

Positionierung zu dem geplanten GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz der Bundesregierung

Am Freitag, den 10. Juli 2026, wird die Bundesregierung über die geplante Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abstimmen. Die Diözesanleitung der Kolpingjugend DV Trier möchte sich zu diesem Vorhaben im Folgenden positionieren.

Als katholischer Jugendverband treten wir für ein solidarisches Gesundheitswesen ein, das allen Menschen unabhängig von Alter, Einkommen oder Lebenssituation einen gleichberechtigten Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglicht. Gesundheit ist für uns keine Ware, sondern ein Grundrecht. Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen daher sowohl finanzielle Nachhaltigkeit als auch soziale Gerechtigkeit gewährleisten. Einsparungen dürfen nicht dazu führen, dass notwendige medizinische Leistungen schlechter erreichbar werden oder finanzielle Belastungen einseitig auf Versicherte verlagert werden.

Die GKV-Reform sieht unter anderem vor, dass Apotheken einen erhöhten Kassenabschlag leisten sollen, um die Krankenkassen zu entlasten. Auch Versicherte müssen bei Beschluss der Reform mit Erhöhungen rechnen. Außerdem müssen Versicherte bei Krankenhausaufenthalten, Hilfsmitteln usw. deutlich mehr aus eigener Tasche bezahlen:

„Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch 7,50 Euro und höchstens 15 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels [...]. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches sowie in Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 werden je Kalendertag 15 Euro erhoben. Bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung.“ [1]

Zwar bleiben Belastungsgrenzen von 2 % bzw. 1 % des Einkommens bestehen, dennoch müssten viele Versicherte bei Beschluss der Reform in Zukunft deutlich höhere Eigenanteile leisten. Höhere Eigenbeteiligungen treffen Menschen nicht gleichermaßen. Während Haushalte mit hohem Einkommen zusätzliche Belastungen häufig auffangen können, bedeuten sie für Familien, Alleinerziehende, junge Erwachsene in Ausbildung sowie Menschen mit chronischen Erkrankungen oftmals einen spürbaren Verzicht auf notwendige Gesundheitsleistungen. Gerade einkommensschwächere Menschen verschieben Arztbesuche oder verzichten aus finanziellen Gründen auf notwendige

Behandlungen. Eine solidarische Krankenversicherung darf finanzielle Hürden für den Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht erhöhen.

Ein weiterer Punkt betrifft die Familienversicherung. Geplant ist, dass die kostenlose Mitversicherung des Ehepartners nur noch bedingt bestehen bleibt.

„Für eine solidarische Beteiligung an den Aufwendungen der GKV wird die beitragsfreie Familienversicherung begrenzt auf Ehepartner und eingetragene Lebenspartner mit Kindern bis zum vollendeten siebten Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, mit zu pflegenden Angehörigen sowie nach Erreichen der Regelaltersgrenze. In anderen Fällen zahlen Mitglieder mit derzeit beitragsfrei mitversicherten Ehegatten künftig einen Beitragszuschlag in Höhe von 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.“ [2]

Auch dieser Punkt sorgt für eine spürbare finanzielle Mehrbelastung von Haushalten, insbesondere in Teilzeit-Familien oder Familien, in denen es eine*n Hauptverdiener*in gibt. Außerdem werden Menschen, die für einen langen Zeitraum nicht erwerbstätig waren, gegebenenfalls bereits ein höheres Lebensalter erreicht haben und sich auf Grund dieser Änderung eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung suchen müssen, wahrscheinlich vor großen Herausforderungen auf dem Arbeitsmarkt stehen.

Außerdem sollen die Krankschreibung und das Krankengeld reformiert werden. So soll eine auf Freiwilligkeit basierende Teilkrankschreibung eingeführt werden:

„Ziel der Regelung ist es, Versicherten mit länger andauernden und schwerwiegenden Erkrankungen eine frühzeitige, freiwillige und flexible Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Anders als bei der vollständigen Arbeitsunfähigkeit sollen Versicherte, die sich gesundheitlich dazu in der Lage sehen, ihre berufliche Tätigkeit in begrenztem Umfang fortführen können.“ [3]

Diese Regelung birgt jedoch das Risiko, aufgrund sozialen Drucks zu frühzeitig in das Arbeitsleben zurückzukehren und unvollständig zu genesen, was wiederum zu einer erhöhten Rückfallquote führen kann.

In Anlehnung daran soll auch ein Teilkrankengeld eingeführt werden. Das Krankengeld wird jedoch auch durch weitere Änderungen verschärft, damit „[...] Missbrauchspotenziale und Fehlanreize beseitigt [werden].“ [4] Dafür soll zum Beispiel eine Wartezeit von drei Monaten nach Eintritt in das Versicherungsverhältnis eingeführt werden, bevor Versicherte Anspruch auf Krankengeld haben (vgl. S. 19). Wird das Arbeitsverhältnis während einer Arbeitsunfähigkeit beendet, wird das Krankengeld auf das Niveau des Arbeitslosengeldes I gesenkt (vgl. S. 62). Außerdem sollen Krankenkassen das Recht erhalten, „[...] Versicherte bei bevorstehendem Bezug oder Bezug von Krankengeld zur Beratung, zur Prüfung von Leistungsansprüchen sowie zur Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit [zu] kontaktieren.“ [5] Versicherte dürfen dieser Kontaktaufnahme zwar widersprechen, können sich davon jedoch stark unter Druck gesetzt fühlen. Aus unserer Sicht entsteht

dadurch der Eindruck, dass erkrankte Beschäftigte unter einen Generalverdacht des Missbrauchs gestellt werden.

Außerdem sieht der Gesetzesentwurf umfassende Kürzungen in Vergütungen der Leistungserbringer vor:

„Auf Seiten der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, wie etwa der Vertragsärztinnen und -ärzte und der Krankenhäuser, ist eine dauerhafte und regelhafte Begrenzung der Vergütungs- und Preisanstiege auf die jeweilige Kostenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen mit der Einnahmenentwicklung der GKV als fester Obergrenze unabdingbar. Die rechnerische Obergrenze bildet dabei die Grundlohnrate, also die jährliche Veränderungsrate der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied. Dabei müssen alle Ausgaben in einem angemessenen Verhältnis zum jeweiligen Nutzen für die Patientinnen und Patienten stehen. Nicht zielgenaue, kostenintensive Sondervergütungen und Doppelfinanzierungen, die nicht nachweislich zu einer besseren Versorgung der Versicherten führen, werden abgeschafft. Fehlanreize und Ungleichbehandlungen über verschiedene Bereiche mit Kostenfolgen für die GKV werden konsequent abgebaut.“ [6]

In der Beschlussempfehlung wird zudem explizit die Psychotherapie aufgegriffen:

„Um bei der Honorierung eine Verschiebung der Honorare zu Lasten der übrigen Facharztgruppen oder eine Nachvergütung der Krankenkassen zu vermeiden, ist es erforderlich, dass die Sonderstellung der psychotherapeutischen Leistungen nach der bisherigen Angemessenheitsprüfung (vgl. § 87 Absatz 2c Satz 8 SGB V) gestrichen wird, so dass diese Leistungen nach den gleichen Kriterien vergütet werden wie vergleichbare Gesprächsleistungen im EBM.“ [7]

Psychotherapeut*innen befürchten, dass ein Beschluss dieses Vorhabens psychotherapeutischen Praxen die wirtschaftliche Grundlage entziehen könne und somit zu großen Lücken in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung führen würde. Als Folgen sind längere Wartezeiten und eine Reduzierung der Kassenplätze zu erwarten. [8]

Wir teilen diese Einschätzung. Bereits heute warten Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig mehrere Monate auf einen Therapieplatz. Eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für psychotherapeutische Praxen birgt die Gefahr, dass weniger Kassensitze wirtschaftlich betrieben oder frei werdende Sitze nicht mehr nachbesetzt werden können. Dies würde insbesondere junge Menschen treffen, deren psychische Belastungen in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen haben. Lange Wartezeiten verzögern notwendige Behandlungen und können zu einer Chronifizierung psychischer Erkrankungen führen.

Die finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein notwendiges politisches Ziel. Sie darf jedoch nicht durch Leistungseinschränkungen, höhere

Eigenbeteiligungen oder eine Schwächung der ambulanten Versorgung erreicht werden. Gesundheitspolitik muss sich an den Bedürfnissen der Menschen orientieren und darf wirtschaftliche Erwägungen nicht über den gleichberechtigten Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung stellen.

Wir fordern:

- eine Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, die den Solidaritätsgedanken stärkt und finanzielle Belastungen gerecht verteilt;
- keine Erhöhung von Zuzahlungen für Versicherte;
- den Erhalt der beitragsfreien Familienversicherung;
- den Schutz des Krankengeldes als wichtige soziale Absicherung im Krankheitsfall;
- eine ausreichende Finanzierung der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung;
- den Erhalt einer flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung ohne längere Wartezeiten;
- den Ausbau niedrigschwelliger psychotherapeutischer Angebote insbesondere für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene;
- eine Reform der GKV, die finanzielle Nachhaltigkeit mit sozialer Gerechtigkeit verbindet.

[1] Deutscher Bundestag: Drucksache 21/6130, S. 23.

[2] Deutscher Bundestag: Drucksache 21/6130, S. 3.

[3] Deutscher Bundestag: Drucksache 21/6130, S. 100.

[4] Deutscher Bundestag: Drucksache 21/6130, S. 4.

[5] Deutscher Bundestag: Drucksache 21/6130, S. 20.

[6] Deutscher Bundestag: Drucksache 21/6130, S. 2.

[7] Deutscher Bundestag: Drucksache 21/7016, S. 194.

[8] zdfheute: Geplante GKV-Reform: Psychotherapeuten laufen Sturm gegen geplante Einschnitte, <https://www.zdfheute.de/politik/deutschland/gkv-finanzreform-warten-psychotherapie-einschnitte-100.html> [eingesehen am 09.07.2026].