



FINANZKOMMISSION GESUNDHEIT DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUND- HEIT (BMG)

SCHRIFTLICHE BETEILIGUNG VON STAKEHOLDERN – BETEILIGUNG
KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV)

1. DEZEMBER 2025

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG	3
TEIL A	4
1 FINANZIERUNGSVERHANDLUNGEN	4
2 BEFÜLLUNG ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE (EPA)	4
3 ÜBERPRÜFUNG LEISTUNGSKATALOG	5
4 STREICHUNG DIGA	5
5 TARIFMODELL/STEUERUNGSMODELL IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG	6
6 OPTIMIERUNG ABRECHNUNGSPRÜFUNG 106D SGB V	6
7 DIGITALER EBM	6
8 ENTSCHEIDUNG ÜBER LEISTUNGSKÜRZUNGEN	7
9 REFORM DER KARENZTAGE BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT	7
10 ABSCHAFFUNG HOMÖOPATHIE ALS GKV-LEISTUNG	7
TEIL B	8
1 NUTZUNG DER EFFIZIENZ DES AMBULANTEN SEKTORS	8
2 VERSICHERUNGSFREMDE LEISTUNGEN	8
3 SENKUNG MEHRWERTSTEUER AUF ARZNEI- UND HILFSMITTEL	9
4 ERHÖHUNG DER TABAK- UND ALKOHOLSTEUER	9
5 ARZNEIMITTEL-PREISPOLITIK	9
TEIL C	9

ZUSAMMENFASSUNG

Bereits der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD für die 21. Wahlperiode adressiert die Aufgaben und Notwendigkeit einer Finanzkommission Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wie folgt:

„Ziel ist es, die Finanzsituation zu stabilisieren und eine weitere Belastung für die Beitragszahlerinnen und -zahler zu vermeiden. Hierzu setzen wir auf ein Gesamtpaket aus strukturellen Anpassungen und kurzfristigen Maßnahmen. Ziel ist es, die seit Jahren steigende Ausgabendynamik zu stoppen und die strukturelle Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen zu schließen. Wir wollen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auch langfristig stabilisieren und zugleich eine hohe Qualität und ein hohes Niveau der Leistungen sichern. Wir wollen die Einnahmen durch ein höheres Beschäftigungsniveau vergrößern und die Kosten auf der Ausgabenseite reduzieren. Für diese Aufgabe werden wir eine Kommission unter Beteiligung von Expertinnen und Experten und Sozialpartnern einrichten. Wir wollen, dass die Kommission die gesundheitspolitischen Vorhaben dieses Koalitionsvertrags in der Gesamtwirkung betrachtet und bis zum Frühjahr 2027 Ableitungen trifft und konkrete weitere Maßnahmen vorschlägt.“

Am 12. September 2025 hat das BMG die Einsetzung der Finanzkommission Gesundheit des BMG in der Bundespressekonferenz vorgestellt und die Arbeitsweise und den Zeitplan für die Kommission vorgestellt. Demnach soll die Kommission konkrete Maßnahmen auf der Einnahmen- und der Ausgabenseite der GKV vorschlagen, mit denen der Beitragssatz in der GKV bereits ab dem Jahr 2027 dauerhaft stabilisiert werden kann. Es ist beabsichtigt, dass die notwendigen gesetzlichen Änderungen zum 1. Januar 2027 in Kraft treten sollen. Damit die hierfür notwendigen gesetzlichen Änderungen zu diesem Zeitpunkt in Kraft treten können, ist ein zweistufiges Verfahren vorgesehen: Bis Ende März 2026 soll die Kommission einen ersten Bericht vorlegen, welcher kurzfristig wirksame Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze ab dem Jahr 2027 vorschlagen soll. Bis Dezember 2026 soll ein weiterer zweiter Bericht vorgelegt werden und soll vor allem Reformoptionen für strukturelle Anpassungen in der GKV aufzeigen, die das Ausgabenwachstum in der GKV mittel- bis langfristig erheblich reduzieren soll.¹

Der erste Bericht (bis Ende März 2026) soll gemäß dem Arbeitsauftrag der Finanzkommission Gesundheit nachfolgende Arbeitspakete beinhalten:

1. Vorlage einer kurzfristigen Prognose (bis 2030) für die Finanzentwicklung der GKV einschließlich:
 - a) Bewertung der Finanzwirkungen der im Koalitionsvertrag geplanten Vorhaben (u.a. Notfall- und Rettungsdienstreform) und
 - b) Quantifizierung der Finanzierungslücken ab 2027 bzw. der notwendigen Konsolidierungsbeträge für stabile Beitragssätze.
2. Identifizierung maßgeblicher Kostentreiber (u.a. Anreizsysteme und Vergütungsmechanismen) in den einzelnen Leistungsbereichen sowie Ineffizienzen auf der Ausgabenseite und Analyse der Herausforderungen und Probleme auf der Einnahmenseite.
3. Erarbeitung konkreter und kurzfristig finanzwirksamer Maßnahmen für Beitragssatzstabilität ab 2027 inkl. Quantifizierung der Kostenwirkung.

Der zweite Bericht (bis Dezember 2026) soll Reformvorschläge erarbeiten, welche die Strukturen des Gesundheitswesens auf der Einnahmen- und Ausgabenseite in den Fokus nehmen soll. Auch diese Maßnahmen sollen insbesondere mit dem Ziel konzipiert werden, die Ausgabendynamik dauerhaft zu reduzieren und die Einnahmenseite zu stärken.

Im Rahmen der Beteiligung der Sozialpartner an der Arbeit der Finanzkommission Gesundheit des BMG hat die Kommission am 11. November 2025 ein erstes schriftliches Beteiligungsverfahren gegenüber insgesamt 370 Organisationen und Verbänden gestartet. Für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zur

¹ vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/finanzkommission-gesundheit-pm-12-09-2025.html>

Beteiligung aufgefordert. Die schriftliche Beteiligung erfolgte dabei kurzfristig mittels eines digitalen Fragebogens, welcher mit Fristsetzung zum 30. November 2025 beantwortet werden konnte.

Der Fragebogen untergliederte sich in insgesamt drei Kategorien, in denen Vorschläge für kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen für die Stabilisierung der GKV-Beitragsätze sowie der GKV-Financen unterbreitet werden konnten. Die drei Kategorien umfassen:

- › Teil A: es können bis zu 15 Maßnahmen vorgeschlagen werden, die sich auf den eigenen Zuständigkeitsbereich beziehen.
- › Teil B: es können bis zu 10 Maßnahmen vorgeschlagen werden, die sich auf andere als den eigenen Zuständigkeitsbereich beziehen.
- › Teil C: es können Maßnahmen vorgeschlagen werden, die in anderen Ländern oder vergleichbaren Systemen umgesetzt sind und sich auf Deutschland übertragen lassen.

Die eingereichten Maßnahmen werden im weiteren Beratungsverlauf veröffentlicht und zusammengefasst.

Nachfolgende Vorschläge für Maßnahmen fassen die Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Rahmen der ersten schriftlichen Beteiligung der Sozialpartner durch die Finanzkommission Gesundheit des BMG zusammen.

TEIL A

2 FINANZIERUNGSVERHANDLUNGEN

Vorschlag

Anstieg des OW um 2,8 Prozent zum 01.01.2026 als Kompromiss unter äußerst schwierigen Rahmenbedingungen in Zeiten knapper Kassen bei der GKV und bereits hoher Belastung von Beitragszahlern durch versicherungsfremde Leistungen. Damit liegt der Anstieg der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2026 unterhalb der Grundlohn-Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen 2026 in Höhe von 5,17 %.

Geschätztes Einsparpotenzial

Erzielte Einsparungen für 2026 von 1,3 Mrd. € (gegenüber der von der KBV aufgrund von Kostensteigerungen in Arztpraxen als notwendig angesehenen Veränderungsrate in Höhe von 5,52 %)

3 BEFÜLLUNG ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE (EPA)

Vorschlag

Die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) ist ab 1. Oktober 2025 für alle Vertragsärzte verpflichtend. Gemäß § 346 Abs. 1 und Abs. 3 SGB V haben u. a. Vertragsärzte nach Maßgabe der §§ 347 und 349 SGB V bei der Verarbeitung medizinischer Daten in der elektronischen Patientenakte Patienten zu unterstützen sowie Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext in die ePA zu übermitteln. Dies ist mit einem zusätzlichen Aufwand verbunden, der über Leistungen des EBM vergütet wird. Die Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für Hersteller von Praxisverwaltungssystemen im SGB V, der eine Nutzung der ePA seitens der Vertragsärzte ohne weiteren zusätzlichen Aufwand ermöglicht, kann dazu beitragen, dass kein zusätzlicher Aufwand vergütet werden muss und der Nutzen der ePA im Vordergrund steht.

Geschätztes Einsparpotenzial

hoher dreistelliger Millionenbetrag

4 ÜBERPRÜFUNG LEISTUNGSKATALOG

Vorschlag

Bei der Aufnahme neuer medizinischer Methoden für die vertragsärztliche Versorgung werden neben der Evidenz auch die anfallenden Kosten, die mit der Aufnahme neuer Leistungen entstehen, mitberücksichtigt. Ziel muss es sein, dass die entstehenden Kosten von den Krankenkassen nachhaltig getragen werden können. Die budgetierte Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung hemmt den Zugang der GKV-Versicherten zu neuen Leistungen durch medizinisch-technischen Fortschritt. Medizinische und ärztliche Verfahren, die die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung mit einer dynamischen Entwicklung belasten, werden mittels Absenkung der Vergütung für die vertragsärztliche Versorgung verunmöglicht. Dadurch ist der Zugang zu neuen Leistungen ausschließlich bei stationärer Versorgung für GKV-Versicherte möglich, verbunden mit den hohen Kosten für einen stationären Aufenthalt. An dieser Stelle ist die Frage nach Leistungseinschränkungen für GKV-Versicherte zu stellen. Für die Ausgabendynamik z. B. humangenetischer Untersuchungen, entsteht jährlich ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung in Höhe von 200 bis 300 Mio. Euro. Durch Leistungsbeschränkungen für GKV-Versicherte zu diesem medizinisch-technischen Fortschritt werden diese Ausgaben eingespart, sofern auch der Zugang für GKV-Versicherte in der stationären Versorgung entsprechend beschränkt wird. Weitere Leistungseinschränkungen auch in anderen Leistungsbereichen würden zu einem Vielfachen des o. g. Einsparvolumens führen.

Geschätztes Einsparpotenzial

200 - 300 Mio. € und darüber hinaus um ein Vielfaches

5 STREICHUNG DIGA

Vorschlag

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) werden mithilfe eines Fast-Track-Bewertungsverfahrens durch das Bundesinstitut für Medizinprodukte und Arzneimittel (BfArM) in die gesetzliche Gesundheitsversorgung aufgenommen, ohne dass ein eindeutiger medizinischer Nutzen wissenschaftlich erwiesen wurde. So fehlt bei mehr als 80 % aller Anwendungen zu Beginn ein solcher Nachweis, wobei dieser auch nur bei rund der Hälfte aller Anwendungen zum Ende der Erprobungsphase festgestellt werden kann. Des Weiteren bestehen erhebliche Defizite in der Wirtschaftlichkeit, da Hersteller der Anwendungen Preise im ersten Jahr nahezu beliebig festlegen können. So sinken die Preise nach Verhandlungen mit dem GKV-SV i. d. R. um mindestens 50 %. Durch eine Reform der Zulassungsvoraussetzungen bestände ein erhebliches Einsparpotenzial, wenn Anwendungen ohne erwiesenen Nutzen nicht mehr in die Versorgung aufgenommen würden und eine angemessenere Preisgestaltung vollzogen werden würde. 12% aller DiGA's erfolgen ohne ärztliche Verordnung.

Geschätztes Einsparpotenzial

mind. mittlerer zweistelliger Millionenbetrag (abhängig von Anzahl künftiger Verschreibungen und Preisdynamik) (mind. bis zu 250 Mio. EUR p.a.)

6 TARIFMODELL/STEUERUNGSMODELL IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Vorschlag

Verbindliche Steuerung von Patientinnen und Patienten durch eine Differenzierung in einem Tarif-/Steuerungsmodell; Generierung von Mehreinnahmen durch Malus-Regelung, wenn sich Patientinnen und Patienten nicht steuern lassen (wollen); Stärkung der Eigenverantwortung

Geschätztes Einsparpotenzial

keine; Generierung von Mehreinnahmen

7 OPTIMIERUNG ABRECHNUNGSPRÜFUNG 106D SGB V

Vorschlag

Die Prüfung der vertragsärztlichen Abrechnungen ist umfänglich in § 106d SGB V geregelt. Neben der Abrechnungsprüfung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 106b Abs. 2) erfolgen zusätzlich Prüfungen (§ 106d Abs. 3) sowie Prüfanträge (106d Abs. 4) durch die Krankenkasse.

Die gegenwärtige Prüfpraxis verursacht einen unverhältnismäßig hohen Aufwand in den Praxen und im System, ohne dass der Nutzen in einem angemessenen Verhältnis steht.

- › Umfangreiche Dokumentation, Datensichtung und Abstimmungen binden erhebliche Personalressourcen (Ärztinnen/Ärzte, MFA, KV, Krankenkassen) und reduzieren die Zeit für die Patientenversorgung.
- › Kosten für Dokumentenerstellung, Kommunikation und rechtliche Beratung sind beträchtlich.
- › Komplexe Abrechnungsregeln und deren uneinheitliche Auslegungen erhöhen den Prüfaufwand und führen zu inkonsistenten Prüfergebnissen sowie häufigen Streitfällen. Unterschiedliche Auffassung der unterschiedlichen Prüfinstanzen erzeugen redundante Arbeitsschritte und unnötige Mehrbelastung.
- › In vielen Fällen übersteigen Prüfkosten den potenziellen Rückforderungsbetrag; das System erzielt dadurch keinen effizienten Kontrollgewinn.

Geschätztes Einsparpotenzial

hohe Bürokratiekosteneinsparungen

8 DIGITALER EBM

Vorschlag

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab im vertragsärztlichen Bereich ist als digitales Produkt weiterzuentwickeln. Es soll sichergestellt werden, dass alle relevanten Abrechnungsbestimmungen zu den einzelnen Gebührenordnungspositionen in digitalem Format vorliegen. Gleichzeitig ist zu verhindern, dass weiterhin unterschiedlichste Typen von (textlichen) Abrechnungsbestimmungen bestehen. Der Bewertungsausschuss beschließt zukünftig die Regelungen zu den Gebührenordnungspositionen nicht mehr als Text, sondern in digitaler Form. Die bestehenden GOPen sind bis zu einem festzulegenden Zeitpunkt in ein digitales Format zu transferieren. Zur Erstellung einer lesbaren Version auf Basis des digitalen EBM wird der Bewertungsausschuss ein technisches Verfahren festlegen.

Geschätztes Einsparpotenzial

Verwaltungsvereinfachung; Verringerung der Bürokratiekosten

9 ENTSCHEIDUNG ÜBER LEISTUNGSKÜRZUNGEN

Vorschlag

Gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V zahlen die gesetzlichen Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die vertragsärztliche Versorgung "leidet" unter diesem Einsparinstrument durch Budgetierung. Unverändert werden aber 13 % der fachärztlichen Leistungen im Wert von 2,2 Mrd. nicht vergütet. Das Leistungsversprechen gegenüber der Bevölkerung in der GKV (GKV-Leistungskatalog) muss daher in Einklang mit den zur Verfügung stehenden Finanzmitteln der GKV und der zumutbaren Beitragsbelastung der Versicherten in der GKV gebracht werden (Kosten-Nutzen-Bewertung).

Geschätztes Einsparpotenzial

beliebig skalierbar

10 REFORM DER KARENZTAGE BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Vorschlag

Ausbau der Karenztage bei Arbeitsunfähigkeit, um Arzt-Patienten-Kontakte wegen notwendiger Krankenschreibungen zu vermeiden; Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen erst ab dem 4. Arbeitstag.

Geschätztes Einsparpotenzial

mind. 300 Mio. EUR p.a. je nach Ausgestaltung

11 ABSCHAFFUNG HOMÖOPATHIE ALS GKV-LEISTUNG

Vorschlag

Abschaffung aller GKV-Leistungen (Satzungsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen), die homöopathische Angebote und Dienstleistungen umfassen. Die gesetzlichen Krankenkassen sollen GKV-Finanzmittel ausschließlich für evidenzbasierte Leistungen einsetzen dürfen.

Geschätztes Einsparpotenzial

ca. 50 Mio. EUR pro Jahr

TEIL B

1 NUTZUNG DER EFFIZIENZ DES AMBULANTEN SEKTORS

Vorschlag

Es bestehen erhebliche Effizienzvorteile im ambulanten Sektor im Vergleich mit dem stationären Bereich.

- › So liegen die Preise im Bereich Hybrid-DRG im stationären meist zwei- bis dreimal höher als im ambulanten Bereich.
- › Ähnliche Kostenersparnisse zeigen sich bei Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V („AOP-Vertrag“), z. B. bei der Koloskopie oder partiellen Meniskusresektion.
- › Im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist der ambulante Bereich sehr viel kostengünstiger für vergleichbare Leistungen im Vergleich mit PIA.
- › Die Ambulantisierung von Eingriffen wie der Katarakt-OP führen allein durch Wegfall von Kosten für Stationsaufenthalte zu erheblichen Einsparungen.
- › Weitere beträchtliche Effizienzgewinne entstehen durch Prävention (z. B. Schutzimpfungen und Früherkennung), die nahezu ausschließlich im ambulanten Versorgungsbereich erfolgt, da sehr teure Folgeerkrankungen entweder verhindert werden oder sehr viel einfacher und kostengünstiger behandelt werden können.
- › Auch durch ambulante psychotherapeutische Versorgung lassen sich hohe Folgekosten für das Gesundheitssystem, die Wirtschaft und Gesellschaft verhindern. -Komparatistische Verhandlungslösungen wie in der vertragsärztlichen Versorgung anstatt kleinteiliger gesetzgeberischer Vorgaben wie bei der Preisentwicklung im stationären Bereich.

2 VERSICHERUNGSFREMDE LEISTUNGEN

Vorschlag

Als versicherungsfremde Leistungen bezeichnet man medizinische Leistungen, die familien- und gesellschaftspolitisch motiviert oder von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind. Dazu gehören u.a. auch Lohnersatzleistungen, wie die Beiträge für Bürgergeldbeziehende, etc. Der aktuelle Bundeszuschuss von derzeit pauschal 14,5 Mrd. Euro deckt die sich daraus ergebenden Kosten nur zu einem Bruchteil ab. Diese liegen nach Berechnungen des Leipziger Forschungsinstituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, WIG2, für das Jahr 2023 bei 59,8 Mrd. Euro, was 2,54 Beitragssatzpunkten entspricht (bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von 16,3 Prozentpunkten). Insbesondere die Leistungen für Grundsicherungsempfänger müssen kostendeckend refinanziert werden, d.h. um ca. 9 Mrd. EUR p.a. erhöht werden.

Geschätztes Einsparpotenzial

bis zu 45,3 Mrd. Euro

3 SENKUNG MEHRWERTSTEUER AUF ARZNEI- UND HILFSMITTEL

Vorschlag

Angleichung der Mehrwertsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel auf das Niveau von Lebensmitteln und Tierarzneimitteln (von 19 % auf 7 %)

Geschätztes Einsparpotenzial

jährliche Entlastung der GKV von bis zu 5 Mrd. Euro

4 ERHÖHUNG DER TABAK- UND ALKOHOLSTEUER

Vorschlag

Erhöhung der Tabak- und Alkoholsteuer und Zurverfügungstellung für den Gesundheitsfonds als Mehreinnahmen

Geschätztes Einsparpotenzial

jährliche Mehreinnahmen, beliebig skalierbar

5 ARZNEIMITTEL-PREISPOLITIK

Vorschlag

Umsetzung der Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit bei der Preisbildung der Arzneimittel, siehe Sachverständigenrat Gesundheit

Geschätztes Einsparpotenzial

siehe Sachverständigenrat Gesundheit

TEIL C

Keine Vorschläge für Maßnahmen.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 189.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 75 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.