoholsteuer sowie die Einführung einer Zuckersteuer.

Insgesamt liegen die Vorschläge in bemerkenswerter Weise auf Linie der GKV-Positionierung. Besonders positiv hervorzuheben ist der klare Fokus auf die Leistungserbringerseite, die Stärkung des Evidenzprinzips und die konsequente Ausrichtung der Versorgung am Nutzen. Doch die politische Realität dürfte die Umsetzung erheblich erschweren. Vor allem die Maßnahmen auf der Einnahmenseite – die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern, die vollständige Steuerfinanzierung der Beiträge für Bürgergeldbeziehende sowie die Nutzung von Alkohol-, Tabak- und Zuckersteuern zur GKV-Stabilisierung – sind politisch kaum, und schon gar nicht in Gänze durchsetzbar. Sie machen jedoch einen erheblichen Teil des Einsparvolumens aus: rund 20 Mrd. Euro von 42,3 Mrd. Euro (2027) bzw. 24,5 von 63,9 Mrd. Euro (2030). Ohne diese Maßnahmen bleibt nur ein begrenzter Spielraum auf der Ausgabenseite, um die Deckungslücke zu schließen. Die Politik wird daher kaum umhinkommen, das Verhandlungsergebnis kommunikativ zu „optimieren“. Möglich ist etwa, dass der tatsächliche Zusatzbeitrag von 3,1 Prozent statt des kalkulatorischen Wertes des GKV-Schätzerkreises von 2,9 Prozent als Grundlage herangezogen wird. Auch auf der Ausgabenseite werden nicht alle Vorschläge das Gesetzgebungsverfahren überstehen. Zwischen SPD und Union zeichnet sich bereits jetzt erheblicher Diskussionsbedarf ab. Dennoch: Die grundsätzliche Richtung stimmt aus Sicht der GKV – und die Kommission liefert Rückenwind für eine längst überfällige Strukturdebatte. Insgesamt berücksichtigt die Kommission eine faire Lastenverteilung auf alle Gesundheitssektoren. Die Vorschläge wirken sich überwiegend zugunsten der GKV-Versicherten aus.

Bundesgesundheitsministerin Warken hat die Erarbeitung eines entsprechenden Gesetzes zur Umsetzung ausgewählter Vorschläge und den dazugehörigen Kabinettsbeschluss zeitnah angekündigt. Seit dem Koalitionsausschuss am vergangenen Wochenende (12.4.26) gibt es nun sogar

ein geeintes Datum - bis zum 29.04.26 soll ein von der Bundesregierung geeinter Gesetzentwurf vorliegen. Dieser könnte dann spätestens nach der parlamentarischen Sommerpause verabschiedet werden. Das wäre mit Blick auf die politischen Verwerfungen in vielen Themen schon ein kleines politisches Meisterstück. Bis Ende 2026 soll ein zweiter Bericht der Kommission mit mittel- und längerfristig wirkenden Vorschläge für Strukturreformen vorliegen. Dann wird die Diskussion auf Grund der Grundsätzlichkeit noch einmal deutlich Fahrt aufnehmen.

Auch die Reform der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) steht 2026 prominent auf der Agenda. Die Finanzlage ist ähnlich angespannt wie in der GKV. Das BMG hat im Dezember die Ergebnisse der **Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“** vorgelegt. Die Roadmap enthält eine Reihe von Maßnahmen, die die Finanzierung stabilisieren und eine verlässliche, wohnortnahe Pflegeversorgung sicherstellen sollen – allerdings sämtlich unter Finanzierungsvorbehalt. Inhaltlich konzentriert sich die Arbeitsgruppe auf fünf Bereiche: Prävention und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, bessere Zugänglichkeit von Leistungen, Sicherstellung der Versorgung in der Fläche, Bürokratieabbau sowie Innovationsförderung, insbesondere im Bereich Digitalisierung und KI. Ergänzend werden Optionen zur nachhaltigen Finanzierung skizziert. Am Teilleistungssystem soll festgehalten werden, gleichzeitig werden Modelle zur Begrenzung pflegebedingter Eigenanteile geprüft – darunter Dynamisierung und Sockel-Spitze-Tausch. Weitere Überlegungen betreffen die vollständige Übernahme der medizinischen Behandlungspflege durch die GKV sowie die Umfinanzierung der Ausbildungskosten. Auf der Einnahmenseite wird eine Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds erwogen. Dieser soll auf Dauer und renditeorientiert aufgestellt und mit höherem Kapital ausgestattet werden. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass dafür in der Ansparphase erhebliche zusätzliche Mittel aus Steuern oder Beiträgen erforderlich wären.

Auch hier will das BMG einen Gesetzentwurf für eine nachhaltige Pflegestruktur- und -finanzierungsreform erarbeiten, mit dem Ziel, dass das Gesetz bis Ende 2026 steht. Unter dem Strich hat die Arbeitsgruppe zwar wichtige Diskussionspunkte identifiziert und inhaltlich strukturiert abgearbeitet. Aus GKV/SPV-Sicht bleiben aber zu viele und vor allem wesentliche Fragestellungen unbeantwortet, insbesondere zur finanziell nachhaltigen Neuausrichtung. Insofern ist es wenig verwunderlich, dass das BMG weitere Diskussionsrunden anberaumt hat. Es entsteht der Eindruck, die CDU-Führung im Ministerium weiß nach wie vor nicht genau, wohin es will. Grund hierfür könnte natürlich die ausbleibende grundsätzliche politische Positionierung der Partei in dieser Fragestellung sein. In jedem Fall verstreicht weitere wichtige Zeit, die am Ende fehlen könnte.

Parallel zu den beiden Hauptthemen plant das BMG für 2026 mehrere Gesetzesvorhaben, die das Versorgungssystem langfristig prägen könnten. Mit der **Notfallreform** sind drei klar abgegrenzte Versorgungsbereiche vorgesehen – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen und Rettungsdienst – sowie der Aufbau integrierter Akutleitstellen unter der Rufnummer 116117 und die Einrichtung Integrierter Notfallzentren. Zudem soll der Rettungsdienst zur GKV-Sachleistung werden. Ob es jedoch beim aktuellen Anlauf gelingt, den langjährigen Konflikt zwischen Bund, Ländern, KVen und Kliniken zu überwinden, bleibt offen. Mit dem **Apothekenreformgesetz (ApoVWG)** sollen insbesondere ländliche Apotheken gestärkt, Aufgaben erweitert und Bürokratie abgebaut werden. Für die GKV relevant sind vor allem mögliche Mehrkosten durch erweiterte Austauschmöglichkeiten und neue Leistungen. Ein geplantes **Hilfsmittelgesetz** zielt auf Bürokratieabbau, klarere Qualitätsvorgaben, rechtssichere Festbeträge und eine Stärkung der Informationsrechte der Versicherten. Zudem wird erneut über die Rücknahme des Ausschreibungsverbots diskutiert, was die GKV seit Jahren fordert und nun auch von der oben genannten Finanzkommission vorgeschlagen wurde. Ein ebenfalls geplantes **Digitalgesetz** soll die elektronische Patientenakte weiterentwickeln, die Datennutzung für Versorgung und Forschung verbessern und digitale Prozesse stärken. Hier besteht für die Kassen ein Ansatzpunkt, die Datennutzung für die Versorgungssteuerung noch weiter

auszubauen. Kürzlich wurde ein noch nicht final zwischen den Bundesministerien abgestimmter Referentenentwurf bekannt, der viele zentrale Fragen im Sinne der GKV regeln würde. Wir sind optimistisch, dass hiermit viele weitere sinnstiftende Möglichkeiten zum versorgungsverbessernden Einsatz von Gesundheitsdaten geschaffen wird. Im Bereich der **Primärversorgung** soll eine bessere Patientensteuerung über Hausärzte oder digitale Ersteinschätzungen erreicht werden – mit potenziell positiven Effekten auf Effizienz und Versorgungsqualität.

2026 und dann wohl auch das Jahr 2027 werden für GKV und SPV von außergewöhnlicher Bedeutung. Die Finanzkommission liefert der GKV Rückhalt wie selten zuvor und eröffnet die Chance, strukturelle Fehlentwicklungen endlich anzugehen. Gleichzeitig stehen große Reformprojekte an – von der Notfallversorgung über die Digitalisierung bis hin zur Arzneimittel- und Pflegepolitik. Viele dieser Vorhaben sind politisch anspruchsvoll, finanziell sensibel und in ihren Auswirkungen langfristig. Für die GKV bedeutet das: Die kommenden Monate entscheiden darüber, ob es gelingt, finanzielle Stabilität und qualitativ hochwertige Versorgung miteinander zu verbinden. Die Herausforderung besteht darin, tragfähige Lösungen zu finden, die sowohl ökonomisch belastbar als auch politisch realisierbar sind – und dabei die Interessen der Versicherten im Mittelpunkt halten. Wünschen wir der Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU) hierfür ein glückliches und vor allem durchsetzungsstarkes Händchen.