

Stellungnahme der Techniker Krankenkasse

zur Anhörung des Gesundheitsausschusses
am 03.11.2025

zu der Formulierungshilfe für einen Änderungsantrag der
Fraktionen der CDU/CSU und der SPD (Umsetzung von
Maßnahmen für stabile GKV-Beiträge im Jahr 2026)

zum Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und
Entbürokratisierung in der Pflege (Drucksachen 21/1511,
21/1935)

Stand 29.10.2025

Techniker Krankenkasse
Geschäftsbereich Politik & Kommunikation
Luisenstraße 46
10117 Berlin
030 288847 10
berlin-gesundheitspolitik@tk.de

Die Techniker Krankenkasse ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Stellungnahme.....	5
Begrenzung des Ausgabenanstiegs bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen im Jahr 2026	5
Reduktion des Fördervolumens des Innovationsfonds im Jahr 2026	7
Aussetzen der Meistbegünstigungsklausel für 2026	9
Ergänzender Änderungsbedarf	10
Abschaffung oder Aussetzung der Hinweispflicht nach § 175 SGB V	10

Vorbemerkung

Die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist äußerst angespannt und macht unmittelbares politisches Handeln notwendig. Bereits im laufenden Jahr mussten die durchschnittlichen Krankenkassenbeiträge für gesetzlich Versicherte auf ein Rekordniveau angehoben werden. Die Ursache für das Defizit ist der starke Anstieg der Ausgaben. Im Jahr 2024 stiegen die Leistungsausgaben um 7,9 Prozent je versicherter Person und liegen damit über der Inflation und dem Grundlohnsummenanstieg. Solange die Ausgaben weiterhin stärker steigen als die Einnahmen, werden auch die Zusatzbeiträge weiter angehoben werden müssen und Versicherte und Arbeitgeber weiter belastet. Die GKV hat ein Ausgaben- und kein Einnahmenproblem.

Dass die Regierungskoalition nun Maßnahmen ergreift, um einen Anstieg der Zusatzbeiträge zu Januar 2026 zu dämpfen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Die aktuell in der Formulierungshilfe für einen Änderungsantrag geplanten Sparmaßnahmen für 2026 greifen jedoch zu kurz und lösen die strukturellen Probleme des Systems nicht. Die vorgelegten Eingriffe sind zudem einseitig und reichen absehbar nicht aus, Zusatzbeitragserhöhungen im Jahr 2026 zu verhindern. Formal betrachtet steigen die Beiträge von 2,5 auf 2,9 Prozent um 0,4 Prozentpunkte an. Der real erhobene durchschnittliche Zusatzbeitrag dürfte aber über diesem Niveau liegen, da die Auffüllung der Mindestreserve vom GKV-Schätzerkreis nicht berücksichtigt wird. Durch eine Ausweitung der Kostendämpfungsregelungen auf weitere Leistungsbereiche, wie die ambulante oder die Heil- und Hilfsmittel-Versorgung, könnte ein realer Beitragsanstieg vermieden und damit das politische und wirtschaftliche Ziel der Beitragsstabilität erreicht werden. Zudem wären die Maßnahmen ausgewogener auf die sogenannten Hauptleistungsbereiche verteilt.

Die TK begrüßt ausdrücklich, dass die Koalitionsfraktionen Vorschläge zur Begrenzung des Anstiegs der Leistungsausgaben in der stationären Versorgung gemacht haben. Fraglich ist, warum die Abschaffung der sogenannten Meistbegünstigung nicht dauerhaft erfolgt. Ebenso hält es die TK für angemessen, dass auch eine befristete Deckelung der sächlichen Verwaltungskosten Teil der Maßnahmen ist. Dies wäre jedoch bei einer Ausgewogenheit der Einsparmaßnahmen im System noch besser begründet. Allerdings ist die vorgesehene pauschale Deckelung der sächlichen Verwaltungskosten nicht sachgerecht, weil sie von kosteneffizienten und wachsenden Kassen einen überproportionalen Einsparbeitrag erfordert: Die Deckelung muss stattdessen auf Basis der Versichertenzahlen erfolgen, um Krankenkassen mit sehr niedrigen Sachkosten je Versicherten und mit hohem Versichertenwachstum nicht in doppelter Hinsicht zu benachteiligen und dem politischen Ziel der Ausgabenbegrenzung bei den sächlichen Verwaltungskosten entgegengesetzte Anreize zu setzen: Kassen mit hohen Sachkosten können diese noch mehr steigern.

Um die Beitragsspirale wirksam zu stoppen, braucht es dringend Sofortmaßnahmen, die schnell wirken und einen zeitlichen Puffer geben bis grundlegende strukturelle Reformen greifen. Die TK hat ein Sofortprogramm vorgelegt, das zehn Maßnahmen enthält, die die GKV um mehr als 8 Milliarden Euro im kommenden Jahr entlasten würden.

Die in der Formulierungshilfe für einen Änderungsantrag skizzierten Maßnahmen können dennoch einen Beitrag leisten. Allerdings sind Anpassungen notwendig, um die politische

Intention wie auch die genannten Einsparziele zu erreichen. Die TK nimmt im Folgenden ausführlich Stellung.

Stellungnahme

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Begrenzung des Ausgabenanstiegs bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen im Jahr 2026

Regelungsinhalt

Die von der Bundesregierung angestrebte Ausgabendämpfung um 100 Millionen Euro soll durch Verringerung des Ausgabenwachstums der sächlichen Verwaltungskosten der Krankenkassen im Jahr 2026 um rund 2 Prozentpunkte erreicht werden.

Stellungnahme

Die pauschale Deckelung ist nicht sachgerecht: Krankenkassen mit Versichertenwachstum würden durch die pauschale Regelung gegenüber anderen Krankenkassen benachteiligt, da die für die in den Jahren 2025 und 2026 neu hinzugekommenen Versicherten anfallenden zusätzlichen Sachkosten bei der Deckelung nicht berücksichtigt werden.

Die Versichertenanzahl spielt eine Rolle für die sächlichen Verwaltungsausgaben: Von diesen sind ca. 80 Prozent unmittelbar oder mittelbar mengenabhängig. Zu den unmittelbar anfallenden sächlichen Verwaltungsausgaben gehören Post- und Fernmeldegebühren (etwa für die Versicherteninformationen nach § 175 SGB V), Produktions- und Versandkosten für Kundenmagazine und Versicherteninformationen, sonstige Vergütungen für Dienstleister, die im Auftrag der Krankenkassen beispielsweise Abrechnungen für die Bearbeitung vorbereiten/digitalisieren, die Beiträge an Verbände und letztlich auch die Ausgaben für Sozialgerichtsverfahren – die ebenfalls mengeninduziert sind. Mit der Zahl der Versicherten steigt auch der Betreuungsaufwand und die dafür nötige Zahl an Mitarbeitenden. Für diese müssen die Arbeitsplätze eingerichtet und ausgestattet werden (Immobilienkosten, Abschreibungen auf IT und Büroeinrichtungen oder Lizenzgebühren für Software). Trotz intensiver Bemühungen und Skalierungseffekten führt das Versichertenwachstum daher zu steigenden Sachkosten.

Auch Krankenkassen, die im Jahr 2024 bereits unterdurchschnittliche Verwaltungskosten je Versicherte aufweisen, werden durch eine pauschale Deckelung mit Bezug auf die im Jahr 2024 getätigten Ausgaben benachteiligt. Es liegt auf der Hand, dass der durch die Deckelung von 8 Prozent mit Bezug auf das Basisjahr 2024 entstehende finanzielle Spielraum in den Jahren 2025 und 2026 bei diesen erheblich niedriger ist als bei Krankenkassen mit deutlich höheren Verwaltungskosten je Versicherten. Die pauschale Deckelung konterkariert damit die Anstrengungen derjenigen Krankenkassen, die sich erfolgreich bemüht haben, ihre sächlichen Verwaltungskosten zu senken: Sie hätten in den Jahren 2025 und 2026 einen deutlich geringeren Spielraum für wichtige Investitionen, etwa in die weitere Digitalisierung von Geschäftsprozessen.

Im Ergebnis würden durch die pauschale Deckelung sowohl Krankenkassen benachteiligt, die bereits heute deutlich niedrigere Verwaltungskosten haben als auch Krankenkassen mit Versichertenwachstum. Das politische Ziel kann nicht sein, dass diejenigen, die bereits sehr effizient arbeiten, verhältnismäßig mehr sparen müssen.

Die Deckelung der sächlichen Verwaltungskosten sollte daher auf Basis der Versichertenzahlen erfolgen (je Versicherte). So würde die Versichertenentwicklung und die Pro-Kopf-Sachkosten der jeweiligen Krankenkasse abgebildet und die Einspareffekte der Deckelung fair zwischen den Krankenkassen aufgeteilt. Das Einsparziel der Koalition wird auch mit dieser Änderung erreicht.

Änderungsvorschlag

Vor Artikel 3 Nummer 1 wird die folgende Nummer 0a eingefügt:

0a. § 4 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Im Jahr 2026 dürfen sich die sächlichen Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse je Versicherten nicht um mehr als 8 Prozent gegenüber dem Jahr 2024 erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für sächliche Verwaltungsausgaben in Zusammenhang mit den Aufwendungen für Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Reduktion des Fördervolumens des Innovationsfonds im Jahr 2026

Regelungsinhalt

Im Jahr 2026 wird die Gesamtfördersumme des Innovationsfonds einmalig von 200 Millionen Euro auf 100 Millionen Euro halbiert, um den Ausgabenanstieg der gesetzlichen Krankenkassen zu begrenzen. Halbiert werden entsprechend auch die Teilfördersummen nach § 92a Absatz 3 Satz 1-3 SGB V.

Stellungnahme

Der Innovationsfonds bietet die Möglichkeit, das Gesundheitssystem aktiv mitzugestalten, Ideen zu entwickeln und diese in der Praxis zu erproben, um nach erfolgreicher beziehungsweise verpflichtender Evaluation Schlüsse daraus zu ziehen, wie eine verbesserte Versorgung der Zukunft aussehen kann. Dennoch konnte der Innovationsfonds bisher nicht die in ihn gesetzten Erwartungen erfüllen. Es bestehen weiterhin enorme bürokratische Aufwände im gesamten Projektverfahren, die von vielen als abschreckend empfunden werden. Auch sind die Projekte nur in den seltensten Fällen der Idee des Innovationsfonds gerecht geworden, die Regelversorgung weiterzuentwickeln. Zudem schwankt die Qualität der geförderten Projekte sowie der Projektanträge an den Innovationsfonds.

Um langfristig zu einer besseren Projektauswahl sowie effizienteren Mittelverwendung zu kommen, sollte der Fördermechanismus überdacht werden. Dazu zählt auch, das Gesamtvolumen des Innovationsfonds dauerhaft bei 100 Millionen Euro festzuschreiben. Der Innovationsfonds hält zudem finanzielle Mittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, in nicht unerheblicher Größenordnung in der Rücklage. Diese sollten an den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die Krankenkassen zurückfließen.

Langfristig sollten Versorgungsinnovationen über die schon bestehenden gesetzlichen Regelungen wie Modellprojekte nach §§ 63 ff. SGB V und Selektivverträge nach § 140a SGB V unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes umgesetzt werden. Sinnvoll wäre es, jährlich einen Mindestbetrag je Versicherten verpflichtend in Versorgungsinnovationen zu investieren. Auf diese Weise könnte die Innovationsförderung deutlich kosteneffizienter und unbürokratischer finanziert werden.

Änderungsvorschlag

Nach Artikel 3 Nummer 18 wird die folgende Nummer 18a eingefügt:

18a. § 92a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt ab dem Jahr 2026 100 Millionen Euro.“

bb) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Von der Fördersumme sollen 80 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 20 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden.“

cc) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Ab dem Jahr 2027 sollen 10 Millionen Euro jährlich für neue Versorgungsformen mit kurzer Laufzeit aufgewendet werden. Für die in Absatz 2 Satz 4 genannte Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, sollen ab dem Jahr 2026 mindestens 2,5 Millionen Euro verwendet werden.“

dd) Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Mittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr oder zurückliegenden Haushaltsjahren nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und der Krankenkassen zugeführt.“

2. Nach Artikel 3 Nummer 27 wird die folgende Nummer 27a eingefügt:

„27a. § 271 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2026 jährlich 50 Millionen Euro, jeweils abzüglich der Hälfte des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugeführt.“ ‘

Artikel 13a und 13b

(Änderung des Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung)

Aussetzen der Meistbegünstigungsklausel für 2026

Regelungsinhalt

Als Veränderungswert und damit als Obergrenze für die zu vereinbarende Steigerung der Landesbasisfallwerte und der Psychiatrie-Budgets 2026 soll der Orientierungswert in Höhe von 2,98 Prozent festgelegt werden. Die sogenannte Meistbegünstigungsklausel soll für das Jahr 2026 ausgesetzt werden. Ohne diese Änderung wäre die Veränderungsrate in Höhe von 5,17 Prozent im Jahr 2026 zum Veränderungswert (Obergrenze) geworden.

Stellungnahme

Die TK begrüßt ausdrücklich die Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel. Allerdings muss dieser Schritt langfristig greifen: Die Meistbegünstigungsklausel ist dauerhaft zu streichen. Durch die sogenannte Meistbegünstigungsklausel wurden in den vergangenen Jahren die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser deutlich überkompensiert. Diese Regelung führte zu jährlichen Überzahlungen, da sie die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser (Orientierungswert) überschreiten. Diese Steigerungen sind dabei nicht nur für das jeweilige Jahr maßgebend, sondern sind basiswirksam.

Nach Ansicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) können mit dieser Regelung 1,8 Milliarden Euro eingespart werden. Die Finanzierung der Krankenhäuser bleibt dennoch gesichert, da der Orientierungswert die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser abbildet. Die Sparmaßnahme wird in Teilen durch die Regelungen zur vollständigen Tarifierfinanzierung konterkariert. Nach dieser Regelung müssen Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswertes vollständig refinanziert werden. Bei einer Absenkung des Veränderungswertes müsste daher eine entsprechend höhere Tarifierhöhungsrage bezahlt werden. 2026 würden sich, unter der Annahme einer Tarifsteigerung in Höhe von 4 Prozent, diese Zahlungen auf ca. 500 Millionen Euro summieren.

Änderungsvorschlag

Streichung § 10 Abs. 6 Satz 6 KHEntgG

Ergänzender Änderungsbedarf

Über die in den Änderungsanträgen adressierten Instrumente hinaus, gibt es aus Sicht der TK weitere Stellschrauben, die die Wirksamkeit der intendierten Maßnahmen deutlich verbessern könnten.

Abschaffung oder Aussetzung der Hinweispflicht nach § 175 SGB V

Vor dem Hintergrund der Prognosen des GKV-Schätzerkreises und der Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes ist zu erwarten, dass die überwiegende Zahl der Krankenkassen zum Jahreswechsel 2025/2026 ihre kassenindividuellen Zusatzbeiträge erhöhen muss, um den notwendigen Aufbau ihrer Rücklagen auf mindestens die gesetzlich vorgeschriebene Mindesthöhe weiterhin fortsetzen zu können. In der Folge wird die Hinweispflicht nach § 175 Absatz 4 Satz 7 zum Jahreswechsel 2025/2026 dazu führen, dass voraussichtlich die allermeisten der rund 59 Mio. Kassenmitglieder ein zusätzliches Schreiben ihrer Krankenkasse erhalten werden. GKV-weit ist infolgedessen mit einem Mehraufwand von bis zu 100 Millionen Euro zu rechnen. Diese Ausgaben sind den sächlichen Verwaltungskosten zuzurechnen, deren Anstieg für die Jahre 2025 und 2026 gegenüber dem Jahr 2024 auf 8 Prozent gedeckelt ist. Laut dem Regelungsvorschlag des BMG sollen durch die Deckelung 100 Millionen Euro Minderausgaben erreicht werden.

Der Gesetzgeber ist zum Jahreswechsel 2022/2023 mit dem Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) bereits einmal von der Hinweispflicht abgewichen. Danach bestand die schriftliche Hinweispflicht der Krankenkassen mittels gesonderter Schreiben nicht für eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2023 wirksam wurde. Die Krankenkassen durften stattdessen ihrer Hinweispflicht gegenüber allen Mitgliedern auf andere geeignete Weise nachkommen, beispielsweise über deren Internetseiten oder in den Mitgliederzeitschriften. Begründet wurde die Aussetzung mit der Deckelung der sächlichen Verwaltungsausgaben und der erwarteten Erhöhung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge der meisten Krankenkassen. Beides trifft auch in der aktuellen Situation zu. Eine erneute Aussetzung oder Abschaffung der schriftlichen Hinweispflicht scheint daher gerechtfertigt.

Die dezidierte Vorgabe zum Druck und Versand gesonderter Schreiben per Briefpost, die keine alternativen Informationsmöglichkeiten (Mitgliederzeitschriften, Internet etc.) zulässt, erzeugt für die betroffenen Krankenkassen erhebliche Aufwände. Der fristgemäße Versand der Hinweisschreiben stellt regelmäßig einen Wettlauf gegen die Zeit dar. Zeitkritisch sind dabei nicht nur die endgültige Berechnung der Höhe des Zusatzbeitragssatzes sowie die Genehmigung der Satzungsänderung durch die Aufsichtsbehörde. Auch die erst im Anschluss mögliche Umsetzung ist zeitaufwändig und kostenintensiv. Zum einen ist die europaweite Vergabe der Druckaufträge an externe Dienstleister inklusive Vorlaufzeiten erforderlich. Zum anderen sind für den fristgerechten Zugang der Schreiben rechtzeitig vor dem Jahreswechsel die Versandzeiten zu beachten. Durch den Versand gesonderter Schreiben entstehen bei geschätzten Druck- und Versandkosten zwischen 1 und 2 Euro je Schreiben, insbesondere in Abhängigkeit von den Auftragsgrößen der Krankenkassen, GKV-weit Verwaltungsausgaben von bis zu 100 Millionen Euro.

Änderungsvorschlag

Die Formulierung „in einem gesonderten Schreiben“ im § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V ist ersatzlos zu streichen.

alternativ

In § 175 Abs. 4a Satz 1 SGB V wird „1. Januar 2023 bis zum 30. Juni 2023“ durch „vom 1. Januar 2026 bis zum 30. Juni 2026“ ersetzt.