

# Beitragsatzstabilität in der GKV: Kurzfristiges Ziel oder langfristige Perspektive?

Von Hartmut Reiners

*Die von der Bundesregierung eingesetzte Finanzkommission Gesundheit hat ein Konzept zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen vorgelegt. Es kann kurzfristig für stabile Beitragsätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sorgen, enthält aber auch fragwürdige Maßnahmen. Eine dauerhafte Konsolidierung der GKV kann nur mit Reformen der Versorgungsstrukturen und der GKV-Finanzierung erreicht werden, für die im Herbst 2026 von der Kommission Vorschläge erwartet werden.*

Die von Gesundheitsministerin Nina Warken eingesetzte Finanzkommission Gesundheit (FKG) hat am 30. März 2026 Empfehlungen zur Stabilisierung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) präsentiert. Um den durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 2,9 Prozent konstant zu halten, muss das für 2027 prognostizierte Defizit von 15,3 Milliarden Euro verhindert werden. Dafür sollen insgesamt 66 Maßnahmen sorgen, die nach Berechnungen der FKG bis 2030 zu Einsparungen im GKV-Budget von 42,3 Milliarden Euro führen können. Sie setzen sechs Schwerpunkte:

1. Der Grundsatz der *einnahmeorientierten Ausgabenpolitik* soll dauerhaft wiederbelebt werden.
2. Die von den Patientinnen und Patienten zu leistenden *Zuzahlungen* sollen der Inflation angepasst werden.
3. Die *Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Partnerinnen und Partnern* soll nicht nur die Einnahmen der GKV erhöhen, sondern auch den Arbeitsmarkt beleben.
4. Die Leistungen der GKV werden nach dem Grundsatz der *evidenzbasierten Medizin* bereinigt.
5. *Höhere Verbrauchssteuern auf gesundheitsgefährdende Produkte* sollen dem GKV-Budget zufließen.
6. Die *Krankenversicherung von Grundsicherungsempfängern* soll aus Steuermitteln finanziert werden.

Gesundheitsministerin Nina Warken hat am 15. April 2026 den Entwurf eines GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes vorgelegt, der etwa zwei Drittel dieser Empfehlungen umsetzt. Sie können zwar kurzfristig die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen bremsen, führen aber nicht zu einer langfristig effektiven Ressourcensteuerung. Das verspricht die FKG mit ihrem aktuellen Gutachten auch gar nicht. Dafür sind Strukturreformen in der gesundheitlichen Versorgung und der Finanzierung der GKV erforderlich, für die sie im kommenden Herbst ein Konzept vorlegen wird.

## 1. Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik: Wunsch und Wirklichkeit

Der § 71 SGB V schreibt den Krankenkassen vor, ihre Ausgaben am Grundsatz der Beitragsatzstabilität zu orientieren. Die FKG stellt fest, dass dieses Gebot seit 2009 zunächst mit politischer Duldung und ab 2019 bewusst

übergangen wurde. Was in der Corona-Pandemie eine unvermeidliche Ausnahme war, wurde zur Regel. Die FKG empfiehlt eine dauerhafte an den Beitragseinnahmen orientierte Begrenzung der jährlichen Ausgabenzuwächse der GKV. In den Dienstleistungsbereichen (also vor allem in der ärztlichen Behandlung und pflegerischen Betreuung in den Krankenhäusern und ambulanten Praxen sowie in der Verwaltung), sollen die jährlichen Ausgabenzuwächse auf die tatsächlichen Kostensteigerungen oder die Veränderungsrate der Grundlöhne als der Bezugsgröße für die Beitragsätze begrenzt werden, wobei die jeweils niedrigere Rate gelten soll. In der Arznei- und Hilfsmittelversorgung soll ähnlich verfahren werden. Damit sollen im kommenden Jahr 5,5 Milliarden Euro eingespart werden, eine bei konsequenter Anwendung realistische Erwartung.

Die FKG fordert die dauerhafte Einhaltung dieses Gebots, aber das im § 71 SGB V seit fast 40 Jahren enthaltene Ziel der Beitragsatzstabilität ist eine Lebenslüge der deutschen Gesundheitspolitik. Soll es konsequent eingehalten werden, läuft dies aufgrund der ökonomischen Besonderheiten des Gesundheitswesens entweder auf eine regelhafte Verschlechterung der Versorgungsqualität oder eine wachsende Verlagerung der Kosten von der GKV zu den privaten Haushalten hinaus, wenn nicht sogar beides eintritt.

## Das Gesundheitswesen – eine Wachstumsbranche

Seit dem Jahr 2000 sind die Leistungsausgaben der GKV um 216,1 Prozent gestiegen, während das Bruttoinlandsprodukt (BIP) um 203,3 Prozent und die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV bzw. Grundlöhne der Versicherten um 165,3 Prozent gewachsen sind. Das überproportionale Wachstum der Gesundheits- bzw. GKV-Ausgaben ist ein nicht erst seit den 2000er Jahren zu beobachtendes Phänomen, sondern ein säkularer Trend. 1970 lag die Gesundheitsquote des BIP bei 6,0 Prozent, der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV bei 8,24 Prozent.<sup>1</sup> Überproportional zum BIP wachsende Gesundheitsausgaben sind an sich normal und in allen modernen Volkswirtschaften üblich. Jedoch signalisiert die Entwicklung in Deutschland grundlegenden Reformbedarf.

Das Gesundheitswesen ist eine Wachstumsbranche und ein Jobmotor, weil personenbezogene Dienstleistun-

<sup>1</sup> Vgl. Hartmut Reiners: *Mythen der Gesundheitspolitik*, 3. vollständig überarbeitete Auflage. Berrn 2019 (Hogrefe): S. 20 ff.

gen stetig wachsende Anteile an der Wertschöpfung und den Arbeitsplätzen moderner Volkswirtschaften haben. Die Umsätze seiner Einrichtungen wachsen stärker als das BIP, das Einkommensniveau der dort Erwerbstätigen liegt deutlich über dem Durchschnitt. Der US-Ökonom William Baumol hat diesen Sachverhalt anhand eines Vergleichs der Preisentwicklung in der Computerindustrie und im Gesundheitswesen dargestellt.<sup>2</sup> Das im Verhältnis zum BIP überproportionale Wachstum der Gesundheitsausgaben hat aber keinen zwangsläufigen Anstieg der Lebenshaltungskosten insgesamt zur Folge, sondern Verschiebungen innerhalb der Budgets der Privathaushalte. Vor 40 Jahren mussten Durchschnittsverdiener zum Beispiel für einen Farbfernseher noch einen halben Monatslohn ausgeben, heute bekommen sie ein qualitativ weit besseres Gerät schon für einen Wochenlohn. Konsumgüter werden relativ zum Einkommen preisgünstiger, dafür muss man für medizinische Behandlungen und pflegerische Betreuung mehr ausgeben. Die steigenden Gesundheitsausgaben bzw. Krankenversicherungsbeiträge sind also an sich kein dramatisches Problem, zu dem es in den Medien mit dem Menetekel von der Unbezahlbarkeit des Gesundheitswesens gemacht wird.

Es wäre aber völlig falsch, aus diesem Sachverhalt auf nur punktuellen Reformbedarf in unserem Gesundheitswesen zu schließen, das sich in den vergangenen 20 Jahren zum kostspieligsten in Europa entwickelt hat. Es hat nach Angaben der OECD mit umgerechnet 8011 US-Dollar deutlich höhere Pro-Kopf-Ausgaben als vergleichbare Gesundheitssysteme wie in den Niederlanden (6729 Dollar), Frankreich (6630 Dollar), Schweden (6438 Dollar) oder Kanada (6319 Dollar).<sup>3</sup> Dafür gibt es vor allem drei Gründe, wie zahlreiche Expertisen seit vielen Jahren zeigen, so etwa die Berichte des Gesundheits-Sachverständigenrats.

Zum einen leidet unser Gesundheitswesen unter einem Nebeneinander von Über- Unter- und Fehlversorgung, das durch segmentierte Versorgungsstrukturen und Mängel in der Kooperation und Integration der Behandlungsabläufe entstanden ist. Zum zweiten ist es immer schwieriger geworden, die hohen Preise für patentgeschützte Arzneimittel in den Griff zu bekommen. Hinzu kommt das ökonomisch nicht begründbare duale Krankenversicherungssystem von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung. 11 Prozent der Einwohner, die Hälfte davon seltsamerweise Beamtinnen und Beamte, haben eine Vollversicherung in der PKV, die für die gleichen Leistungen pro Kopf etwa ein Drittel mehr als die GKV zahlt. Diese Strukturmängel lassen sich nicht schlagartig beheben. Sie treffen auf eine komplexe politische Gemengelage mit einem großen Blockadepotenzial, das nur durch gut vorbereitete Reformkoalitionen aufgebrochen werden kann. Deshalb können zeitlich begrenzte Ausgabenbremsen sinnvoll sein, um Zeit für die politische Vorbereitung von Strukturreformen

zu gewinnen. Auf dieses praktische Problem der Gesundheitspolitik wird am Ende dieses Beitrags näher eingegangen.

### Sozialabgaben als Kostenfaktor

Eigentlich geht es bei der Forderung nach Beitragssatzstabilität nicht darum, die Gesundheitsausgaben zu begrenzen, sondern die der lohnbezogenen Sozialabgaben. Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) und etliche Politiker fordern deren gesetzliche Deckelung auf 40 Prozent der Bruttolöhne. Diese »Sozialbremse« begründet eine von der BDA eingesetzte Kommission mit der These, dass immer dann, wenn dieses Limit überschritten worden sei, die Arbeitslosigkeit stark zugenommen habe.<sup>4</sup> Diese Behauptung vertauscht Ursache und Wirkung. Steigende Arbeitslosigkeit hat zwangsläufig höhere Sozialabgaben zur Folge, weil die Leistungsausgaben der Sozialversicherungen zunehmen, während ihre Einnahmen sinken oder stagnieren. Diesen Kausalzusammenhang umzukehren, ist unseriöse Zahlentrickserei. Das geforderte Sozialabgaben-Limit von 40 Prozent ist aber auch deshalb fragwürdig, weil es sich auf die Bruttolöhne bezieht und nicht auf die gesamten Arbeitskosten. Zu denen gehören neben den Löhnen und Sozialabgaben auch die Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit, besondere Lohnzuschläge, Ausgaben für Aus- und Weiterbildung und betriebliche Sozialleistungen. Deshalb machen die Sozialabgaben aktuell nicht 40, sondern 27 Prozent der Arbeitskosten aus.

Sie sind auch kein für internationale Vergleiche der Produktionskosten brauchbarer Faktor, dafür eignet sich nur die gesamte Abgabenquote des BIP. Dänemark etwa kennt keine Sozialabgaben, seine soziale Sicherung wird nur aus Steuern finanziert. Die Abgabenquote ist mit 42 Prozent höher als in Deutschland. Wir liegen mit 39 Prozent keineswegs, wie immer wieder behauptet wird, international an der Spitze, sondern bewegen uns nach Angaben des Bundesfinanzministeriums (Monatsbericht August 2025) im Mittelfeld vergleichbarer Länder (Japan 34, Niederlande 38, Schweden 41, Österreich 43 und Frankreich 46 Prozent).

## 2. Anhebung der Zuzahlungen

Die Zuzahlungen zu Leistungen der GKV sind seit 2004 konstant und betragen in der Regel 10 Prozent der Kosten bei einem Mindestbetrag von 5 Euro und einem Maximalbetrag von 10 Euro pro Leistung bzw. in der stationären Versorgung 10 Euro in den ersten 28 Tagen. Eine Ausnahme bildet die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung, in der 2013 die Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal abgeschafft wurde. Die Zuzahlungen werden insgesamt auf zwei Prozent des Jahreseinkommens begrenzt, bei chronisch Kranken auf ein Prozent. Mitversicherte Kin-

2 William Baumol: The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Healthcare Doesn't. New Haven 2013.

3 Online: [www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024\\_b3704e14-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html).

4 BDA (Hrsg.): Die Zukunft der Sozialversicherung. Update 2025, online: <https://arbeitgeber.de/themen/sozialpolitik-und-soziale-sicherung/sozialversicherung>.

der sind bis zum Alter von 18 Jahren davon ausgenommen. Die FKG empfiehlt eine Dynamisierung der Zuzahlungen gemäß der Grundlohnentwicklung, außerdem sollen der Mindestbetrag auf 7,50 Euro und der Höchstbetrag auf 15 Euro angehoben werden. Damit sollen 2027 1,5 Milliarden Euro eingespart werden, was realistisch erscheint.

Selbstbeteiligungen der Versicherten an den Leistungen der GKV führen zu keinen tatsächlichen Einsparungen, sondern sind nur eine private Kofinanzierung. Für die Behauptung, Zuzahlungen der Versicherten zu den Behandlungskosten würden Anreize zur rationalen Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen geben, gibt es keine empirische Evidenz.<sup>5</sup> Unter Gesundheitsökonomien gilt die Faustregel, dass Zuzahlungen entweder hoch sind und ausgabensenkend wirken, aber sehr problematische soziale und gesundheitliche Folgewirkungen haben. Oder sie sind niedrig und sozialverträglich, haben aber keine Wirkungen auf die Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenkassen. Zuzahlungen sind nur dann kosteneffektiv, wenn, wie zum Beispiel bei Arznei- und Hilfsmitteln, die Versicherten die Wahl haben zwischen Präparaten mit zuzahlungsfreien Festbeträgen und preislich darüber liegenden Medikamenten und Hilfsmitteln. Die Zuzahlungen zu stationären Leistungen lassen sich damit rechtfertigen, dass sie Verpflegungskosten finanzieren, die auch ohne den Krankenhausaufenthalt angefallen wären.

### 3. Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung

Die FKG tritt für eine wesentliche Änderung bei der Mitversicherung von Familienangehörigen ein. Sie soll ab 2027 nicht mehr für Partner ohne Kinder unter sechs Jahren gelten, Rentner sind ausgenommen. Das betrifft 1,77 Millionen Personen, die einen eigenen Beitrag von 225 Euro pro Monat zahlen sollen, was dem Mindestbeitrag für Selbstständige entspricht. Damit würde die GKV jährlich mindestens 3,5 Milliarden Euro zusätzlich einnehmen. Kein anderer Vorschlag der FKG hat für so viel Aufregung gesorgt, was nicht überraschen kann: Er schränkt das Solidaritätsprinzip als einen Eckpfeiler der GKV ein und belastet Personen und Familien, die meist nicht zu den Besserverdienenden gehören.

Seit jeher wird von Kritikern des Sozialstaats behauptet, die in der GKV kostenfreie Mitversicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Partnern sei eine versicherungsfremde Leistung, die eigentlich aus Steuermitteln finanziert werden müsse. Aber die GKV ist trotz ihres Namens kein Versicherungssystem wie etwa die Gesetzliche Rentenversicherung, die Leistungen nach dem Äquivalenzprinzip gewährt. Das war mal so, als die GKV-Leistungen zum großen Teil aus Krankengeld bestand. Aber diese Zeit ist seit den 1950er Jahren vorbei, als die Arbeiter mit den Angestellten bei der Lohnfortzahlung erst über Tarifverträge, dann ab 1969 über das Lohnfortzahlungs-

gesetz gleichgestellt wurden. Heute ist das GKV-System ein durch lohnbezogene Beiträge finanzierter Fonds, der die gesundheitliche Versorgung der Menschen bezahlt, die von diesen Einkommen leben, also auch die der Kinder und der nicht erwerbstätigen Partner.

Die FKG begründet ihren Vorschlag mit zwei Argumenten:

- Er treffe eher besserverdienende GKV-Mitglieder, weil der Median des beitragspflichtigen Monatseinkommens der betroffenen Personen bei 2876 Euro liege und damit deutlich über dem Median der Gruppe ohne mitversicherte Partner von 1824 Euro. Damit wird der Sachverhalt kleingeredet, dass das verfügbare Einkommen der betroffenen GKV-Mitglieder, die wirklich nicht zu den Spitzenverdienern gehören, um durchschnittlich acht Prozent gekürzt würde. Das kann man kaum als eine sozialverträgliche Regelung bezeichnen.
- Als positiver Nebeneffekt sei zu erwarten, »dass Anreize zur Annahme oder Ausweitung einer eigenständigen sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit gesetzt werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des steigenden Fachkräftemangels auch aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive von Bedeutung.« Das ist eine steile These, die in der Traumwelt der neoklassischen Marktökonomik lebt, wonach sich alle sozialen und ökonomischen Probleme über monetäre Anreize lösen lassen. Glauben die FKG-Mitglieder allen Ernstes, dass die betroffenen Personen, bei denen es sich vor allem um ältere Frauen handelt, die unterstellten beruflichen Voraussetzungen am Arbeitsmarkt erfüllen?

Es wäre für die SPD suizidal, wenn sie dem Vorschlag der FKG zur Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung folgen würde. Einige Sozialpolitiker der Union haben schon signalisiert, dass sie ihn ablehnen.

### 4. Bereinigung der GKV-Leistungen

Gemäß § 12 SGB V müssen die Leistungen der GKV »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.« Diese schon seit 1930 im Gesetz stehende Bestimmung<sup>6</sup> hat nicht nur ökonomische Bedeutung, sondern betrifft auch das Patientenwohl. Medizinische Behandlungen sind legalisierte Körperverletzungen, die so gering wie nötig gehalten werden sollten. Die für die Umsetzung dieses Grundsatzes erforderlichen Richtlinien werden gemäß § 92 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach den Regeln der Evidenzbasierten Medizin (EbM) erarbeitet, sollen also dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen.<sup>7</sup> Der G-BA gilt deshalb auch als »kleiner Gesetzgeber«. Die FKG hat diese Vorgabe mit den von den Krankenkassen angebotenen Leistungen abgeglichen und

5 Vgl. Reiners 2019, a. a. O.: S. 93 ff.

6 Sie kam 1930 in die Reichsversicherungsordnung (§ 182).

7 Näheres zur EbM bei Cochrane Deutschland, online: <https://www.cochrane.de>.

dort zahlreiche medizinisch begründbare Einsparmöglichkeiten entdeckt. Dazu gehören folgende Leistungen:

- Die Krankenkassen sollen in ihren Satzungen keine Leistungen der *Homöopathie* wegen ihrer Wirkungslosigkeit anbieten dürfen. Für das *Hautkrebsscreening* und andere Leistungen spricht eine nur geringe Evidenz. Die Streichung dieser und anderer Leistungen mit kaum vorhandenen medizinischen Effekten bringen Einsparungen von 219 Millionen Euro.
- In der *Kieferorthopädie* diagnostiziert die FKG eine Über- und Fehlversorgung, die man durch Maßnahmen in der Qualitätssicherung in den Griff bekommen kann. Das Einsparpotenzial wird auf 110 Millionen Euro geschätzt.
- Die *Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden* soll nur noch von vom G-BA als Innovationszentren anerkannten Kliniken durchgeführt werden. Damit können 50 Millionen Euro eingespart werden.
- Bestimmte Eingriffe werden in einer *medizinisch nicht gebotenen Häufigkeit* erbracht. Dazu zählt die FKG u. a. Mandeloperationen, Gebärmutterentfernungen und etliche orthopädische Eingriffe. Dem soll in definierten Bereichen mit einer obligatorischen Zweitmeinung begegnet werden.

Das Einsparvolumen dieser und anderer Maßnahmen, die sich am Grundsatz der EbM orientieren, schätzt die FKG auf ca. 500 Millionen Euro. Ein wesentlicher Effekt besteht in der politischen Botschaft, dass die Orientierung von GKV-Leistungen an der medizinischen Qualität keine bloße Empfehlung ist, sondern ein unverzichtbares Instrument der Ressourcensteuerung.

Andere von der FKG vorgeschlagene Leistungskürzungen sind hingegen problematisch, weil sie Signale zur Einschränkung des Solidaritätsprinzips geben, Dazu gehören vor allem die Kürzungen des Krankengelds von 70 auf 65 Prozent des Grundlohns bzw. auf das Nettoentgelt von maximal 90 auf 85 Prozent. Damit würden die Krankenkassen 1,5 Milliarden Euro einsparen. Es ist ein reines Inkassoinstrument zu Lasten schwer kranker Menschen ohne irgendeinen positiven Rationalisierungseffekt im GKV-System, denn die Krankenkassen zahlen Krankengeld erst ab der siebten Woche einer Erkrankung.

## 5. Konsumsteuern zur GKV-Finanzierung

Die FKG fordert im Einklang mit der WHO und anderen Fachorganisationen eine Anhebung der Verbrauchssteuern auf gesundheitsgefährdende Genuss- und Lebensmittel wie Tabakprodukte, alkoholische Getränke und stark zuckerhaltige Lebensmittel. Diese sind in Deutschland im internationalen Vergleich niedrig. Die FKG macht folgende Vorschläge:

- Die *Tabaksteuer* soll zwischen 2027 und 2031 für Zigaretten um zwischen 2,7 und 3 Prozent angehoben werden, für Feinschnitt um zwischen 42 und 52 Prozent pro Kilogramm. Ab 2013 erfolgt eine automatische An-

passung an die Inflation. 2027 werden dadurch Steuererhöhungen von 1,2 Milliarden Euro erwartet.

- Die *Steuern auf alkoholhaltige Getränke* sollen von 2027 bis 2029 um zwischen 3,50 und 5,50 Euro je Liter Reinalkohol angehoben werden, was zu Preiserhöhungen zwischen 10 und 17 Prozent führen würde. Es werden zusätzliche Steuereinnahmen von jährlich zwischen 570 und 1220 Millionen Euro erwartet.
- Mit der Einführung einer gestaffelten *Steuer auf zuckerhaltige Getränke* sollen jährlich 450 Millionen Euro eingenommen werden.

Es ist unstrittig, dass der Konsum dieser Produkte die Gesundheit gefährden kann und mit Folgekosten in der medizinischen Behandlung verbunden ist. Es ist jedoch bei der Dominanz von Multimorbidität sehr schwierig, wenn nicht unmöglich, die Höhe dieser Ausgaben exakt den entsprechenden Konsumgütern zuzuordnen. Auch der Effekt von finanziellen Anreizen auf den von kulturellen Normen geprägten Konsum dieser Produkte ist umstritten. Vor diesem Hintergrund ist die Erhöhung bzw. Einführung dieser Abgaben eine eher symbolische Maßnahme mit dem Effekt, mehr Geld ins Gesundheitswesen zu spülen. Dessen Umfang wird für 2027 auf etwa 2,2 Milliarden Euro geschätzt.

Es ist unter Gesundheitsökonomern umstritten, ob und inwieweit die Bekämpfung gesundheitlich riskanter Lebensstile über Steuern und Abgaben tatsächlich zu Einsparungen im Gesundheitswesen führt. Aber dass der Genuss von Tabak, Alkohol und zuckerhaltigen Lebensmitteln die Gesundheit gefährdet, ist bewiesen. Die mit einer höheren Besteuerung dieser Produkte erzielten Einnahmen sollen der GKV zugeführt werden. Das kann aber keine gesetzliche Vorgabe sein, da eine zweckgebundene Erhebung von Steuern und Abgaben keine verfassungsrechtliche Grundlage hat. Finanzminister Klingbeil hat nach einer Tagung des Koalitionsausschusses am 12. April 2027 angekündigt, dass aus diesen zusätzlichen Steuereinnahmen auch die Benzinpreise vorübergehend subventioniert werden sollen. Hinzu kommt, dass die Anhebung der Alkoholsteuern auf das komplizierte Problem der Verteilung der Steuereinnahmen auf den Bund und die Länder trifft. Die Biersteuer zum Beispiel kommt nur den Ländern zugute und hat in Bayern mit seinem im Ländervergleich hohen Bierkonsum eine andere Bedeutung als etwa in Rheinland-Pfalz, wo wiederum der Weinanbau ein wichtiger Wirtschaftsfaktor ist. Es ist auch zu erwarten, dass die PKV fordern wird, an den aus den Konsumsteuern fließenden Einnahmen beteiligt zu werden. Man sollte also die damit für die GKV zu generierenden Einnahmen eher bescheiden kalkulieren.

## 6. Krankenversicherung von Grundsicherungsempfängern

Die FKG fordert einen kostendeckenden Krankenversicherungsbeitrag für die Empfängerinnen und Empfänger der Grundsicherung. Das würde den Bundeshaushalt 2027 mit

12 Milliarden Euro belasten und damit das auf 15 Milliarden Euro geschätzte Defizit der GKV im kommenden Jahr entscheidend verringern. Ob dieser Betrag aber wirklich in den Gesundheitsfonds der GKV fließen kann, ist unklar. Finanzminister Klingbeil hat eine Erhöhung der Beiträge des Bundes zur Krankenversicherung der Grundsicherungsempfänger bereits abgelehnt. Die bislang vom Bund gezahlte Beitragspauschale beträgt 144 Euro pro versicherte Person, wobei Kinder und Jugendliche mitversichert sind. Der kostendeckende Beitrag liegt jedoch nach Berechnungen des IGES-Instituts bei 311 Euro, also bei mehr als dem doppelten der Einnahmen der GKV für die gesundheitliche Versorgung dieser Personen. Das ist eine große Belastung der GKV, die auch deshalb kaum zu rechtfertigen ist, weil die PKV nicht an der Finanzierung der Krankenversicherung im Rahmen der Grundsicherung beteiligt wird. Beim Landesozialgericht Nordrhein-Westfalen ist in dieser Sache eine Klage von 79 Krankenkassen anhängig. Man muss davon ausgehen, dass sie an das Bundesverfassungsgericht weitergeleitet wird. Vor dessen erst in einigen Jahren zu erwartender abschließender Entscheidung wird es kaum zu einer Gesetzesänderung in dieser Frage kommen.

## 7. Perspektiven

Gesundheitsministerin Warken hat, wie erwähnt, einen ersten Gesetzentwurf vorgelegt, der den Empfehlungen der FKG in weiten Teilen folgt. In welcher Form er das Gesetzgebungsverfahren übersteht, bleibt abzuwarten. Die Vorschläge der FKG können das für 2027 erwartete Defizit der GKV von etwa 15 Milliarden Euro größtenteils auffangen. Dazu kann vor allem die grundlohnorientierte Ausgabenbedeckelung in der ambulanten und stationären Versorgung beitragen, deren von der FKG geschätztes Sparpotenzial von 5,5 Milliarden Euro eine realistische Erwartung ist. Hinzu kommen 500 Millionen Euro durch die Streichung von medizinisch nicht erforderlichen Leistungen. Die Anhebungen der Zuzahlungen werden weitere 1,5 Milliarden Euro einspielen, die der GKV zugutekommenden Steuern bringen zwei Milliarden Euro.

Alles in allem können diesen Maßnahmen 9,5 Milliarden Euro bringen, also weniger als das erwartete Defizit. Dessen vollständige Deckung kann im kommenden Jahr wohl nur realisiert werden, wenn der Bund seine Beiträge für die Krankenversicherung der Grundsicherungsbezieher deutlich anhebt. Andere Vorschläge der FKG werden auch in den Koalitionsparteien auf Widerstand stoßen, wie etwa die Kürzungen beim Krankengeld und der Mitversicherung von Partnerinnen und Partnern.

Eine nachhaltige ökonomische Konsolidierung der GKV kann sowieso nur mit weitergehenden Reformen der Versorgungsstrukturen und der Erweiterung des in der GKV versicherten Personenkreises erreicht werden, für die von der FKG im kommenden Herbst Empfehlungen abgegeben werden. Sie können, wie immer sie im Detail aussehen, nur in einem langwierigen politischen Prozess umgesetzt werden, Strukturreformen funktionieren nicht auf Knopfdruck. Der oft beklagte Inkrementalismus in der

Gesundheitspolitik ist kein Ausdruck von Politikversagen, sondern in demokratischen Gesellschaften unvermeidlich. Die Vorstellung, dass es einen für alle vernunftbegabten Menschen geltenden Leitstern des Gemeinwohls gibt, der der Politik den richtigen Weg weist, hat Joseph Schumpeter, der neben Keynes wohl bedeutendste Ökonom des 20. Jahrhunderts, schon vor 80 Jahren als Vorstellung aus der Welt »eines Eisenwarenhändlers des achtzehnten Jahrhunderts« verspottet.<sup>8</sup>

In der Gesundheitspolitik geht es darum, eine für alle Einwohnerinnen und Einwohner zugängliche und umfassende medizinische Versorgung bereitzustellen, wobei schon hier die Frage strittig ist, was das konkret bedeutet. Die Diskussion darüber, was die GKV leisten kann und wie ihre Leistungen bezahlt und finanziert werden sollen, betrifft unterschiedliche ökonomische und soziale Interessen in einem sehr besonderen Wirtschaftszweig. Über sechs Millionen Erwerbstätige wollen anständig bezahlt werden, der medizinisch-industrielle Komplex will seine Gewinne optimieren und die Arbeitgeberverbände wollen die Sozialabgaben eingrenzen. Es geht auch wie in keiner anderen Branche um humane und soziale Aspekte, die sich aus dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes ergeben. Das alles zusammen führt zu einer politisch schwer in den Griff zu bekommenen Gemengelage. Gegen Reformen im Gesundheitswesen bilden sich schnell Abwehrkoalitionen von unterschiedlichen Gruppen, die nur ein gemeinsames Interesse haben: die Verhinderung von Reformen. Der frühere Sozialminister Norbert Blüm verglich einmal die Gesundheitspolitik mit »Wasserballett im Haifischbecken«, nachdem sein als »Jahrhundertreform« angekündigtes Gesundheits-Reformgesetz (GRG) von der Lobby zerschossen worden war. In der gesundheitspolitischen Arena sollten die verantwortlichen Politiker die Zahl der Reformgegner überschaubar halten und sich auf wenige Reformschwerpunkte konzentrieren, für die sie bereits im Vorfeld der Gesetzgebung politische Bündnisse auf der Bund-Länder-Ebene schmieden sollten.

Diese Erfahrung hat Karl Lauterbach als Gesundheitsminister ignoriert und ein Reformprojekt nach dem anderen ins Gesetzgebungsverfahren geschickt, ohne sich um die rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen für deren Durchsetzung zu kümmern. Das Ergebnis sind Reformbaustellen, die jetzt aufgeräumt werden müssen. Das kann in unserem föderalen Politiksystem nur gelingen, wenn die Bundes- und Landesregierungen sich punktuell auf eine Zusammenarbeit verständigen. Der Bund hat zwar die alleinige Zuständigkeit in der Festlegung des Leistungskatalogs der GKV sowie in Fragen der Versicherungspflicht und des Zugangs zur GKV, aber die Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen können nur mit Zustimmung der Länder im Bundesrat reformiert werden. Fast alle Reformen im Gesundheitswesen in der Geschichte der Bundesrepublik, die diese Bezeichnung wirklich verdienten und keine kurzatmige Kostendämpfungspolitik waren, kamen durch derartige große Sach-

8 Joseph A. Schumpeter: *Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie*, 3. Auflage 1972: S. 397.

koalitionen zustande. Unter diesen Bedingungen sollten zwei Schwerpunkte im Vordergrund stehen. Zum einen müssen Reformen in der stationären Versorgung und der Aufbau integrierter Versorgungsformen auf regionaler Ebene vorangetrieben werden. Zum zweiten müssen die kostspieligen Privilegien in unserem dualen System von privater und gesetzlicher Krankenversicherung angegangen werden. Eine dauerhaft solide Finanzierung der GKV ist nur mit einer Erweiterung des versicherungspflichtigen Personenkreises erreichbar.

Zur Modernisierung unseres medizinischen Versorgungssystems muss die beschlossene Krankenhausreform zielstrebig und schnell umgesetzt werden. Dabei geht es nicht zuletzt darum, die Ansätze zur Integration von ambulanter und stationärer Versorgung zu stärken. Das gilt erst recht für die Reform der Notfallversorgung, zu der jetzt ein vom Kabinett genehmigter Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums vorliegt. Es geht darum, regionale Versorgungsnetze mit eigenen Budgets und Finanzierungsgrundlagen aufzubauen, die sich an den jeweiligen demografischen und geografischen Bedingungen orientieren. In diese Versorgungsnetze sollten auch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe mit eigenständigen Kompetenzen in der Primärversorgung eingebunden werden. Dieses komplexe Projekt sollte in den kommenden Jahren im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik stehen.

Aber es muss auch eine Debatte über die Finanzierung der GKV und die Zukunft des dualen Systems von GKV und PKV geführt werden. Sogar der Wirtschafts-Sachverständigenrat hat in seinem Jahresgutachten 2004/2005 darauf hingewiesen, dass das in Europa einmalige Nebeneinander von gesetzlichen und privaten Vollversicherungen »sowohl in allokativer als auch in distributiver Hinsicht eine Pflichtversicherungsgrenze und die mit ihr verbundene Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes nicht begründbar ist.«<sup>9</sup> Die PKV hat, wie bereits erwähnt, für die gleichen Leistungen pro versicherte Person 30 Prozent höhere Ausgaben als die GKV, was vor allem an den mehr als doppelt so hohen Arzthonoraren und Verwaltungskosten liegt.

Auch die jährlich der Grundlohnentwicklung angepasste Beitragsbemessungsgrenze (BBG) von gegenwärtig 5812,50 Euro im Monat hat keine ökonomische oder soziale Legitimation. Sie hat den widersinnigen Effekt, dass freiwillig Versicherte mit einem darüber liegenden Einkommen eine Kopfpauschale zahlen, die mit steigendem Einkommen zu einem abnehmenden Beitragssatz führt. Wer zum Beispiel 10.000 Euro im Monat verdient, zahlt in der GKV einen Beitragssatz von nur 10 Prozent statt der für Pflichtversicherte geltenden Abgabe von durchschnittlich 17,4 Prozent. Eine Anhebung der BBG wäre allerdings nur dann sinnvoll, wenn zugleich die Versicherungspflichtgrenze in der GKV auf das in der Rentenversicherung geltende Niveau von 8459 Euro an-

gehoben würde, weil sonst mit Abwanderungen in die PKV zu rechnen ist. Modellrechnungen haben ergeben, dass der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV rein rechnerisch um über drei Prozentpunkte sinken würde, wenn alle Einwohnerinnen und Einwohner in der GKV versichert wären und dort die Beitragsbemessungsgrenze auf das in der Rentenversicherung geltende Niveau angehoben würde.<sup>10</sup>

Eigentlich müssten die Arbeitgeberverbände vor diesem Hintergrund entschiedene Anhänger einer Bürgerkrankenversicherung sein, aber diesen Gedanken lassen offenbar ihre ideologischen Scheuklappen nicht zu. Die Einführung eines einheitlichen Kranken- und Pflegeversicherungssystems steht allerdings nicht nur vor großen politisch-ideologischen Hindernissen, es gibt auch juristische Fallstricke. Ihr steht zwar verfassungsrechtlich nichts entgegen, aber vor allem die Frage, wem die Alterungsrückstellungen der PKV gehören, ist rechtlich ungeklärt und wird beim Bundesverfassungsgericht landen. Aktuell muss es vor diesem Hintergrund darum gehen, die GKV für die Beamtinnen und Beamte weiter zu öffnen, Sie stellen etwa die Hälfte der PKV-Mitglieder, denen das SGB V kaum Möglichkeiten einer freiwilligen Mitgliedschaft bietet. Eine Öffnung der GKV für Beamtinnen und Beamte wäre vor allem für den mittleren und gehobenen Dienst attraktiv. Ihre Mitgliedschaft in der GKV würde den Staat zwar wegen des hälftigen Arbeitgeberanteils höher belasten, der zusätzlich zu der nach den Regeln der Gebührenordnung GOÄ für privatärztliche Behandlung gewährten Beihilfe für die verbleibenden Beamtinnen und Beamte zu zahlen wäre. Langfristig ist deren GKV-Mitgliedschaft aber deutlich kostengünstiger.

Diese für eine effektive und wirtschaftlich angemessene Gestaltung unseres Gesundheitswesens erforderlichen Schritte bewegen sich auf einem interessensverminten Gelände, auf dem politische Standhaftigkeit erforderlich ist. Eines ist sicher: Wenn es nicht gelingt, die ökonomischen Sonderinteressen im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen, werden die Gesundheitsausgaben und die Belastungen der GKV-Mitglieder weiter stärker als nötig steigen.



**Hartmut Reiners**, Ökonom und Publizist, lebt in Berlin. Zuvor Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik in den Gesundheitsministerien von Nordrhein-Westfalen und Brandenburg. Autor von Büchern zur Gesundheits- und Sozialpolitik, zuletzt: *Die ökonomische Vernunft der Solidarität* (Promedia 2023).

9 SVR-Wirtschaft: Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/2005, TZ 494, online: [https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/04\\_gesa.pdf](https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/04_gesa.pdf).

10 Martin Albrecht et al.: Transformationsmodelle einer Bürgerversicherung. Düsseldorf 2016 (Hans-Böckler-Stiftung) [https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync\\_id=HBS-006467](https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-006467).