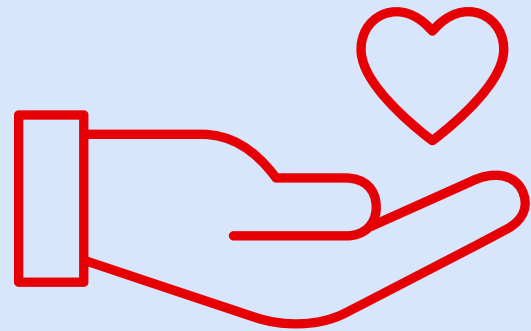


Brennpunkt Wohlfahrt

Nr. 01/2026



Zusammenfassung

- Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird die Grundlohnrate zur verbindlichen Obergrenze für GKV-Ausgaben.
- Als Steuerungsgröße ist die Grundlohnrate dafür nur bedingt geeignet: Sie erfasst ausschließlich Einnahmen und ignoriert Kostentreiber auf der Ausgabenseite.
- Für das DRK ist die Deckelung existenziell: Tarifabschlüsse oberhalb der Grundlohnrate können nicht mehr vollständig refinanziert werden – die Lücke müssen Träger selbst schließen, ohne die dafür nötigen wirtschaftlichen Spielräume zu haben.

Die Grundlohnrate als Obergrenze für GKV-Ausgaben

Mit der Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik durch das GKV-Beitragssatz-Stabilisierungsgesetz wird ein Politikmodell aus den 1980er Jahren wiederbelebt. Bereits mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 sollten die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung gebremst werden, mit ganz ähnlichen Maßnahmen, wie sie auch heute wieder vorgesehen sind.

Schon in den 1980er Jahren sollten die Grundlöhne das Maß für die Ausgabenentwicklung sein. Und schon damals wurde um die versicherungsfremden Leistungen gerungen; seinerzeit ging es um die Krankenkassenbeiträge der Rentner. Die Gesamtperspektive war jedoch eine andere: Statt durch Ausgabenbegrenzungen, sollten die Beiträge durch steigende Gehälter stabilisiert werden. Die Vergütungen für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sollten explizit steigen können, wenngleich Zuwächse durch die Entwicklung der Grundlöhne gedämpft wurden.

Kostendämpfung als Dauerthema: Von 1977 bis 2026

Die **Kopplung der Ausgaben an die Einnahmen** hängt also stark von der wirtschaftlichen Situation und politischen Betrachtungsweise ab. Während man 1977 noch von einem großen wirtschaftlichen Wachstumspotenzial ausgegangen ist, stellt sich dies 2026 jedoch ganz anders dar. Denn inzwischen hat sich unsere Welt drastisch gewandelt. Die Zeiten, in denen westliche Volkswirtschaften sowohl den Welthandel als auch die Industrieproduktion dominierten, sind lange vorbei.

Globale Wertschöpfungsketten setzen die Sozialstandards westlicher Industrienationen unter Druck. Wertegenerierung verlagert sich zunehmend in die Finanzwirtschaft und Plattformökonomie. Schwellenländer wandeln sich von Rohstofflieferanten zu lokalen Wirtschaftsmächten. Die Folgen: sinkende Gehälter für mittelqualifizierte Arbeit, klassische Wirtschaftszweige verlieren an Bedeutung, Abnahme von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen und zunehmende Abhängigkeit von Rohstoffen sowie Vorprodukten.

Globalisierung, Demografie, Kosteneffektivität: Die GKV unter mehrfacher Belastung

Für ein Sozialstaatsmodell, das auf dem Faktor Arbeit beruht, bedeuten diese globalen Entwicklungen große Herausforderungen, denn es setzt eigentlich die **Vollbeschäftigung aller Bürger** in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen voraus. Mit der Einführung des dualen Krankenversicherungssystems begann die strukturelle Aufweichung der Solidarbasis: Besserverdienende mit günstigen Risikoprofilen wanderten in die PKV ab und entzogen der GKV damit genau jene Mitglieder, die das System am stärksten stabilisiert hätten.

Dazu kommen die **Herausforderungen des demographischen Wandels**: sinkende Geburtenraten, längere Lebenserwartung, Verschiebung der Altersstruktur, Zunahme von chronisch-degenerativen Erkrankungen etc. sorgen für eine weitere Erosion der Einnahmeseite in der GKV, während jedoch gleichzeitig von einer Steigerung der Krankheitslast und damit verbundenen Folgen ausgegangen werden muss. Vor diesem Hintergrund ist zu befürchten, dass eine Kopplung der GKV-Ausgaben an die Grundlohnrate, eine Abwärtsspirale in Gang setzt, die zu einem systematischen Abschmelzen der gesundheitlichen Infrastruktur führt, da mit einem kontinuierlichen Rückgang der Einnahmen gerechnet werden muss.

Andererseits sind die **Vergütungen und Gehälter** in den vergangenen Jahren in vielen Bereichen des Gesundheitswesens deutlich stärker gestiegen als die Grundlohnrate. Vor allem durch die vollständige Refinanzierung von Tarifabschlüssen, die teils weit über die Grundlohnrate hinausgingen. Aber auch die Entwicklung außertariflicher Gehälter von Führungspersonen spielt hier mit rein. Hinzu kommt die Ausweitung von versicherungsfremden Leistungen, sodass die Beitragssätze kontinuierlich gestiegen sind, und weiter steigen werden, sofern diese Entwicklung nicht gebremst wird. Mittlerweile hat Deutschland das teuerste Gesundheitssystem in Europa, während die Ergebnisse der Gesundheitsindikatoren nur im Mittelfeld liegen. Andere Länder schaffen also mit weniger Ausgaben bessere Gesundheitsergebnisse, was die Frage der Kosteneffektivität aufwirft.

In der Gesamtschau sind **Reformen** daher unumgänglich, um die Funktionsweise des Gesundheitssystems weiter aufrecht zu erhalten. In Zeiten der Globalisierung und einer multipolaren Weltordnung, ist es allerdings fraglich, ob die Grundlohnrate das richtige Instrument dafür ist, um die von Erwerbsarbeit abhängige GKV nachhaltig zu stabilisieren.

Einfach nur mehr Ressourcen in ein ineffektives System zu geben, ist aber auch keine Lösung. Insgesamt bedarf es also einer deutlich differenzierteren Systembetrachtung, um die GKV zukunftsfest zu machen.

Funktionsweise der Grundlohnrate

Die Grundlohnrate (*ausführlich auch: Grundlohnsummenveränderungsrate*) ist eine **Kennzahl der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 71 SGB V)**. Sie gibt die prozentuale Veränderung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum an. Sie wird aus der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen – also vor allem Arbeitsentgelte, Renten und Versorgungsbezüge – aller Pflicht- und freiwilligen Mitglieder der GKV gebildet. Die Rate ergibt sich aus der relativen Veränderung dieser Summe gegenüber dem Vorjahr. Sie wird vom GKV-Spitzenverband ermittelt und vom Bundesministerium für Gesundheit amtlich festgestellt.

Die Kennzahl ist Ausdruck des Konzepts der **einnahmenorientierten Ausgabenpolitik**, das auf die gesundheitsökonomische Debatte der 1970er und 1980er Jahre zurückgeht. Die zugrundeliegende Prämisse lautet, dass die Ausgabenentwicklung der GKV langfristig nicht von der Einnahmenentwicklung entkoppelt werden sollte. Ein Sozialversicherungssystem, das dauerhaft schneller wächst als die Einkommen der Beitragszahler, erzeugt steigende Abgaben – mit negativen Folgen für Kaufkraft, Beschäftigung und Wettbewerbsfähigkeit – bis hin zur Zahlungsunfähigkeit des Krankenversicherungssystems.

Die Grundlohnrate ist von der allgemeinen Lohnwachstumsrate (die nur Arbeitsentgelte erfasst), der Inflationsrate und dem Ausgabenwachstum der GKV zu unterscheiden. Sie ist eine **einnahmenseitige Größe** und beschreibt keine Kostenentwicklung, sondern die Tragfähigkeitsgrenze des Beitragssystems unter der Bedingung konstanter Beitragssätze. Sie beschreibt also nicht, was eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung tatsächlich kostet, sondern was sich das Beitragssystem, unter stabilen Beitragsverhältnissen, leisten kann.

Strukturelle Schwächen der Grundlohnrate

Allerdings basiert die Kennzahl nur auf beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Einkommenszuwächse oberhalb dieser Grenze – die in **wirtschaftlichen Boomphasen** überproportional anfallen können – fließen nicht ein. Das führt dazu, dass die Grundlohnrate die tatsächliche Einkommensdynamik im Land systematisch unterschätzt, insbesondere in Zeiten von hoher Konjunktur. Ebenso bildet sie Veränderungen in der Mitgliederstruktur der GKV nur unvollständig ab. Altert die Versicherungsgemeinschaft oder steigt der Anteil von Rentnern, Grundsicherungsempfängenden und Geringverdienern, sinkt die Einnahmenbasis – ohne dass die Grundlohnrate das systematisch sichtbar macht.

In **Rezessionsphasen** dagegen fällt die Kennzahl stark, weil Löhne und Gehälter stagnieren und die Beschäftigung sinkt. Gleichzeitig steigen typischerweise die Gesundheitsausgaben – etwa durch höhere Krankenstände. In wirtschaftlich schwachen Phasen verschärft sie damit den Konsolidierungsdruck, genau dann, wenn die Bedarfe in der Bevölkerung steigen und die Leistungserbringer ohnehin unter Druck stehen. Konjunkturelle Schwankungen wirken sich damit unmittelbar auf die Vergütungen und Gehälter im Gesundheitswesen aus.

Eine weitere Schwäche der Grundlohnrate ist die **Vergangenheitsorientierung**. Die Grundlohnsummenveränderungsrate wird auf Basis des abgelaufenen Jahres berechnet und für das Folgejahr angewendet. Zwischen Lohnentwicklung und Ausgabenanpassung besteht also immer eine Verzögerung von

mindestens einem Jahr. In Phasen schnell sinkender Gehälter kann das zu erheblichen Deckungslücken führen. Schnell steigende Gehälter oberhalb der **Beitragsbemessungsgrenze** kommen der GKV dagegen nur unvollständig zugute, was den Solidarausgleich in den oberen Einkommensgruppen begrenzt. Darüber hinaus werden Vergütungen in der Regel prospektiv, also für das Folgejahr vereinbart.

Weiterhin beschreibt die Kennzahl ausschließlich die **Einnahmenentwicklung**. Strukturelle Kostentreiber auf der Ausgabenseite werden dadurch vollständig ignoriert: Einflussgrößen, wie medizinisch-technischer Fortschritt, Morbiditätsveränderungen, Fachkräftemangel oder demographische Veränderungen bleiben unberücksichtigt. Genau wie inflationsbedingte Reallohnverluste, die zu begründeten Tarifsteigerungen oberhalb der Grundlohnsummenrate führen.

Folgen für das DRK: Wenn Tarifabschlüsse nicht mehr refinanziert werden

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz macht die Grundlohnrate nun zur **Obergrenze**: Eine darüber hinausgehende Tarifrefinanzierung ist nicht mehr automatisch möglich. Im Gesetzentwurf wird ausdrücklich begründet, dass eine unverändert vollständige Tarifrefinanzierung das Prinzip der Grundlohnrate als Deckel aushebeln und weiterhin zu überproportionalen Ausgabenanstiegen führen würde. Für Pflegedienste, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Rettungsdienste und andere DRK-Leistungserbringer bedeutet das konkret: Zukünftig können in Vergütungsverhandlungen Tarifsteigerungen, die über die Grundlohnrate hinausgehen, nicht mehr vollständig geltend gemacht werden. Der verbleibende Teil müsste dann intern aufgefangen werden.

Jahr	Obergrenze Grundlohnrate ¹	Tarifsteigerung ²	Differenz	Lücke je 1 Mio. € Personalkosten
2026	5,17 %	2,80 %	+2,37 Pp.	+ 23.700 € Spielraum
2027	3,50 %	3,00 %	+0,50 Pp.	+ 5.000 € Spielraum
2028	3,00 %	3,00 %	+0,00 Pp.	0 €
2029	2,80 %	3,00 %	-0,20 Pp.	- 2.000 € Defizit
2030	3,50 %	3,20 %	+0,30 Pp.	+ 3.000 € Spielraum
2031	3,50 %	3,20 %	+0,30 Pp.	+ 3.000 € Spielraum
Median	3,50 %	3,00 %	+0,50 Pp.	+ 5.000 € Spielraum

Beispielrechnung 1: Deckungslücke für die Jahre 2026 – 2031 je 1 Mio. € Personalkosten

KI-gestütztes Modell

Für die freigemeinnützigen Träger des DRK ist die **Begrenzung auf die Grundlohnrate** daher strukturell existenzbedrohend, denn anders als privatwirtschaftliche Anbieter haben sie kaum Möglichkeiten,

¹ 2026: amtlich festgestellte Grundlohnrate. Ab 2027: Modellierung durch KI-Chatbot Claude auf Grundlage der BMG-Mittelfristprognose von 3,0 % (Gesetzentwurf GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, Kabinettsfassung April 2026). Für 2027–2029 wurde der vorgesehene Abschlag von 1 Prozentpunkt auf die Grundlohnrate angewendet.

² Tarifsteigerungen 2026: vereinbarter DRK RTV Abschluss; 2027–2031: Modellierung durch KI-Chatbot Claude auf Grundlage der Wirtschaftsprognose der Bundesbank für 2026 (Monatsbericht vom Dezember 2025).

Kostensteigerungen auszugleichen. Das bedeutet: Wenn Tarifabschlüsse über die Grundlohnrate hinausgehen, entsteht eine Finanzierungslücke, die nicht mehr durch die Leistungsvergütung geschlossen werden kann.

Für diese Lücke muss der Träger selbst aufkommen, doch die Möglichkeiten dafür sind bei **gemeinnützigen Organisationen** begrenzt: eine Quersubventionierung aus anderen Bereichen ist oft nicht vorhanden, Rücklagen sind strukturell gering, und Gewinne zur Reinvestition fallen definitionsgemäß nicht an.

Jahr	Obergrenze Grundlohnrate ³	Tarifsteigerung ⁴	Differenz	Lücke je 1 Mio. € Personalkosten
2026	5,17 %	2,80 %	+2,37 Pp.	+ 23.700 € Spielraum
2027	3,74 %	2,90 %	+0,84 Pp.	+ 8.400 € Spielraum
2028	3,30 %	3,00 %	+0,30 Pp.	+ 3.000 € Spielraum
2029	2,87 %	3,10 %	-0,23 Pp.	- 2.300 € Defizit
2030	3,43 %	3,20 %	+0,23 Pp.	+ 2.300 € Spielraum
2031	3,00 %	3,30 %	-0,30 Pp.	- 3.000 € Defizit
Median	3,37 %	3,05 %	+0,27 Pp.	+ 2.650 € Spielraum

Beispielrechnung 2: Deckungslücke für die Jahre 2026 – 2031 je 1 Mio. € Personalkosten

Lineares Modell

Zwar zeigen die **Beispielrechnungen** sowohl im KI-gestützten als auch im linearen Modell, dass die Grundlohnrate als Finanzierungsobergrenze im Median der Jahre 2026 – 2031 rechnerisch knapp tragfähig wäre. Dies liegt jedoch auch in dem außergewöhnlich hohen Ausgangsniveau von 5,17 % im Jahr 2026 begründet.

Erste strukturelle Belastungen werden für die Jahre 2027 – 2029 erwartet, wenn der gesetzliche Abschlag von einem Prozentpunkt die Grundlohnrate absenkt, während laufende Tarifverträge mit Steigerungen von 3,0 % bzw. 2,80 % nachwirken. Im **konservativen Modell** dagegen, ist die Tragfähigkeit, im Median der Prognose knapp nicht mehr gegeben. Hier schlägt insbesondere die abschlagsbedingte Reduktion der Grundlohnrate der Jahre 2027 – 2029 durch, trotz gleichbleibender Tariferhöhungen. Dies zeigt die erhebliche Fragilität des Zusammenspiels von Grundlohnrate und Tarifsteigerungen.

Hinzu kommt die **Volatilität der Grundlohnrate** insgesamt, die auf konjunkturelle Einbrüche, Beschäftigungsrückgänge und Verschiebungen in der Mitgliederstruktur der GKV reagiert, sodass bereits eine moderate Abschwächung der Gehaltsentwicklung ausreicht, um die rechnerische Tragfähigkeit zu kippen. Angesichts geopolitischer Unsicherheiten, eines schwachen Wachstums und demografischer Verschiebungen kann dies jederzeit eintreten.

³ 2026: amtlich festgestellte Grundlohnrate. Ab 2027: lineare Modellierung unter angenommener Absenkung bis zur BMG-Mittelfristprognose von 3,0 % (Gesetzentwurf GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, Kabinettsfassung April 2026). Für 2027–2029 wurde der vorgesehene Abschlag von 1 Prozentpunkt auf die Grundlohnrate angewendet.

⁴ Tarifsteigerungen 2026: vereinbarter DRK RTV Abschluss; 2027–2031: lineare Modellierung unter der Annahme einer Erhöhung der Steigerungsrate von 2,80 % um 0,50 Pp.

Jahr	Obergrenze Grundlohnrate ⁵	Tarifsteigerung ⁶	Differenz	Lücke je 1 Mio. € Personalkosten
2026	5,17 %	2,80 %	+2,37 Pp.	+ 23.700 € Spielraum
2027	2,00 %	2,80 %	-0,80 Pp.	- 8.000 € Defizit
2028	2,00 %	2,80 %	-0,80 Pp.	- 8.000 € Defizit
2029	2,00 %	2,80 %	-0,80 Pp.	- 8.000 € Defizit
2030	3,00 %	2,80 %	+0,20 Pp.	+ 2.000 € Spielraum
2031	3,00 %	2,80 %	+0,20 Pp.	+ 2.000 € Spielraum
Median	3,50 %	2,80 %	• -0,30 Pp.	- 3.000 € Defizit

Beispielrechnung 3: Deckungslücke für die Jahre 2026 – 2031 je 1 Mio. € Personalkosten

Konservatives Modell

Mittel- bis langfristig könnte die Maßnahme also dazu führen, dass **gemeinnützige Träger** entweder Leistungsangebote reduzieren, auf günstigere (und damit oft schlechtere) Arbeitsbedingungen ausweichen müssen oder auf ergänzende öffentliche Finanzierung angewiesen sind – etwa über Länder- oder Kommunalmittel. Das ist eine sozialpolitische Weichenstellung, die weit über die GKV hinausreicht. Sie entscheidet darüber, inwiefern freigemeinnützige Träger der Wohlfahrtspflege künftig noch Angebote der Daseinsvorsorge tragen können und unter welchen Bedingungen.

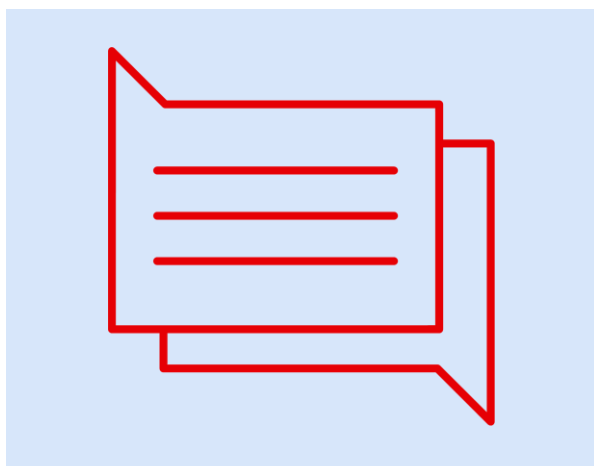
Kontakt

Christian Hener, c.hener@drk.de, Team Gesundheit, Teilhabe und Pflege

Marc Nellen m.nellen@drk.de, Bereichsleiter Jugend und Wohlfahrtspflege

⁵ 2026: amtlich festgestellte Grundlohnrate. Ab 2027: konservative Modellierung unter Beibehaltung der BMG-Mittelfristprognose von 3,0 % (Gesetzentwurf GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, Kabinettsfassung April 2026). Für 2027–2029 wurde der vorgesehene Abschlag von 1 Prozentpunkt auf die Grundlohnrate angewendet.

⁶ Tarifsteigerungen 2026: vereinbarter DRK RTV Abschluss; 2027–2031: konservative Modellierung unter Beibehaltung der Steigerungsrate von 2,80 %.



**Führen Sie die Debatte
mit uns weiter unter
drk-wohlfahrt.de**

JETZT MITDISKUTIEREN