

Referentenentwurf

(Diskussionsfassung — Arbeitspapier »Die Unbequemen«)

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (GKV-Strukturreformgesetz – GKV-SRG)

Stand: Juni 2026

Verfassungsrechtliche und normative Grundlegung

Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes garantiert jedem Menschen das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Das Bundesverfassungsgericht hat aus dieser Norm eine staatliche Schutzpflicht abgeleitet — nicht nur die Pflicht, staatliche Eingriffe zu unterlassen, sondern die aktive Pflicht, Bedingungen zu schaffen, unter denen dieses Recht verwirklicht werden kann. Ein System, das die Erfüllung dieses Rechts von Einkommen, Wohnort oder Versicherungsstatus abhängig macht, steht in struktureller Spannung zu dieser Schutzpflicht.

Ökonomisch ist Gesundheitsversorgung ein Bereich grundlegenden Marktversagens: Nachfrageautonomie, Informationssymmetrie und Substituierbarkeit — die Voraussetzungen effizienter Märkte — existieren im Krankheitsfall strukturell nicht. Wer Gesundheit dennoch als Handelsgut organisiert, verlagert das entstehende Defizit nicht, er verschiebt es — von Unternehmensbilanzen auf Patienten, von Renditereports auf Pflegepersonalangel, von Aktionärs Gewinnen auf Beitragszahler.

In ethischer Hinsicht verletzt ein System, das Behandlungsentscheidungen von Fallpauschalen statt von medizinischen Indikationen abhängig macht, das Prinzip der Menschenwürde als Selbstzweck. In humanitärer Hinsicht sind die Konsequenzen nicht abstrakt: Sie zeigen sich in jedem Menschen, dem eine notwendige Versorgung aus finanziellen Gründen vorenthalten wird.

Dieses Gesetz gibt dem Auftrag des Grundgesetzes eine rechtliche Form. Es ist keine politische Präferenz. Es ist die legislatorische Entsprechung einer verfassungsrechtlichen Pflicht.

Vorblatt

A. Problem und Ziel

Die gesetzliche Krankenversicherung schloss das Jahr 2024 mit einem Defizit von 6,2 Milliarden Euro ab; die Finanzreserven der Krankenkassen unterschritten die gesetzliche Mindestreserve (BMG, Vorläufige Finanzergebnisse 2024, 07.03.2025). Die Ausgaben wachsen seit zwei Jahren um 7,8 Prozent jährlich, die Beitragseinnahmen um 5,3 Prozent (BMG, 10.03.2026). Ab 2027 werden jährliche Finanzierungslücken in zweistelliger Milliardenhöhe erwartet (BMG, Entwurf GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz, April 2026). In der sozialen Pflegeversicherung droht bei Trendfortschreibung eine Verdopplung des Beitragssatzes für Kinderlose bis 2040 auf 9,2 Prozent (WIP-Kurzanalyse, Mai 2024). Versicherungsfremde Leistungen im Umfang von knapp 58 Milliarden Euro jährlich werden nur zu 14,5 Milliarden Euro aus Bundesmitteln gedeckt (IGES/IMK, Dezember 2025; Bundeshaushalt); allein die Unterdeckung der Beiträge für Bürgergeldbeziehende beläuft sich auf rund 12 Milliarden Euro jährlich (IGES-Gutachten für den GKV-Spitzenverband; TK, 2026). Ziel des Gesetzes ist die dauerhafte Stabilisierung des kombinierten Beitragssatzes bei gleichzeitiger Leistungsverbesserung durch Strukturbereinigung, korrekte Lastenzuordnung und Kapitalbildung.

B. Lösung

Errichtung einer bundesunmittelbaren Körperschaft des öffentlichen Rechts (Deutsche Gesundheitskasse) als Rechtsnachfolgerin aller gesetzlichen Krankenkassen und Trägerin der integrierten Kranken- und Pflegeversicherung; Errichtung einer nicht profitorientierten Gesundheitsinfrastrukturgesellschaft; Errichtung eines kapitalgedeckten Generationsfonds; vollständige Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen; Versicherungspflicht in der Deutschen Gesundheitskasse für Neuverbeamtungen bei vollem Vertrauensschutz im Bestand; Abschaffung der vertragsärztlichen Budgetierung; Errichtung von bis zu 500 Polikliniken; Vervollständigung des Leistungskatalogs (Vollversorgung).

C. Alternativen

Beibehaltung des Status quo mit fortgesetzten Beitragssatzerhöhungen (Trajektorie auf rund 29 Prozent kombiniert bis 2040); isolierte Einzelmaßnahmen ohne Strukturwirkung; reine Steuerzuschusserhöhungen ohne Strukturreform. Sämtliche Alternativen lassen die in Abschnitt A benannten Strukturursachen unberührt.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund: Mehrausgaben durch vollständige Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen von rund 55 Milliarden Euro jährlich im Endausbau [Modellrechnung]; davon bereits etatisiert 14,5 Milliarden Euro (Bundeszuschuss) sowie gegenfinanziert rund 20 Milliarden Euro durch entfallende Beihilfeaufwendungen aller staatlichen Ebenen (Wissenschaftlicher Dienst des Bundestags, 2025) und entfallende Bundesdarlehen an die GKV. Verbleibender Nettobedarf rund 20 bis 25 Milliarden Euro jährlich [Modellrechnung]; Gegenfinanzierung bleibt dem Haushaltsgesetzgeber vorbehalten. Länder und Kommunen: Entlastung durch entfallende Beihilfeaufwendungen (Länder 2024: 13,8 Milliarden Euro) bei gegenläufigem Arbeitgeberanteil für Neuverbeamtungen; per Saldo annähernd neutral bis leicht entlastend [Modellrechnung].

E. Erfüllungsaufwand

Einmaliger Umstellungsaufwand der Verwaltung von rund 5 Milliarden Euro über zehn Jahre [Modellrechnung; Annahmen: IT-Migration ~2 Mrd., Personalübergang ~1 Mrd., Rechts-/Vertragsumbau ~0,5 Mrd., Leistungsharmonisierung ~0,6 Mrd., Gesellschaftsaufbau ~0,6 Mrd., Sonstiges ~0,4 Mrd.]. Laufende Entlastung der Leistungserbringer durch Reduktion auf ein einheitliches Abrechnungs- und Prüfregime. Für die Wirtschaft entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand; die verpflichtende betriebliche Gesundheitsförderung ab 50 Beschäftigten wird im Besonderen Teil quantifiziert.

F. Weitere Kosten

Auswirkungen auf Einzelpreise und das allgemeine Preisniveau sind nicht zu erwarten. Die Absenkung des kombinierten Beitragssatzes auf 20,5 Prozent ab Phase 2 entlastet Arbeitnehmer und Arbeitgeber um insgesamt rund 38 Milliarden Euro jährlich gegenüber dem Status quo [Modellrechnung].

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

(GKV-Strukturreformgesetz – GKV-SRG)

Vom ...

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1 — Gesetz über die Errichtung der Deutschen Gesundheitskasse (Gesundheitskassengesetz – GKG)

§ 1 Errichtung, Rechtsform, Sitz

- (1) Unter dem Namen »Deutsche Gesundheitskasse« wird eine bundesunmittelbare, rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung errichtet.
- (2) Die Deutsche Gesundheitskasse ist Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch.
- (3) Der Sitz wird durch die Satzung bestimmt. Die Deutsche Gesundheitskasse unterhält Servicestellen in der Fläche; deren Mindestdichte regelt die Satzung.

§ 2 Rechtsnachfolge

- (1) Die Deutsche Gesundheitskasse tritt zum in Artikel 8 bestimmten Zeitpunkt im Wege der Gesamtrechtsnachfolge in sämtliche Rechte und Pflichten der am Tag vor dem Stichtag bestehenden gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände sowie der sozialen Pflegekassen ein.
- (2) Die Mitgliedschafts- und Versicherungsverhältnisse bestehen kraft Gesetzes bei der Deutschen Gesundheitskasse fort. Eines Antrags bedarf es nicht. Leistungsansprüche bleiben unberührt; § 4 Absatz 2 (Harmonisierung auf höchstem Niveau) bleibt unberührt.
- (3) Die Beschäftigten der bisherigen Träger werden unter Wahrung ihrer Besitzstände übernommen. Betriebsbedingte Kündigungen aus Anlass der Errichtung sind ausgeschlossen.

§ 3 Organe und Governance

- (1) Organe der Deutschen Gesundheitskasse sind der Verwaltungsrat und der Vorstand.
- (2) Der Verwaltungsrat besteht aus zwanzig Mitgliedern: neun Vertreterinnen oder Vertretern des Bundes und der Länder, neun Vertreterinnen oder Vertretern der Sozialpartner und der Leistungserbringer sowie zwei unparteiischen Mitgliedern, die die Befähigung zum Richteramt besitzen müssen und auf gemeinsamen Vorschlag der übrigen Mitglieder berufen werden.
- (3) Beschlüsse des Verwaltungsrats bedürfen der Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder. Satzungsänderungen und Beschlüsse über den Haushalt bedürfen zusätzlich der Zustimmung mindestens eines unparteiischen Mitglieds.
- (4) Die Mitglieder des Verwaltungsrats dürfen während ihrer Amtszeit und drei Jahre danach keine entgeltliche Tätigkeit für Unternehmen ausüben, die in Geschäftsbeziehungen zur Deutschen Gesundheitskasse oder zur Gesundheitsinfrastrukturgesellschaft stehen.

§ 4 Leistungsrecht

- (1) Die Deutsche Gesundheitskasse erbringt die Leistungen nach dem Fünften und dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in der durch Artikel 2 und 3 dieses Gesetzes geänderten Fassung.
- (2) Bestehen am Stichtag satzungsbedingte Leistungsunterschiede zwischen den bisherigen Trägern, gilt für alle Versicherten der jeweils weitestgehende Leistungsumfang (Harmonisierung auf höchstem Niveau).

§ 5 Automatisierte Antragsbearbeitung

(1) Die Deutsche Gesundheitskasse kann Routineanträge durch automatisierte Systeme bewilligen, wenn mindestens drei voneinander unabhängige Bewertungssysteme übereinstimmend die Bewilligungsvoraussetzungen feststellen.

(2) Eine vollständig automatisierte Ablehnung ist ausgeschlossen. Ablehnende Entscheidungen trifft stets eine natürliche Person. Artikel 22 der Verordnung (EU) 2016/679 sowie die Vorgaben der Verordnung (EU) 2024/1689 über künstliche Intelligenz bleiben unberührt.

(3) Die eingesetzten Systeme, ihre Entscheidungskriterien und ihre Fehlerquoten werden jährlich in einem öffentlichen Transparenzbericht dokumentiert.

Artikel 2 — Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch — Gesetzliche Krankenversicherung — wird wie folgt geändert:

1. § 6 Absatz 1 (Versicherungsfreiheit) wird wie folgt geändert: Die Versicherungsfreiheit von Beamtinnen und Beamten, Richterinnen und Richtern, Soldatinnen und Soldaten sowie sonstigen in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehenden Personen entfällt für Dienstverhältnisse, die nach dem in Artikel 8 Absatz 2 bestimmten Stichtag begründet werden. Für am Stichtag bestehende Dienstverhältnisse gilt § 6 in der bisherigen Fassung fort (Vertrauensschutz); diesen Personen steht ein jederzeitiges, einmaliges Beitrittsrecht ohne Gesundheitsprüfung zu.

2. Der Dienstherr trägt für die nach Nummer 1 versicherungspflichtigen Personen den Arbeitgeberanteil entsprechend § 249. Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn nach Artikel 33 Absatz 5 des Grundgesetzes wird hierdurch erfüllt; ergänzende Beihilfeansprüche bestehen für diese Personen nicht.

3. §§ 85, 87a ff. (Budgetierung, Regelleistungsvolumina) werden aufgehoben. An ihre Stelle tritt: »Jede vertragsärztlich erbrachte, medizinisch indizierte und wirtschaftliche Leistung wird vollständig nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab vergütet.«

4. Nach § 55 wird eingefügt: Anspruch auf vollständige Versorgung mit Zahnersatz einschließlich medizinisch indizierter Implantatversorgung ohne Eigenanteil. Die §§ 55 bis 57 (Festzuschüsse) treten zum Zeitpunkt nach Artikel 8 Absatz 4 außer Kraft.

5. § 33 wird wie folgt erweitert: Anspruch auf Sehhilfen für alle Versicherten in Standardversorgung; Anspruch auf Hörgeräte in qualitätsgesicherter Vollversorgung; Hilfsmittel ohne Festbetragsbegrenzung bei medizinischer Indikation.

6. Nach § 92 wird eingefügt: Versicherte haben Anspruch auf Beginn einer indizierten ambulanten Psychotherapie binnen vier Wochen nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit. Die Deutsche Gesundheitskasse stellt hierfür bedarfsgerechte Kapazitäten sicher, erforderlichenfalls durch Versorgung in Polikliniken nach Artikel 4 § 6.

7. § 221 (Bundeszuschuss) wird wie folgt neu gefasst: »Der Bund erstattet der Deutschen Gesundheitskasse jährlich die Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen in nachgewiesener Höhe. Hierzu zählen insbesondere: die Aufwendungen für beitragsfrei mitversicherte Kinder mit einem Pauschalbetrag von 250 Euro je Kind und Monat; die Aufwendungen für Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft; die Differenz zwischen den Pauschalbeiträgen für Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld und deren tatsächlichen durchschnittlichen Leistungsausgaben. Die Pauschale für Bürgergeldbeziehende wird jährlich durch Rechtsverordnung kostendeckend festgesetzt; Ausgangsreferenz ist der durch unabhängiges Gutachten ermittelte kostendeckende Betrag (für 2022: 311,45 Euro monatlich, IGES-Institut).«

Artikel 3 — Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

1. Die Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung gehen auf die Deutsche Gesundheitskasse über. Die Pflegekassen werden aufgelöst; § 2 des Gesundheitskassengesetzes gilt entsprechend.

2. Kranken- und Pflegeleistungen werden in einem einheitlichen Verfahren festgestellt und erbracht (ein Antrag, ein Bescheid, ein Versorgungspfad). Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung geht im kombinierten Beitragssatz nach Artikel 5 § 4 auf.

Artikel 4 — Gesetz über die Gesundheitsinfrastrukturgesellschaft (GIG-Gesetz)

§ 1 Errichtung

(1) Der Bund errichtet eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung unter der Firma »Gesundheitsinfrastrukturgesellschaft mbH«. Die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke; Gewinnausschüttungen sind ausgeschlossen.

(2) Gegenstand der Gesellschaft ist der Erwerb, das Halten und der Betrieb von Krankenhäusern und ambulanten Versorgungseinrichtungen sowie der zentrale Einkauf von Arznei- und Hilfsmitteln für die von ihr getragenen Einrichtungen.

§ 2 Freiwilligkeit des Beitritts

(1) Der Erwerb von Krankenhäusern erfolgt ausschließlich durch freiwilligen Verkauf oder freiwillige Einbringung. Eine Enteignung findet nicht statt.

(2) Freigemeinnützige Träger können ihre Einrichtungen gegen Übernahme der Verbindlichkeiten und Garantie des Versorgungsauftrags einbringen; sie behalten auf Wunsch die operative Trägerschaft im Netzverbund.

§ 3 Gegenseitigkeitsvertrag

(1) Die Deutsche Gesundheitskasse und die Gesellschaft schließen einen öffentlich-rechtlichen Vertrag, durch den die Kasse der Gesellschaft eine bedarfsgerechte Budgetfinanzierung und die Gesellschaft der Kasse die vollständige Versorgung ihrer Versicherten garantiert.

(2) Innerhalb des Netzverbunds tritt die Budgetfinanzierung an die Stelle der Einzelabrechnung nach Fallpauschalen. Außerhalb des Netzverbunds gilt das Fallpauschalensystem fort.

(3) Der Vertrag, seine Budgetparameter und die Qualitätsvorgaben werden veröffentlicht. Die beihilferechtliche Vereinbarkeit mit Artikel 106 ff. AEUV (Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse) ist vor Abschluss durch die Europäische Kommission im Notifizierungsverfahren festzustellen.

§ 4 Personal

Die Gesellschaft wendet für ihre Beschäftigten die Tarifverträge des öffentlichen Dienstes an. Zwei-Bett-Zimmer sind baulicher Standard für Neu- und Umbauten.

§ 5 Investitionsverantwortung

Kommt ein Land seiner Investitionsverpflichtung nach § 9 Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht nach, kann der Bund nach Prüfung die Investition übernehmen; in diesem Fall steht der Gesellschaft ein Übernahmerecht an der geförderten Einrichtung zu.

§ 6 Polikliniken

(1) Die Gesellschaft errichtet und betreibt in unterversorgten Regionen bis zu 500 ambulante Versorgungszentren (Polikliniken) mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Die Bedarfsfeststellung erfolgt auf Grundlage der regionalen Versorgungsdaten der Deutschen Gesundheitskasse.

(2) Die Niederlassung in eigener Praxis bleibt unberührt und gleichrangig.

Artikel 5 — Gesetz über den Generationsfonds Gesundheit (GenFG)

§ 1 Errichtung und Zweck

(1) Es wird ein Sondervermögen des Bundes unter dem Namen »Generationsfonds Gesundheit« errichtet. Ausschließlicher Zweck ist der Ausgleich demografisch bedingter Mehrausgaben der Deutschen Gesundheitskasse zur Stabilisierung des kombinierten Beitragssatzes.

(2) Eine Verwendung für andere Zwecke, eine Beleihung oder eine Verpfändung des Fondsvermögens sind ausgeschlossen. Entnahmen sind nur zulässig, soweit die demografischen Mehrausgaben eines Jahres die laufenden Fondserträge übersteigen.

§ 2 Speisung

Dem Fonds fließen die Jahresüberschüsse der Deutschen Gesundheitskasse sowie übergeleitete Altersrückstellungen institutionell migrierender Bestände privater Krankenversicherungsunternehmen zu.

§ 3 Verwaltung und Unabhängigkeit

(1) Die Verwaltung des Fonds obliegt einem unabhängigen Direktorium, dessen Mitglieder für acht Jahre ohne Möglichkeit der Wiederberufung bestellt werden; eine Abberufung ist nur aus wichtigem Grund durch Beschluss des Bundestags mit Zweidrittelmehrheit möglich.

(2) Die Anlage erfolgt global diversifiziert nach den Grundsätzen der Anlagerichtlinie, die das Direktorium erlässt und veröffentlicht. Die Anlagerichtlinie orientiert sich an den Standards des norwegischen Staatsfonds (Government Pension Fund Global).

(3) Die jährliche Rechnungslegung wird durch den Bundesrechnungshof und einen unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und veröffentlicht. Vor Inkrafttreten der Beitragssatzabsenkung nach § 4 Absatz 2 ist die dem Gesetz zugrunde liegende Simulation durch ein unabhängiges aktuarielles Gutachten zu validieren.

§ 4 Beitragssatz

(1) Der kombinierte Beitragssatz für Kranken- und Pflegeversicherung beträgt ab Inkrafttreten dieses Gesetzes nach Artikel 8 Absatz 1 bis zum Inkrafttreten der Absenkung nach Absatz 2 dieses Paragraphen 21,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (Fondsaufbauphase).

(2) Mit Beginn der Phase 2 wird der kombinierte Beitragssatz auf 20,5 Prozent festgesetzt. Eine Erhöhung über diesen Satz hinaus ist nur zulässig, wenn das Fondsvermögen in drei aufeinanderfolgenden Jahren nicht ausreicht, die demografischen Mehrausgaben zu decken, und bedarf eines Bundesgesetzes.

Artikel 6 — Änderung beamtenrechtlicher Vorschriften

1. Die Bundesbeihilfeverordnung wird für Dienstverhältnisse, die nach dem Stichtag nach Artikel 8 Absatz 2 begründet werden, für nicht anwendbar erklärt. Für Bestandsdienstverhältnisse gilt sie unverändert fort.

2. Die Besoldungsgesetze werden dahin ergänzt, dass der Arbeitgeberanteil des Dienstherrn zur Deutschen Gesundheitskasse Bestandteil der amtsangemessenen Alimentation ist.

3. Salvatorische Klausel: Wird die Versicherungspflicht nach Artikel 2 Nummer 1 rechtskräftig für mit dem Grundgesetz unvereinbar erklärt, tritt an ihre Stelle für die betroffenen Dienstverhältnisse das Wahlrecht zwischen pauschaler Beihilfe und individueller Beihilfe entsprechend dem Hamburgischen Beihilfemodell.

Artikel 7 — Übergangsvorschriften

1. Bestehende private Krankenversicherungsverträge bleiben unberührt. Vollversicherten der privaten Krankenversicherung steht ein dauerhaftes, freiwilliges Beitrittsrecht zur Deutschen Gesundheitskasse ohne Gesundheitsprüfung zu.

2. Private Krankenversicherungsunternehmen können Versichertenbestände im Einvernehmen mit den Versicherten institutionell auf die Deutsche Gesundheitskasse übertragen; die zugehörigen Altersrückstellungen sind an den Generationsfonds Gesundheit zu übertragen.

3. Die Überleitung der IT-Systeme erfolgt nach einem vom Verwaltungsrat zu beschließenden Migrationsplan mit mindestens dreijährigem Parallelbetrieb. Einsparungen aus der Konsolidierung dürfen erst nach testierter Realisierung in die Haushaltsplanung eingestellt werden.

4. Die Bundesregierung legt dem Bundestag alle zwei Jahre einen Evaluationsbericht über Kosten, Einsparungen, Versorgungsqualität und Wartezeiten vor; der erste Bericht erfolgt zwei Jahre nach Inkrafttreten nach Artikel 8 Absatz 1.

Artikel 8 — Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres in Kraft (Beginn Phase 1: Parallelbetrieb, Jahre 1 bis 3).

(2) Artikel 2 Nummer 1 und 2 sowie Artikel 6 treten am ersten Tag des zweiten auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres in Kraft (Stichtag Beamtenintegration für Neuverbeamtungen).

(3) Artikel 1 § 2 (Gesamtrechtsnachfolge) tritt am ersten Tag des vierten auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres in Kraft (Beginn Phase 2: Konsolidierung, Jahre 4 bis 6).

(4) Artikel 2 Nummern 3 bis 6 (Budgetierungsabschaffung, Vollversorgung) treten am ersten Tag des fünften auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres in Kraft. Artikel 5 § 4 Absatz 2 (Beitragssatz 20,5 Prozent) tritt am ersten Tag des siebten auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres in Kraft (Beginn Phase 3: Vollbetrieb).

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit

Auf die Problembeschreibung im Vorblatt sowie das Konzeptpapier »Strukturreform der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung« (Begleitdokument, Teile A und B) wird verwiesen. Die dort einzeln nachgewiesenen Befunde — GKV-Defizit 6,2 Milliarden Euro 2024 (BMG), Ausgabendynamik 7,8 Prozent (BMG), versicherungsfremde Leistungen knapp 58 Milliarden Euro bei 14,5 Milliarden Bundeszuschuss (IGES/IMK; Bundeshaushalt), Bürgergeld-Unterdeckung rund 12 Milliarden Euro (IGES-Gutachten für den GKV-SV; TK), Pflegebeitragstrajektorie 9,2 Prozent 2040 (WIP), Beihilfedynamik +15 Prozent in zwei Jahren (Wissenschaftlicher Dienst des Bundestags) — begründen die Erforderlichkeit einer Strukturreform anstelle weiterer Beitragssatzerhöhungen.

II. Wesentlicher Inhalt

Das Artikelgesetz setzt die zwölf Bausteine des Konzeptpapiers um: Artikel 1 errichtet die Deutsche Gesundheitskasse mit manipulationsresistenter Governance (Zweidrittelmehrheit, unparteiische Mitglieder, Karenzzeiten); Artikel 2 und 3 integrieren Leistungsrecht und Pflegeversicherung und kodifizieren Vollversorgung sowie Budgetierungsabschaffung; Artikel 4 errichtet die Gesundheitsinfrastrukturgesellschaft auf strikter Freiwilligkeitsbasis mit europarechtlicher Absicherung; Artikel 5 errichtet den Generationsfonds mit Zweckbindung, Entnahmesperre und unabhängiger Verwaltung; Artikel 6 regelt die Beamtenintegration mit Vertrauensschutz und salvatorischer Rückfallebene; Artikel 7 sichert den geordneten Übergang einschließlich des Verbots, Einsparungen vor ihrer testierten Realisierung einzuplanen — die unmittelbare gesetzliche Konsequenz aus den Befunden des österreichischen Rechnungshofs zur ÖGK-Fusion (Mehrkosten 215 Millionen Euro bei versprochener »Patientenmilliarde«).

III. Vereinbarkeit mit höherrangigem Recht

Verfassungsrecht: Die Beschränkung der Versicherungspflicht auf Neuverbeamtungen bei vollem Bestandsschutz trägt Artikel 33 Absatz 5 GG Rechnung; die amtsangemessene Alimentation wird durch den Arbeitgeberanteil gewahrt (Artikel 6 Nummer 2). Für den Fall verfassungsgerichtlicher Beanstandung sieht Artikel 6 Nummer 3 das in neun Ländern praktizierte pauschale Beihilfemodell als Rückfallebene vor; die Tragfähigkeit des Gesamtmodells bleibt auch dann gewahrt (Sensitivitätsrechnung, Konzeptpapier Teil F.3). Die Errichtung der Körperschaft stützt sich auf die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Sozialversicherung (Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG). Europarecht: Der Gegenseitigkeitsvertrag nach Artikel 4 § 3 wird vor Abschluss als Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse notifiziert; die automatisierte Antragsbearbeitung nach Artikel 1 § 5 ist mit Artikel 22 DSGVO und der KI-Verordnung (EU) 2024/1689 vereinbar ausgestaltet (menschliche Letztentscheidung, Verbot vollautomatisierter Ablehnung, Transparenzbericht).

IV. Finanzielle Auswirkungen

Auf Abschnitt D und E des Vorblatts sowie die konsolidierte Jahresrechnung und Sensitivitätsanalyse des Konzeptpapiers (Teil F) wird verwiesen. Sämtliche Wirkungsbeträge sind dort als Modellrechnungen gekennzeichnet und mit ihren Annahmen offengelegt; die aktuarielle Validierung der Fondssimulation ist in Artikel 5 § 3 Absatz 3 als Inkrafttretensvoraussetzung der Beitragssatzabsenkung gesetzlich vorgeschrieben.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Gesundheitskassengesetz): § 3 kodifiziert die 45/45/10-Governance des Konzeptpapiers in Sitzverteilung (9/9/2) und Mehrheitserfordernissen; die Karenzregelung in Absatz 4 errichtet eine Lobbyshranke, die im heutigen Selbstverwaltungssystem kein Vorbild hat. § 5 übersetzt den Verwaltungsbaustein in geltendes Datenschutz- und KI-Recht.

Zu Artikel 2 Nummer 7 (Bundeszuschuss): Die Neufassung ersetzt die seit 2017 statische Pauschale von 14,5 Milliarden Euro durch eine nachweisbasierte Vollerstattung. Die gesetzliche Verankerung des IGES-Referenzwerts (311,45 Euro für 2022) bindet die Verordnungsermächtigung an einen extern ermittelten, gerichtsfest dokumentierten Maßstab und beendet die im Klagewege angegriffene Unterdeckung (vgl. die vom GKV-Spitzenverband für die Kassen erhobene Klage gegen die Zuweisungen 2026).

Zu Artikel 4 (GIG-Gesetz): Die strikte Freiwilligkeit (§ 2) schließt jeden Eigentumseingriff nach Artikel 14 GG aus. § 3 Absatz 3 unterwirft die Budgetfinanzierung der beihilferechtlichen Vorabkontrolle und nimmt damit den europarechtlichen Haupteinwand vorweg.

Zu Artikel 5 (Generationsfonds): Die Entnahmesperre (§ 1 Absatz 2), die Direktoriumsabhängigkeit (§ 3 Absatz 1) und der Gesetzesvorbehalt für Beitragssatzerhöhungen (§ 4 Absatz 2) sichern den Fonds gegen politische Diskontinuität — die zentrale Lehre aus der Geschichte zweckentfremdeter Sondervermögen.

Zu Artikel 7 Nummer 3: Das Verbot der Einplanung untestierter Einsparungen ist die Kodifizierung der österreichischen Lektion und unterscheidet diesen Entwurf strukturell von der ÖGK-Fusion.

Zu Artikel 8: Die Stufenfolge des Inkrafttretens macht den Übergang selbstvollziehend und reduziert das Diskontinuitätsrisiko über die Legislaturperioden (vgl. Konzeptpapier Teil E.3).

Begleitdokument: Konzeptpapier »Strukturreform der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung« (Form A) mit vollständigem Quellenapparat, Modellrechnungs-Kennzeichnung, Risikoanalyse und Sensitivitätsrechnung.